

BR - SIMS P. 1 - SES - PMS - RECA - CUS

DOCUMENTO DO  
BANCO MUNDIAL

RELATÓRIO N° 4447A - BR

RELATÓRIO DE EQUIPE DE AVALIAÇÃO

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE



INSTITUTO  
BUTANTAN

AV. BRASIL, 473 - SÃO CARLOS - SP

Documento do

BANCO

MUNDIAL

Relatório nº 4447a-BR

Relatório de Equipe de avaliação

BRASIL

Segundo Projeto de Saúde

1. Assistência Básica à Saúde em São Paulo
2. Estudos de Política Nacional de Saúde

30 / 5 / 1984

Departamento de População, Saúde e Nutrição

Este documento tem distribuição restrita, podendo ser utilizado por servidores no desenvolvimento de suas tarefas oficiais. Seu conteúdo não pode ser publicado sem prévia autorização do Banco Mundial.

Taxas de Câmbio

Unidade monetária : cruzeiro ( Cr\$ )

US\$ 1,00 = Cr\$ 1265 a/

Cr\$ 100 = US\$ 0,079

Cr\$ 1 milhão = US\$ 790,51

Ano Fiscal

( Governos Federal, Estadual e Municipal e INAMPS )

1 de janeiro a 31 de dezembro

---

a/ Taxa média de venda em março de 1984.

## B R A S I L

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

1. Assistência Básica à Saúde em São Paulo
2. Estudos de Política Nacional de Saúde

RELATÓRIO DE EQUIPE DE AVALIAÇÃOSúmarrioPágina

ABREVIACÕES	iv
DEFINIÇÕES	v
NOTA	vii
I. INTRODUÇÃO .....	1
II. SITUAÇÃO DO SETOR .....	2
A. População, Saúde e Nutrição no Brasil .....	2
. Condições gerais .....	2
. Políticas, Instituições Nacionais .....	4
. Recursos Nacionais de Saúde .....	8
. Temas recentes no Setor Saúde .....	10
. Justificativas do Projeto .....	12
B. O Setor Saúde em São Paulo .....	12
. Generalidades .....	12
. Estado de Saúde, Nutrição e População .....	13
. Instituições e Recursos do Setor Saúde .....	15
. Recursos Humanos .....	17
. Custos e Financiamentos da Saúde .....	18
. Temas recentes no Setor Saúde .....	18

III.	O PROJETO .....	22
	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO .....	23
	A. Objetivos .....	23
	B. Componentes .....	23
	C. Descrição .....	25
	D. Etapas de implementação .....	32
	ESTUDOS DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE .....	32
	A. Objetivos .....	32
	B. Descrição .....	32
IV.	CUSTOS E FINANCIAMENTO DO PROJETO .....	33
	A. Custo estimado .....	33
	B. Plano financeiro .....	34
	C. Especificação do empréstimo .....	36
	D. Desembolso .....	38
	E. Contas e Auditoria .....	40
V.	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO .....	40
	ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO .....	40
	A. Organização .....	40
	B. Gestão .....	41
	C. Assistência Técnica .....	44
	D. Quadro de pessoal e treinamento .....	44
	E. Manutenção .....	45
	F. Acompanhamento e Avaliação .....	45
	ESTUDOS DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE .....	45
	A. Organização e gestão .....	45

VI. BENEFÍCIOS E RISCOS DO PROJETO .....	46
A. Impacto no estado de saúde .....	46
B. Impacto nos custos de saúde .....	47
C. Impacto ambiental .....	48
D. Riscos do projeto .....	48
VII. ACORDO NEGOCIADO E RECOMENDAÇÕES .....	49
ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO .....	49
ESTUDOS DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE .....	51

#### ANEXOS

- 1- Dados complementares do Brasil
- 2- Dados complementares de S. Paulo
- 3- Instalações e serviços do Projeto
- 4- Custo Estimado e Financiamento do Projeto
- 5- Dados de implementação do Projeto
- 6- Indicadores-chave - Impacto do Projeto
- 7- Documentos selecionados e dados disponíveis nos arquivos sobre o Projeto

#### MAPAS

- |      |         |                               |
|------|---------|-------------------------------|
| IBRD | 17283 R | Projeto de Saúde de São Paulo |
| IBRD | 17284 R | Mauá                          |
| IBRD | 17285 R | Caieiras                      |
| IBRD | 17286 R | Cotia                         |
| IBRD | 17287 R | Freguesia do Ó                |
| IBRD | 17288 R | Itaquera - Guaianazes.        |

ABREVIACÕES

BANESPA	- Banco do Estado de São Paulo
BENFAM	- Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CIMS	- Comissão Municipal Interinstitucional de Saúde
CIPLAN	- Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS / SES	- Centro de Informação de Saúde
CNRH	- Centro Nacional de Recursos Humanos
CONASP	- Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CRIS	- Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
EMPLASA	- Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande S.Paulo
FAS	- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FGV	- Fundação Getúlio Vargas
FINSOCIAL	- Fundo de Investimento Social
FUNDES	- Fundo Estadual de Saúde
GSP	- Grande São Paulo
CRH	- Centro de Recursos Humanos
CI	- Concorrência Internacional
IBCE	- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	- Instituto de Planejamento Econômico e Social
CL	- Concorrência Local
SMI	- Saúde Materno Infantil
A&A	- Acompanhamento e Avaliação
PMS	- Programa Metropolitano de Saúde
MS	- Ministério de Saúde
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
MSP	- Município de São Paulo
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
UGP	- Unidade de Gerência do Projeto
SEPLAN	- Secretaria de Planejamento
SABESP	- Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SEADE	- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	- Secretaria de Estado da Saúde
SHS	- Secretaria de Higiene e Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

DEFINIÇÕES

- Coefficiente de mortalidade da 1a. infância : Número de óbitos de crianças de 1 a 4 anos de idade por 1000 crianças dessa faixa etária num dado ano
- Coefficiente de Prevalência de Anticoncepção : Porcentagem de mulheres casadas, em idade fértil, que usam um método anticoncepcional moderno num dado momento
- Coefficiente de Natalidade Geral : Número de nascimentos por 1000 pessoas num dado ano
- Coefficiente de Mortalidade Geral : Número de óbitos por 1000 pessoas num dado ano
- Taxa de dependência econômica : Proporção entre a população de menos que 14 anos de idade e mais que 65 anos de idade, pela população entre 14 e 65 anos, multiplicado por 100. Indica a proporção da população que necessita ajuda econômica
- Coefficiente de incidência : Número de pessoas que contraíram uma doença como proporção da população sob risco, por unidade de tempo, geralmente expressa em termos de 1000 pessoas por ano
- Coefficiente de mortalidade infantil : Número de óbitos de menores de 1 ano, num dado ano, por 1000 nascidos vivos naquele ano

- Expectativa de vida  
ao nascer : Número médio de anos de vida esperados se os níveis de mortalidade conhecidos para sexo idade permanecerem constantes
- Coeficiente de Mortalidade  
Materna : Número de óbitos de mulheres ocorridos durante o parto ou por complicação num dado ano, por 100.000 nascidos vivos na quele ano
- Morbidade : Frequência de agravos à saúde de uma população
- Coeficiente de Mortalidade  
Neonatal : Número de óbitos de crianças com 28 dias de vida menos, por 1000 nascidos vivos, num dado ano
- Coeficiente de Mortalidade  
Perinatal : Número de mortes fetais após 28 dias de gravidez e antes de 7 dias de vida, por 1000 nascidos vivos, num dado ano
- Coeficiente de Prevalência : Número de pessoas que têm determinada doença num dado momento, pela população sob risco. Geralmente expressa por 1000 pessoas por ano
- Taxa de crescimento  
natural : Taxa de crescimento ( ou diminuição ) num dado ano, devido a um aumento ( ou diminuição ) de nascimentos sobre óbitos , expressa como percentual da população total
- Taxa de Fertilidade : Número médio de crianças que nasceriam de uma mulher caso ela seguisse as taxas de fertilidade para seu grupo etário, para um dado ano

N O T A

Este " Segundo Projeto de Saúde - Brasil " denominava-se originalmente " Projeto de Saúde de São Paulo ", sempre incluiu duas grandes áreas que neste relatório serão descritas como sub-projetos : (a) um projeto de assistência básica à saúde para a região metropolitana de São Paulo e (b) um projeto de estudos sobre política nacional de saúde, sob a supervisão de autoridades federais. A intenção original foi de que um único empréstimo ao Governo Federal, que seria repassado ao Governo do Estado, na forma de um acordo subsidiário, para o projeto de assistência básica à saúde. Entretanto, como decorrência de uma decisão do Governo da República Federativa do Brasil, de que o projeto de São Paulo deveria ser tratado como um empréstimo separado ao Governo do Estado, adotou-se o critério de dois empréstimos para o financiamento deste " Segundo Projeto de Saúde " : o primeiro empréstimo será o do Estado de São Paulo para a execução do projeto de Assistência Básica à Saúde, e o segundo, à República Federativa do Brasil para executar o projeto de Estudos de Política Nacional de Saúde. Estes dois sub-projetos são relacionados, porém serão implementados sob jurisdições institucionais diversas; desta forma, não foram estabelecidas cláusulas de vinculação da eficácia e/ou falhas entre os dois empréstimos.

B R A S I LSEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

1. ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO
2. ESTUDOS DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Relatório da Equipe de AvaliaçãoI. INTRODUÇÃO

1.01 Os governos da República Federativa do Brasil e do Estado de São Paulo requisitaram assistência ao Banco para o financiamento de um segundo projeto de saúde que inclui (a) a melhoria da saúde, do custo e da eficácia dos serviços de saúde em áreas carentes da região metropolitana da Grande São Paulo, e (b) o desenvolvimento de estudos para assessorar o Governo na formação de políticas de saúde para o país ( ver NOTA, na página anterior ). O projeto será o segundo projeto de saúde independentemente financiado pelo banco no país, o primeiro sendo o " Projeto de Saúde Noroeste ", no Estado de Rondônia ( Empréstimo 2061-BR ). Ambos refletem a experiência ganha na implementação de 17 componentes de saúde de vários projetos de desenvolvimento do Nordeste e Noroeste, e também no Projeto de Desenvolvimento e Pesquisas em Nutrição ( Empréstimo 1302-BR ). O projeto também seria o primeiro projeto de saúde em área urbana a ser financiado pelo banco.

1.02 O projeto foi identificado em 1979 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo ( S E S ), que se encarregou dos preparativos iniciais. Na metade de 1982, uma Comissão Especial foi estabelecida pelo Governo do Estado para preparar o projeto, incluindo representantes da SES, da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo ( SHS ), da previdência social ( INAMPS ) e outros. O Relatório Sumário da Comissão de Preparo do Projeto foi datado em janeiro de 1983. Com a mudança do governo estadual em março daquele ano, a comissão especial cessou e a finalização do preparo do projeto foi para o Secretário de Economia e Planejamento, que presidia um conselho inter-institucional composto pelos Secretários de Saúde do Estado e Município e o superintendente regional do INAMPS. O conselho indicou um grupo executivo de

preparo do projeto até agosto de 1983. Em outubro estabeleceu-se uma Unidade de Gerência e um Gerente do Projeto. Subsequentemente uma série de temas sobre Política Nacional de Saúde foi preparada por autoridades federais, coordenadas pela Secretaria de Planejamento (SEPLAN), em consulta com o banco. Representantes do banco ofereceram considerável assistência técnica àqueles preparando o projeto.

## II. SITUAÇÃO DO SETOR

### A. População, Saúde e Nutrição no Brasil

#### Condições Gerais

2.01 Tendências de crescimento populacional. A população do Brasil alcança 120 milhões de pessoas dispersas sem uniformidade pela superfície do país de 8,5 milhões de km<sup>2</sup>, com densidades populacionais que variam de 2 habitantes/km<sup>2</sup> na Bacia Amazônica a 56 habitantes /km<sup>2</sup> no Sudeste. A taxa de crescimento populacional caiu de 2,9% (1960 - 70) para 2,5% na década 1970-80. A taxa de fertilidade é de 4,1, bem acima dos níveis de reposição. A característica demográfica mais notável é a intensa migração de populações rurais carentes para áreas urbanas (1,5 a 2 milhões de pessoas por ano), dentre estas de cidades menores para maiores. Esse processo atinge todas as regiões do país, inclusive o Nordeste (a população urbana dobrou para atingir 50% do total, nos últimos 30 anos), além das regiões Norte e Noroeste, onde cerca de dois-terços de migrantes estão se mudando para cidades. Em 1980, havia menos brasileiros vivendo em áreas rurais, comparados a 1970 ou 1960. Na zona urbana, as dez maiores áreas metropolitanas do país cresceram mais rapidamente que outras cidades menores. A população urbana representa 68% da população total, com um crescimento médio de 4,1% na década dos anos 1970. A fertilidade tem caído desde 1960 devido principalmente à idade mais avançada das mães no primeiro parto, e também uso mais difundido de anticoncepcionais, especialmente nos estados mais desenvolvidos, onde cerca de 60% das mulheres casadas em idade fértil usam anticoncepcionais, contra 30% das mulheres em situação semelhante, no Nordeste.

2.02 Estado de Saúde. As condições de saúde no país são precárias, considerando-se o desenvolvimento geral do Brasil. A expectativa de vida ao nascer é 64 anos, comparável à Colômbia e México, países

de renda per capita menor que o Brasil. O coeficiente de mortalidade infantil foi estimado em 77/1000 nascidos vivos, significativamente maior que para Colombia e México ( 56/1000 ). As médias acima variam muito de região para região e por classes de renda. Por exemplo, a mortalidade infantil pode ser maior que 100/1000 nascidos vivos na região Nordeste como um todo. A expectativa de vida no Sul e entre as classes abastadas é 12 a 15 anos maior que o mesmo valor nas classes rurais pobres. Na maior parte do país as doenças diarreicas lideram as causas de óbito, seguidas de doenças respiratórias e causas perinatais. As taxas de infecção por doenças preveníveis com vacinação (difteria, tétano, coqueluche) são 4 a 6 vezes superiores às do México, enquanto as taxas de sarampo se igualam, apenas polio sendo melhor controlada no Brasil. Tuberculose e hanseníase ainda são prevalentes. Malaria e doença de Chagas se distribuem largamente no Nordeste e Noroeste. Esquistossomose afeta cerca de 7 milhões de pessoas. Mais estatísticas são encontradas no Anexo 1, tabelas 1-5.

2.03 As áreas de alta renda na zona urbana de cidades do Sul e Sudeste exibem condições de saúde semelhantes às aquelas que prevalecem nas sociedades industrializadas, com alta incidência de problemas cardiovascular, câncer e doenças associadas à velhice. De outro lado, as áreas rurais pobres no Nordeste e Amazônia, assim como as áreas periféricas a grandes aglomerados urbanos, mostram alta incidência de infecções, parasitoses e mortes perinatais, típicas de países de baixa renda.

2.04 Estado nutricional. Apenas 1/3 da população se enquadra nos requerimentos calóricos propostos pela FAO/OMS. Dentre as crianças de 5 anos de idade apenas 53% podem ser consideradas adequadamente nutridas ( definido como peso corporal maior que 90% do peso mediano para a idade ), enquanto que 33% das crianças da mesma idade apresentam desnutrição de primeiro grau, 13% de segundo grau e 1% de terceiro grau. Desnutrição tem maior severidade na primeira infância, especialmente nas periferias urbanas e em áreas rurais do Norte e Nordeste (anexo 1, tabela 6). A título de exemplo, no Nordeste aproximadamente 4% das crianças menores que 6 meses de idade apresentam desnutrição de terceiro grau. Pesquisas realizadas no Nordeste desde 1972 tem mostrado que durante a década dos anos 60 e início da de 70, a população carente urbana tinham estado nutricional inferior à correspondente população rural ( disponibilidade de 1.400 cal/per capita contra 1.650 cal/per capita na área rural ). Em 1975 a proporção da população ru-

ral com dieta adequada era quatro vezes superior à população urbana no Nordeste; no Sudeste atingia o dobro. Um fator importante na desnutrição infantil é a curta duração de aleitamento materno em todas as regiões do país. A duração média varia de um mês no sudeste e algumas cidades nordestinas - por exemplo, Recife - até três meses em região mais conservadoras. Elevando-se essa média para seis meses traria além de efeitos de melhoria nutricional, também considerável impacto para a saúde da população infantil. Pesquisas realizadas em São Paulo como parte do Projeto de Nutrição do Banco mostram que a queda no aleitamento materno deve-se principalmente à falta de confiança das mães na qualidade de seu leite, resultado de falta de conhecimento, reforçada por certas atitudes da profissão médica, dificuldade das mães que trabalham em amamentar, além da intensa propaganda de substitutos ao leite materno, levando à suplementação precoce, consequente diminuição do leite materno e parada no aleitamento.

### Políticas e Instituições Nacionais

2.05 Instituições. Durante todo o século XX o Brasil tem desenvolvido uma aproximação pluralista aos serviços de saúde, que inclui diversas instituições nos setores públicos e privado. A instituição pública mais antiga é o Ministério da Saúde ( M S ), que foi organizado em 1904 como Diretoria de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça, sendo após transformada no Departamento Nacional de Saúde Pública ligado ao Ministério da Educação. Em 1953 tornou-se Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais iniciaram sua organização. Tradicionalmente o M S se responsabiliza pela prevenção de doenças infecto-contagiosas, Chagas e esquistossomose, enquanto aos estados cabem tuberculose, hanseníase e vacinações. Mais recentemente o M S tem auxiliado os estados no desenvolvimento de programas mais amplos de assistência primária, nutrição, pesquisa médica e outros programas especiais para regiões fronteiriças.

2.06 Outra grande instituição pública é o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ( I N A M P S ), criado em 1967 pela unificação de vários institutos previdenciários das várias categorias de trabalhadores, organizados a partir de 1923. O INAMPS, assim como outras instituições do setor previdenciário, subordina-se ao Ministério da Previdência e Assistência Social ( M P A S ), tendo alto grau de autonomia financeira e operacional. Antes de 1970 as instituições que antecederam o INAMPS desenvolveram clínicas e hospitais próprios para atendimento das diversas categorias de trabalhadores.

No entanto, devido à rápida expansão da cobertura em anos mais recentes, o INAMPS foi levado a contratar serviços do setor privado, atingindo a 56% de todos os serviços oferecidos. O financiamento do INAMPS vem de um desconto em folha de pagamento de uma porcentagem da população salariada, cobrindo cerca de 90% da população brasileira. Entretanto, a oferta de serviços fora dos grandes centros urbanos é bem limitada.

2.07 As atribuições do MS e do MPAS foram estabelecidas pela Lei 6229 de 1975; o MS seria responsável pela política nacional de saúde e por programa de saúde coletiva, enquanto o MPAS cuidaria da assistência ao indivíduo, diferenças essas que agora estão se tornando pouco visíveis. A coordenação das atividades entre as duas instituições permanece inadequada. Ambos têm representação, assim como Ministério da Educação, numa comissão de coordenação, CIPLAN, que poderia ser mais efetiva em suas atividades de coordenação estivesse presente a Secretaria de Planejamento (SEPLAN).

2.08 No nível estadual, as SES tradicionalmente orientam-se ao controle de doenças infecciosas e à saúde materno - infantil (SMI). O restante dos serviços de saúde são oferecidos pelo setor privado e financiados pelo INAMPS. As SES frequentemente apresentam deficiente capacidade de planejamento e gerência, sendo caracterizadas pela falta de dinamismo, adversas condições de trabalho, supervisão fraca e sistemas logísticos deficientes. Os governos municipais operam serviços básicos de saúde, porém a maioria das Administrações dos 4.000 municípios são tão empobrecidas em finanças e em gerência que seus serviços de saúde se limitam a adicionar uma pequena parcela aos serviços estaduais e à operação de serviços de ambulâncias. Exceções importantes a este quadro são os grandes municípios das áreas industrializadas do país, como São Paulo, que são financeiramente capazes, tendo desenvolvido seus próprios serviços de saúde.

2.09 Originalmente o setor privado consistia-se de hospitais operados por fundações de caridade ou religiosos, ou ainda universidades, e também médicos particulares. Mais recentemente houve um aumento maciço de empresas com fins lucrativos no setor saúde, frequentemente subsidiados por empréstimos do FAS. O setor privado atende tanto à pequena porcentagem da população que pode pagar pelos próprios serviços (menos de 10%) e aos beneficiários do INAMPS.

2.10 Política populacional. Até 1974 a política oficial era pronatalista. Em 1974 o Brasil permaneceu neutro na Conferência Mundial sobre População, afirmando que o planejamento familiar era uma decisão do casal e não deveria ser um privilégio das elites. Autoridades federais também aprovaram programas organizados pela BEMFAM nos últimos 18 anos. Só em 1977 o governo anunciou formalmente o início de um programa de planejamento familiar dirigido a mulheres com diagnóstico de gravidez de alto risco. Em 1979 o governo legalizou a propagação de anticoncepcionais, porém mantendo as punições contra a divulgação da prática de aborto. Em 1983, o Primeiro Congresso de Saúde Materno - Infantil e Planejamento Familiar recomendou que o governo, amparado por instituições privadas, deveria oferecer meios para que a população pudesse planejar o tamanho das famílias, propondo a criação de um órgão nacional para coordenar um programa nacional de planejamento familiar. Logo em seguida, o M S anunciou o Programa de Saúde Integral da Mulher, que será gradualmente implementado a partir de 1984 no Nordeste, para atingir todo o país em 1988. Planejamento familiar também está incluído como parte integrante da S M I. A filosofia do programa foi de que o planejamento familiar deveria ocupar um lugar apropriado no contexto dos programas de saúde, não devendo ser visto como solução a problemas socio-econômicos, não se ignorando sua interface com os programas de saúde. O programa será financiado com dinheiro nacional, em sua maior parte, embora o M S tenha solicitado um auxílio de 12 milhões de dólares ao Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais.

2.11 O planejamento familiar é praticado na maior parte do país, principalmente nas áreas urbanas, como resultado, as taxas de nascimento têm declinado. Cerca de 30% das mulheres casadas usam métodos anticoncepcionais nos estados nordestinos, enquanto a proporção atinge 60% nos estados mais desenvolvidos ( Anexo 1, tabelas 7 e 8 ). O setor privado tem desempenhado importante papel oferecendo anticoncepcionais, através de atividades comerciais ou órgãos como a BEMFAM.

2.12 Política de Saúde. Existe neste momento considerável interesse governamental em enfrentar as desigualdades e ineficiência do sistema de saúde através da melhoria do uso e alocação de recursos e extensão da cobertura. Mudanças na política de saúde podem ocorrer em futuro próximo. Estratégias nacionais já implementadas são:

- (a) a introdução em 1976 do PIASS ( programa de saúde e saneamento para cidades de menos de 20.000 habitantes ) no Nordeste. Os principais elementos do programa são : estabelecimento de uma rede de centros de saúde e postos de atendimento; utilização de pessoal auxiliar no desenvolvimento das atividades; e, o uso de recursos do INAMPS para custear as despesas de operação ( a primeira vez que o INAMPS entra no campo de Assistência primária à saúde ) PIASS recebe o auxílio de unidades mistas e de hospitais regionais e locais, apesar de que este aspecto do sistema ainda esteja deficiente. A extensão desse programa a todo o país foi decretada em 1979;
- (b) o plano de Curitiba, no estado do Paraná - a reorientação da assistência médica, em que a porta de entrada do paciente no sistema é o centro de saúde e daí são referidos a outros níveis de atendimento nos setores públicos ou privado, conforme necessitem. O pagamento dos serviços feito pelo INAMPS deixou de ser por unidades de serviço e passou a ser fixo por procedimento;
- (c) a implementação desde 1982 das recomendações do CONASP ( Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária ): utilização plena da capacidade do setor público com o centro ou posto de saúde como ponto de entrada do paciente; melhoria no treinamento e utilização de pessoal; extensão da cobertura às áreas rurais e periferias urbanas através de repasses financeiros a órgãos públicos; de centralização progressiva coordenada por uma Comissão estadual que inclui : M P A S / S E S / M S ; fortalecimento da administração do setor público; implementação de novos sistemas de contas dirigidas a um controle racional de custos e à diminuição de abusos. Embora essas recomendações estejam sendo implementadas, a natureza fundamental dessas mudanças levarão alguns anos para completar;
- (d) o estabelecimento, em 1982, do FINSOCIAL, um fundo de apoio a programas sociais.

2.13 Mais dois desenvolvimentos recentes em política de saúde devem ser mencionados : primeiro, a crescente descentralização dos ser

viços de saúde - "municipalização" - e o programa nacional do MS - PERIURBANO - para expandir a rede de serviços básicos de saúde nas periferias urbanas. O Nordeste foi escolhido como área prioritária na implantação do PERIURBANO e para o fortalecimento do PIASS.

2.14 Política de Nutrição. O princípio básico da política de nutrição governamental é que a melhoria do estado nutricional depende muito da redução dos custos de produção e distribuição de alimentos básicos e numa melhor distribuição da renda. O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição ( INAN ) é o órgão federal encarregado de executar a política de nutrição do MS. MPAS e ME também têm importantes programas de nutrição. Atualmente o INAN atua como um órgão canalizador de recursos, já que os programas são executados pelos estados, pela Companhia Brasileira de Alimentação ( COBAL ) e outras. A política de nutrição se efetiva em cerca de 12 programas federais de nutrição, agrupados em quatro categorias : programa de suplementação alimentar; programas de distribuição de alimentos; programas de educação nutricional e programas de repasse de verbas . Nos últimos 5 anos o governo tem apoiado firmemente programas de suplementação alimentar, dando ênfase orçamentária menor à distribuição de alimentos e à educação nutricional. Os programas de repasse de verbas são novos e vistos como experimentais. O Projeto de Pesquisa e Desenvolvimento em Nutrição, financiado pelo Banco tem contribuído para a melhoria da política e dos programas de nutrição no país. O projeto chegou a seu término recentemente, estando em fase de elaboração de um relatório final. Resultante desse projeto está a melhoria da posição do Brasil para enfrentar seriamente o problema da desnutrição. Vários programas iniciados pelo projeto ( p. ex. , o programa de alimentação ao pré-escolar e dois programas de alimentos subsidiados operando comercialmente ) serão ampliados pelo governo, que aprendeu com o desenvolvimento do projeto. Entretanto o projeto falhou nos seus objetivos de fortalecimento institucional pois o INAN, financiado pelo projeto, ainda não é uma estrutura efetiva de planejamento e coordenação da implementação de ações e políticas de alimentação de nutrição.

#### Recursos Nacionais de Saúde

2.15 Rede Física. Em 1980, o Brasil tinha 2.918 postos de saúde, 2.506 centros de saúde, 405 unidades mistas, prestando serviços básicos de saúde em 3.431 municípios; e 450 mil leitos hospitalares em todo o país, ou seja, 3,5 leitos por 1000 pessoas, uma taxa

bem superior à de 2/1000 da América Latina como um todo. Cerca da metade de toda a rede física e 85% de todas as instituições especializadas pertencem ao setor privado, localizando-se principalmente em áreas urbanas. Um quinto de todas as hospitalizações e um décimo de todas as consultas médicas são da área rural, que conta com um terço da população total do país. Esses números mostram que o Brasil tem uma razoável rede física para a saúde, porém com distribuição não uniforme. Este fato se agrava com a baixa produtividade, o excesso de tecnologia médica sofisticada, escassez de assistência à saúde simplificada e de alta qualidade, e descoordenação dos provedores de serviços. O governo respondeu em parte a essas questões com a CONASP, PIASS e PERIURBANO ( ver parágrafos 2.12 e 2.13 ).

2.16 Recursos Humanos. O Brasil criou 29 escolas médicas em 152 anos ( 1808 - 1960 ) e 37 escolas em 6 anos ( 1965 - 1971 ). Esta notável expansão da rede educacional aumentou o número de médicos graduando-se de 1537 por ano em 1965, para mais que 8.284 por ano em 1975. Em 1981 o número estimativo do total de médicos no país era 108.000, com má distribuição pelas diferentes regiões, de 1/4000 pessoas no Nordeste a 1/600 pessoas no Rio de Janeiro. Em 1981 o Brasil tinha 33.000 médicos desempregados ou sub-empregados como resultado do aumento do número de graduados das escolas médicas. Em contraste com a situação médica, existiam em 1980 18.000 enfermeiras universitárias, ou seja, 15 por 10.000 pessoas, uma taxa bem abaixo da média de 27/10000 na América Latina. Auxiliares de enfermagem totalizam 91000, ou 91/10000 pessoas, aproximadamente a mesma média da América Latina.

2.17 Financiamento da Saúde. O Brasil atualmente dispense cerca de 4% de seu PIB com os serviços de saúde ( excluído o setor privado ), o que se compara a outros países de renda média, não muito abaixo de alguns países industrializados ( Anexo 1, tabela 9 ). Entretanto, esta proporção subiu rapidamente de 1% do PIB em 1949 para 2,5% em 1976. Em 1982 a despesa federal com saúde foi 3,48 bilhões de dólares, dos quais 85% coube ao INAMPS, 10% ao MS e 5% aos outros ministérios. O gasto médio per capita no Brasil em 1982 foi de 30 dólares, excluindo-se gastos estaduais, municipais e privados. Enquanto esses gastos são adequados a um país como o Brasil, mascaram desequilíbrios importantes entre assistência primária, secundária e terciária, assim como entre as regiões geográficas.

2.18 No Brasil, assistência primária à saúde ( no montante que é encontrada ) corresponde aos programas do MS e das SES, ou cerca de

15% de toda a despesa de saúde. Devido à inadequação desses serviços, existe uma utilização exagerada de assistência secundária, aumentando seu custo e explicando, em parte, os 20% de crescimento nos últimos anos. Até que a política de saúde mudasse, cerca de 5% do total dos gastos de saúde eram dispendidos em cirurgias coronarianas e diálise renal para alguns milhares de pacientes.

2.19 As diversidades geográficas afetam tanto a receita como a despesa. Em 1982 a região sudeste tinha 44% da população, gerando 63% da receita do INAMPS ( Anexo 1, tabelas 10-11 ). O fato de que apenas 53% dos gastos do INAMPS foram realizadas nessa região mostra alguma redistribuição no sistema. A região nordeste tem 29% da população, gerando 9% da receita e recebendo 17% dos serviços do INAMPS. O pequeno orçamento do M S também tende a ser distribuído aos estados mais carentes, porém permaneceu o fato de que as despesas de saúde são maiores nos estados mais ricos que já tem melhores níveis de saúde.

#### Temas Recentes no Setor Saúde

2.20 O Brasil progrediu muito no desenvolvimento de seu sistema de saúde. Quase todas as pessoas têm acesso a alguma forma de assistência à saúde. O conjunto de recursos dispendidos é adequado ao grau de desenvolvimento do país e não existe uma deficiência crítica na oferta de pessoal treinado. Entretanto ainda há problemas significantes; os mais importantes são equidade de acesso a serviços de saúde dos diversos níveis de renda e das diferentes regiões geográficas; além disso, a eficiência na alocação de recursos humanos e financeiros. Outra série de questões são: capacitação para planejamento e gerência; coordenação entre os órgãos do setor; as responsabilidades dos setores públicos e privados; abusos e fraudes no sistema atual de financiamento; conflito de interesse; e finalmente, treinamento de pessoal não apropriado. Devido a esses problemas, o Brasil não está conseguindo o nível de saúde que se esperaria de seus recursos financeiros e humanos.

2.21 Equidade. Ao se estudar gastos com saúde, equipes de saúde, número de postos e centros de saúde, leitos hospitalares, encontram-se discrepâncias enormes entre os estados ( Anexo 1, tabelas 9-15 ) e variações ainda maiores se estudarmos áreas como: zonas rurais distantes, núcleos de colonização rural, periferias urbanas. Como demonstram os indicadores de saúde ( anexo 1, tabelas 2-5 ), essas áreas carentes caracterizam-se alto índice de fertilidade, prevalência de doenças diarreicas e respiratórias, malária e desnutrição, todas passíveis de melhoria com um sistema de baixo custo. O desenvolvimento de tal sistema

tem sido limitado pela preferência de políticos e médicos em geral à assistência curativa, de alto custo, principalmente nas áreas urbanas, como demonstra o crescimento do MPAS se comparado ao MS. Estas preferências estão se modificando ( § 2.18 ).

2.22 Eficiência. A diminuição de recursos para a assistência primária tem claras implicações na eficiência do sistema, resultando um rápido aumento em outros gastos de saúde com pequenas melhorias no nível de saúde. Uma causa primária era o sistema de pagamento do INAMPS ( agora sofrendo modificações ), à base de unidades de serviços, incentivando a produção de serviços desnecessários ( apenas como exemplo, 30% de todos os nascimentos em S. Paulo são cesarianas, enquanto que apenas 10% teriam indicação médica ), instalação de equipamento especializado, utilização exagerada de exames laboratoriais e radiografias e a excessiva especialização de médicos.

2.23 A capacitação para planejamento e gerência no setor saúde é fraca em comparação a outros setores do país. Há também pouca coordenação entre os órgãos com atuação no setor, levando a duplicações em algumas áreas e omissões em outras. Com o incentivo de governos anteriores, o setor privado assumiu um papel maior que o tradicional de providor serviços de saúde para as classes mais ricas, passando a ser a principal fonte de serviços à população em geral, através do INAMPS. Até recentemente, havia pouco controle do uso dos recursos pelo setor privado; fraudes e abusos eram numerosos. Auditorias recentes de contas hospitalares e médicas apresentadas ao INAMPS para pagamento descobriu irregularidades em 90% de todas as contas.

2.24 Uma causa importante de altos custos no sistema de saúde é chamada dupla militância, ou conflito de interesses, que confunde o sistema. Praticamente todos os médicos trabalham em pelo menos um órgão público além do setor privado. Frequentemente o recrutamento de pacientes ao setor privado se faz através da posição pública, com o argumento de que o tratamento pago por caso é de melhor qualidade, o cliente recebendo assistência personalizada. O médico também pode controlar o desempenho do serviço e o lucro da instituição privada. Desta forma, a rede pública em 1981 responsabilizou-se por 43% das consultas médicas e odontológicas, porém realizou apenas 10% das internações.

2.25 O Banco apoia os planos governamentais para melhorar a equidade e eficiência do sistema de saúde e espera que projetos futuros financiados pelo Banco deverão incorporar ambos os objetivos.

Os setores responsáveis do Banco auxiliarão o Brasil em ambos os aspectos.

### Justificativas do projeto

2.26 Há várias razões para dirigir o projeto a áreas carentes da Grande São Paulo; além disso, aperfeiçoar a formulação de políticas é um passo lógico na resolução de problemas emergentes do país. Estes incluem:

- (a) as necessidades de serviços de saúde na GSP não são diferentes daquelas do restante do Brasil. Enquanto o nível de saúde não é tão baixo quanto em áreas rurais, é bem abaixo do que se esperaria numa área metropolitana razoavelmente desenvolvida. Além disso, as necessidades de coordenação dos serviços, melhor administração, controle de custos e planejamento de recursos humanos são mais intensas que em outros lugares;
- (b) existe um efetivo compromisso em redirecionar a orientação e a expansão dos serviços de saúde em São Paulo nos níveis federal, estadual e municipal, como demonstra a formação de uma equipe de elaboração do projeto com representantes dos três níveis ( § 1.02 ); e,
- (c) um sistema de saúde funcionando bem na GSP e uma aperfeiçoada capacitação de análise de políticas setoriais no nível federal facilitaria a adoção de novas modalidades de assistência básica com reflexos nas políticas de saúde para o país, devido à posição de São Paulo como líder de certas tendências, além de melhores fundamentos em que se basear as mudanças nas políticas nacionais.

2.27 A análise abaixo complementa a justificativa deste projeto em se dirigir às necessidades de saúde da GSP e às estratégias e políticas nacionais de saúde.

### B. O Setor Saúde em S. Paulo

#### Generalidades

2.28 Considera-se atualmente que metade dos 12,6 milhões de habitantes da GSP são oficialmente pobres ( renda menor que cinco salários mínimos ). A grande mobilidade da população dentro da área metropolitana ,

principalmente entre zonas carentes, contribui para o caos urbano e baixa coesão social. Essa "metropolitisação" da vida cria um isolamento social paradoxal para zonas densamente povoadas, tornando difícil para pessoas vivendo na periferia o acesso a serviços como saúde, concentrados nas áreas centrais da região metropolitana.

2.29 Para o planejamento, o município de S.Paulo ( MSP ) poderia ser dividido em três zonas : zona central, com 1,1 milhão de habitantes ( 13% do total ), sendo caracterizada por uma população concentrada e de baixo crescimento, com altos níveis em construções e serviços. A zona intermediária contém 1,7 milhões de pessoas ( 20% ), com uma combinação de indústrias, habitação de boa e má qualidade e graus variáveis de adensamento, porem com rápido crescimento. Aí se instalam a maioria dos migrantes mais recentemente chegados à cidade, alguns em favelas, outros em cortiços. Transporte, serviços públicos e sociais não se desenvolveram com a mesma rapidez dessas regiões, que frequentemente não apresentam oportunidades de emprego ou indústria local. Os municípios periféricos a São Paulo compartilham das mesmas características da zona periférica, com a exceção de alguns mais ricos.

#### Estado de Saúde, Nutrição e População

2.30 População. Como resultado da expansão urbana e industrial acelerada durante os últimos trinta anos, a população do Estado de São Paulo concentrou-se nas cidades ( 89% ). A RMSP cobre uma área de 8 mil km<sup>2</sup>, contendo 12,6 milhões de pessoas ( 1980 ), com densidade populacional de 1.562 pessoas/km<sup>2</sup>. Esta é aproximadamente 10% da população do Brasil : cerca de dois terços da população da GSP mora no MSP, o restante nos outros 36 municípios, em sua maioria menores ( mapa IBRD 17283 R ). A GSP tem uma média de crescimento populacional de 4,5% para os anos 1970, que foi o dobro da média observada no país como um todo ( 2,4% ). Entretanto, cerca da metade desse crescimento correu por conta de migração, que adicionou cerca de 280.000 pessoas por ano à GSP. Ao mesmo tempo, a tendência à diminuição do coeficiente de natalidade geral, que foi de 33,4/1000 em 1960 a 26,5/1000 em 1970, inverteu-se, aumentando para 30,5/1000 em 1980, devido ao influxo de migrantes, que são mais jovens, menos educados formalmente, de menor classe de renda que a população aí já existente. Essa importante mudança em fertilidade coincidiu com outras em mortalidade, especialmente mortalidade infantil ( § 2.33 ).

2.31 Recente pesquisa em fertilidade e uso de anticoncepcionais no Estado de S. Paulo mostrou que mais da metade das mulheres em idade reprodutiva usavam contraceptivos. Anticoncepcionais orais são o método mais usado na faixa de 15 - 49 anos ( anexo 1, tabela 8 ). Entretanto, entre os grupos mais carentes ( em especial os migrantes recentes ) o conhecimento dessa prática é limitado e seu acesso a serviços privados de informação a fornecimento ( na ausência de serviços públicos ) é dificultado.

2.32 Saúde. Devido às disparidades de renda e serviços, a periferia do MSP e outros municípios da periferia da GSP não diferem muito em nível de saúde daquele encontrado entre as classes carentes do resto do Brasil e em países em desenvolvimento em geral, enquanto que a área central apresenta um padrão de saúde melhor, comparável ao de países desenvolvidos.

2.33 Houve um declínio da mortalidade geral na GSP de 8,6/1000 em 1960 para 7,1/1000 em 1980. O coeficiente de mortalidade infantil, após o limite inferior de 61/1000 em 1961, reverteu-se, alcançando 95/1000 em 1973, após o que caiu novamente para 64/1000 em 1980. Essas tendências de mortalidade infantil foram inversamente relacionadas ao salário real entre 1963 e 1979, bem como ao decréscimo das despesas públicas alocadas a medidas de prevenção ( de 64% em 1965 a 16% em 1980 ). O coeficiente de mortalidade infantil varia de 42/1000 na zona central até 175/1000 em um município da periferia.

2.34 Doenças infecciosas são responsáveis por um terço de todas as mortes infantis na área central e cerca de metade, na periferia. Morte infantil por diarreia, enterite, pneumonia na periferia de S. Paulo ( 1200/100.000 pessoas ) é o dobro do mesmo valor para a zona central. Mortes neonatais predominam sobre a infantil tardia nas zonas mais ricas ( central e intermédia ), enquanto ocorre o reverso na periferia. Este fato confirma que assistência básica à saúde, como SMI e imunizações, são menos adequadas na periferia do MSP e outros municípios, comparados à zona central.

2.35 Apesar de que as doenças cardio-vasculares são a principal causa de óbitos nas três zonas, atingem 20% do total de óbitos na zona central e apenas 10% na periferia. Em contra - posição, a pneumonia, quarta causa dos óbitos na zona central ( 10% dos óbitos ) atinge o primeiro lugar na periferia, conjuntamente com doenças cardio-vasculares ( 10% do total de óbitos )

2.36 A incidência de doenças preveníveis por imunização diminuiu nos últimos cinco anos devido a campanhas especiais de vacinação, porém, a incidência de poliomelite e sarampo é mais alta na periferia e outros municípios periféricos à GSP, quando comparados à zona central. O fato de que 80% dos casos de febre tifóide notificados no MSP em 1980 ocorreram na periferia demonstra as más condições sanitárias e de controle de alimentos na periferia. Num estudo de pacientes hospitalizados, durante quatro meses ( anexo 2, tabela 4 ), 95% dos diagnósticos corresponderam à problemas comuns, que responderiam a um melhor tratamento ambulatorial, reduzindo o número de admissões a hospital. Outro estudo, de 1980, mostrou que 12,7% das crianças nascidas em maternidades públicas, apresentaram baixo peso, comparados a 9% em clínicas privadas, indicando menor acesso de mães carentes a assistência pre-natal. Considera-se que 23% das crianças entre 6 e 60 meses de idade apresentam desnutrição leve e 2,2% têm desnutrição grave. Esses números atingem 37% e 9%, respectivamente, nas crianças de famílias de renda mais baixa, que vivem na periferia de S.Paulo.

#### Instituições e Recursos do Setor Saúde

2.37 Os serviços de saúde estaduais e metropolitanos estão sob a responsabilidade de várias instituições, com falta de coordenação no planejamento, administração e prestação dos serviços. As atividades do MS consistem em apoiar financeiramente os programas da SES. Os programas de saúde do MPAS são levados a efeito pelo INAMPS, que oferece serviços à GSP : (1) diretamente, através de rede própria, consistindo de 23 ambulatórios e 5 hospitais gerais com 1.112 leitos; e (2) indiretamente, contratando 168 hospitais privados com 17.000 leitos ( 104 prestam serviços de ambulatório e emergência ); contratos com instituições públicas municipais e estaduais, sindicatos, universidade e medicina de grupo; e contratos com 262 médicos. A rede própria do INAMPS concentra-se na zona de central do MSP.

2.38 Secretaria de Estado da Saúde ( S E S ). SES está organizada em quatro Coordenadorias : saúde comunitária ( serviços de ambulatório ), assistência hospitalar, serviços técnicos especializados ( produção de vacinas, soros e testes de laboratório ) e saúde mental. SES organizou seus serviços ambulatoriais com base geográfica, em distritos e regiões. Entretanto, o diretor de um distrito sanitário não tem controle real sobre os recursos humanos e financeiros, sendo o diretor da regional de saúde quem prepara o orçamento das diversas unidades distritais para aprovação pela SES. Os serviços hospitalares da SES são

administrados pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar, e não são coordenados com os serviços ambulatoriais para a referência de pacientes. Em 1980 a SES possuía 203 centros de saúde e 9 hospitais na R M S P, tendo prestado 1,3 milhões de consultas ambulatoriais ( das quais mais de 80% em SMI ). A taxa de ocupação dos hospitais foi 50%, com média de permanência maior que a do setor privado, pois muitos dos hospitais estaduais são especializados em doenças crônicas, como tuberculose e hanseníase. Além desses, a SES possui sete hospitais psiquiátricos na GSP, com 5.245 leitos, mais 1.780 leitos contratados do setor privado. É difícil estimar a cobertura dos serviços da SES, pois não existe coordenação ou acordos para referência de pacientes entre os diversos órgãos de saúde.

### 2.39 Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo (SHS).

Este órgão também possui hospitais e postos de saúde próprios, tendo regionalizado seus serviços em 5 regiões técnicas, que não coincidem com as regiões estaduais. Sua rede conta com 56 postos de saúde, 5 pronto-socorros, 7 hospitais com 1037 leitos e outros hospitais privados contratados com 1165 leitos. Em 1980 a SHS produziu 470.000 consultas médicas ( todas SMI ), 1 milhão de consultas de emergência, e 54158 altas hospitalares. Serviços de laboratório são totalmente adquiridos do setor privado. O público utiliza mais os pronto-socorros que os postos de saúde pois existe a percepção de um maior número de serviços de melhor qualidade, com o apoio de hospitais e laboratórios. SHS também tem serviços de inspeção sanitária.

2.40 Poucos dos outros 36 municípios da GSP operam serviços de saúde de completos ( centros de saúde e hospitais ), o melhor desses é descrito no parágrafo 2.47 ( Cotia ). O restante contribui apenas com parte das despesas de pessoal do sistema estadual e serviços de ambulância para transporte de pacientes à zona central. Existem 9 hospitais universitários na GSP que não são coordenados aos serviços de saúde governamentais. Proporcionando os serviços mais sofisticados, são também utilizados por pacientes com problemas comuns, um ineficiente uso de recursos. Sete hospitais com 2.146 leitos assistem populações "fechadas" ( serviços públicos, militares ), não sendo coordenados com os outros sistemas.

2.41 Apesar da existência de um pequeno número de centros e postos de saúde pública na periferia de S. Paulo, os que existem são sub-utilizados, geralmente operando a 50% ou menos de sua capacidade. Significativamente, as clínicas do INAMPS não apresentam esse problema.

2.42 Setor Privado. O setor privado inclui : prática em consultórios; hospitais; pré-pagamento em medicina de grupo; seguros-saúde privados; e serviços organizados por fábricas e sindicatos. Do total de 223 hospitais na GSP, 193 são privados. A malha de hospitais privados na GSP existe através de contratos com o INAMPS ou contratos com medicina de grupo. A maior parte desses serviços de medicina de grupo são ambulatórios. Estes, subcontratam a rede privada para internações, porém existe insatisfação com a qualidade desses serviços. O setor privado em S. Paulo é a epítome do que se passa a nível nacional, como descrito nos § 2.09 e 2.20 - de orientação curativa, de alto custo ( no entanto de alta utilização pois são geralmente "gratuitos" ), permeados por fraudes e conflitos de interesse, sem organização adequada do seguimento dos pacientes. Entretanto, nos casos onde o tratamento curativo é indicado ( níveis secundário e terciário ) o setor apresenta bons serviços, os melhores hospitais tendo um nível internacional.

#### Recursos Humanos

2.43 Um quarto dos 108.000 médicos do Brasil vive no Estado de S. Paulo e cerca de 20.000 residem na GSP. Este número está sendo aumentado em 2.000 ao ano. O coeficiente população/médico para a GSP em 1980 era 790/1, estimando-se que chegue a 520/1 em 1990. O número de enfermeiras profissionais registradas no Estado de São Paulo aumentou de 3016 em 1975 para 19399 na metade de 1981 ( um coeficiente de 650 pessoas por enfermeira ). Entretanto uma grande proporção das enfermeiras profissionais trabalha em administração. Em São Paulo, 95% das enfermeiras especializam-se para obter melhor nível salarial, em alguns casos melhor mesmo que o dos médicos. Esta situação tem provocado uma grande demanda por enfermeiras gerais e de saúde pública, além da necessidade de técnicos de saúde e nutricionistas. A expansão rápida de mão de obra especializada iniciou-se nos anos 1960, quando o número das faculdades de medicina e escolas de enfermagem triplicou, continuando concentradas no Rio e em S. Paulo. Os estudantes são atraídos pela região metropolitana e têm expectativa de aí permanecerem para trabalharem após sua formatura. O modelo curativo que impera em S.Paulo está sendo rapidamente saturado com generalistas e especialistas. Estes profissionais normalmente não estão interessados em cobertura de grandes populações e em controlar custos, pois os currículos da maioria das escolas médicas enfatizam a alta tecnologia médica e estimulam a especialização. Esta tendência se exacerba com os baixos salários oferecidos pela SES. No entanto, em parte pela multiplicidade de empregos ( § 2.24 ), SES emprega 3.000 médicos e dentistas, SHS 2.000 e INAMPS 1800.

## Custos e financiamento da Saúde

2.44 Em 1980 a despesa federal, estadual e municipal, acumulada, com saúde na GSP foi de 683 milhões de dólares. Desta despesa, cerca de 65% passou pelo sistema do INAMPS, 27% pelo estado e 8% pelos municípios, com o MSP diretamente responsável por 3/4 desta soma. A despesa privada com saúde, isto é, aquela que envolve pagamento direto a profissionais e farmácias provavelmente foram iguais a pelo menos as despesas públicas. Mais informações a respeito virão da pesquisa de despesas familiares de 1981. Em 1980, a estimativa total de gastos com saúde, excluídos saneamento básico e ambiental, foi de aproximadamente 1,4 bilhão de dólares, ou seja 110 dólares per capita na GSP, que é alta para um país de renda de nível médio.

## Temas Recentes no Setor Saúde

2.45 Os principais temas que têm sido levantados na melhoria da saúde em S. Paulo podem ser assim resumidos :

- (a) rápido crescimento populacional, primariamente como resultado de migração rural/urbana a grandes áreas insalubres, onde a população vive em casas abaixo do nível de pobreza, com acesso limitado a serviços de saúde e planejamento familiar ;
- (b) um grande contraste entre regiões da GSP, com moderado coeficiente de mortalidade infantil na região central, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos e uma periferia com alta mortalidade infantil e grande prevalência de doenças diarreicas, respiratórias e outras doenças passíveis de imunização;
- (c) concentração de serviços de saúde na região central e no setor privado, com tendência a alto-custo e alta-tecnologia para poucos privilegiados;
- (d) três sistemas públicos não coordenados, um orientado para a cura, os outros para SMI e pronto-socorro, nenhum deles com uma rede adequada na periferia;
- (e) sub-utilização da rede pública existente devido à baixa qualidade, limitação e baixa disponibilidade dos serviços, na presença de uma alternativa "gratis" ( mas de alto custo ) ;

- (f) um número suficiente de médicos e enfermeiras, porém falta de interesse e conhecimento de técnicas de assistência básica, além dos baixos salários do setor público.

### C. A Estratégia de Saúde em S. Paulo

2.46 Generalidades. A insatisfação com o atual sistema de saúde na GSP vem aumentando de ano a ano - entre técnicos e INAMPS, preocupados com a espiral dos custos; entre sanitaristas, insatisfeitos com a falta de equidade e a ineficiência, além de grande prevalência de doenças preveníveis; entre grupos comunitários das áreas carentes; entre líderes políticos que devem responder a essas preocupações. No desenvolvimento de um novo modelo de serviços, os planejadores foram influenciados pela experiência de Cotia ( § 2.47 ), o Programa de Curitiba ( § 2.12 ), que mostrou que os serviços de saúde poderiam ser melhorados e os custos reduzidos pela utilização mais eficiente e coordenação das organizações existentes, e, pelo relatório CONASP ( § 2.12 ) com sua recomendação em favor de assistência primária e controle de custos. A SHS também iniciou pequenas mudanças no padrão de serviços de saúde, em algumas áreas do município, com vistas a obter experiência para possíveis mudanças mais amplas no sistema.

2.47 A experiência de Cotia. Em 1975 um grupo de médicos iniciou uma fundação de caridade a fim de construir um hospital de 54 leitos no município de Cotia, na periferia da GSP, que não contava com serviços de saúde. O hospital contava com um grande centro de saúde para serviços de ambulatório. Após alguns anos, clínicas satélites foram construídas nos aglomerados circunvizantes, financiados por uma combinação de fundos privados, municipais e estaduais. Pela integração de serviços de hospital e ambulatório e pela amplitude dos serviços oferecidos, o sistema de Cotia teve um significativo impacto na saúde ( Anexo 6, tabela 2). A mortalidade infantil foi reduzida de 120/1000 em 1975 para 54 em 1980, nenhuma notificação de polio, difteria e tétano ocorrendo desde 1976; a proporção de cesarianas foi reduzida para 15% ( normalmente a 30% na GSP ), apenas 15% das consultas ambulatoriais sendo tratadas como emergência. Numa amostra de 2.000 consultas de ambulatório atendidas por uma auxiliar de enfermagem, apenas 7% foram referidas a nível superior. O projeto teve um forte apoio da Fundação Kellogg ( E U A ) e mais recentemente, parte de seu custeio recai sobre o INAMPS. Esta experiência mostra que ainda há muito a fazer para melhorar o funcionamento dos sistemas de saúde da GSP, pela integração de

serviços de ambulatório e hospital, coordenação das atividades dos setores público e privado, sublinhando-se o papel da assistência primária e os papéis a serem assumidos pelo pessoal auxiliar de saúde, bem como a ativa participação do INAMPS no planejamento do programa.

#### Um Novo Modelo de Assistência Básica à Saúde

2.48 Baseados nessas experiências, planejadores de saúde desenvolveram um novo modelo de assistência básica à saúde. O novo modelo foi definido seguindo-se a um estudo epidemiológico que considerava as necessidades de saúde de famílias pobres típicas, que habitavam nas áreas carentes da GSP. As necessidades de saúde foram diferenciadas por sexo e faixa etária. Intervenções apropriadas a cada grupo foram então definidas paralelamente ao desenrolar da história natural de cada doença ou agravo (a começar com intervenções para evitar ou diminuir riscos de doenças, seguindo-se proteção específica, levantamentos de saúde, diagnóstico clínico e tratamento, terminando com reabilitação). A categoria de trabalhador com o treinamento necessário para administrar cada uma dessas intervenções foi determinada. Finalmente, essas definições foram divididas em quatro grupos: as que poderiam ser auto-estimuladas (com ajuda de promoção e educação para a saúde); as que poderiam ser oferecidas à domicílio por visitadoras; aqueles necessitando consulta na unidade de saúde ou hospital; e, os que requerem hospitalização (veja anexo 3, tabelas 1 e 2).

2.49 Sob o novo modelo, serão revistas as causas da presente subutilização de serviços (§ 2.41) e o excessivo número de hospitalizações será diminuído com uma série de atividades coordenadas, que não apenas ampliará os serviços, melhorando a qualidade e a disponibilidade deles, para melhorar também a imagem desses serviços junto ao público. Essas atividades serão:

- (a) construção de unidades básicas de saúde bem planejadas e dimensionadas, e de hospitais após planejamento funcional e físico;
- (b) aumento do número de serviços e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos para que estes sirvam às necessidades de saúde da população;
- (c) mudanças na orientação da equipe de saúde e melhoria de condições de trabalho, principalmente para médicos e enfermeiras, cumprimento do horário de trabalho e maior uso de pessoal auxiliar;

- (d) promoção dos serviços oferecidos, através de meios de comunicação de massa, participação de grupos da comunidade e aumento das horas de funcionamento para que a população que trabalha possa comparecer;
- (e) implementação das recomendações do CONASP, com mudança dos pagamentos do INAMPS a fim de se exigir que a unidade básica de saúde ( UBS ) seja a porta de entrada ao sistema;
- (f) término dos ambulatorios hospitalares e mudança desses serviços para as UBS; e,
- (g) supervisão comunitária dos UBS através de Conselhos Comunitários de Saúde.

As características organizacionais do novo modelo são tratadas no parágrafo 3.03 e capítulo V. Características financeiras, no § 4.04.

2.50 Enquanto alguns dos impactos do projeto serão sentido por toda a GSP, o maior e mais precoce impacto dar-se-á nos 2,5 milhões de habitantes assim distribuídos : 1,7 milhão nas 5 áreas de implementação do modelo; e 0,8 milhão em nove distritos de saúde do MSP, onde serão oferecidos serviços ambulatoriais através de UBS. A completa implementação do novo modelo nesses 9 distritos, chamados de pontos de extensão, será parte de fases posteriores, para expandir o projeto por toda a GSP, através da experiência desta primeira fase. Os pontos de extensão foram selecionados segundo os critérios abaixo e também seguindo a existência de comissões de saúde organizadas o nível comunitário, que auxiliarão na coordenação dos serviços nesses distritos. Utilizaram-se os seguintes critérios para a escolha das áreas do projeto :

- (a) áreas na periferia da metrópole com densidades populacionais variáveis, sabidamente carentes de serviços, com pobres condições de saúde, e forte demanda popular para melhorias;
- (b) áreas onde já existia colaboração de trabalho entre Estado, Município e INAMPS ou poderia ser obtida rapidamente;
- (c) áreas onde o novo modelo de serviços de saúde e o treinamento de pessoal poderiam ser implementados rapidamente, com pouco investimento em construções.

2.51 Duas das áreas selecionadas, a área de Freguesia do Ó ( 5 distritos de saúde com população de 580.000 ) e Itaquera - Guaianazes ( dois distritos de saúde com população de 577.000 ) estão dentro do MSP ( mapas IBRD 17287 R e 17288 R ). A primeira foi escolhida de vido ao incomum grau de cooperação existente entre as instituições públicas e privadas, que permitirá o teste imediato do modelo de coordenação dessas instituições. A última, pelo pequeno número de serviços existentes. As três áreas restantes estão fora do município de S. Paulo. São :

(a) a área de Cotia ( população : 63.000 ), local onde existe um projeto piloto que introduziu muitos aspectos do novo modelo proposto para aplicação mais ampla ( mapa IBRD 17286 R );

(b) a área de Caieiras ( 5 municípios semi-rurais, com 161000 pessoas ); e

(c) a área de Mauá ( três municípios heterogêneos, com população de 249.000 ). A escolha das últimas duas áreas foi condicionada ao fato da experiência de hospitais onde o novo modelo poderia ser implementado quase que imediatamente ( mapas IBRD 17285 R e 17284 R ). Oito pontos de extensão escolhidos localizam-se na periferia do MSP e um na zona central ( mapa IBRD 17283 R ). Habitações precárias e cortiços predominam nessas áreas juntamente com péssimas condições de saúde e deficientes instalações. Esses pontos de extensão localizam-se nos distritos de Tucuruvi, Vila Maria ( norte do MSP ), Santo Amaro, Jabaquara ( sul ), Butantã ( oeste ), Penha de França e S. Miguel Paulista ( leste ), Vila Prudente ( sudoeste ) e Lapa ( centro ) .

Dados a respeito das 5 áreas e 9 pontos de extensão se encontram no anexo 2, tabela 1.

### III. O PROJETO

3.01 Os dois principais objetivos do projeto são : (a) o desenvolvimento de um novo modelo de assistência básica à saúde para a CSP e (b) o desenvolvimento de Estudos de Política Nacional de Saúde, a nível federal.

ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULOA. Objetivos

- 3.02 Os objetivos do novo modelo de assistência à saúde são :
- (a) melhoria do nível de saúde nas 5 áreas de implementação e nove distritos da GSP ( ver indicadores específicos no § 6.03 );
  - (b) melhoria do custo-eficácia dos serviços oferecidos na GSP ;
  - (c) auxiliar a República Federativa do Brasil a desenvolver e implementar políticas apropriadas em questões nacionais de saúde urbana.

B. Componentes

3.03 Os seguintes componentes são propostos para atingir os objetivos acima :

Parte A : Desenvolvimento Institucional. Objetiva reforçar a capacidade de organização e de implementação do projeto através de :

- (a) estabelecer e operar uma unidade de gerência do projeto (UG) com um gerente do projeto e uma equipe de 20 pessoas ( § 5.03 );
- (b) dispor de 140 homens -mês de consultores em administração e 20 homens -mês de assessores especiais para organização de serviços de saúde, seu funcionamento e avaliação;
- (c) desenvolver um sistema de acompanhamento e avaliação;
- (d) desenvolver uma série de estudos e pesquisas relacionadas ao projeto ( anexo 3, tabela 4 );
- (e) preparar as atividades de seguimento do projeto.

Parte B : Desenvolvimento de Recursos Humanos. Objetiva organizar e treinar os recursos humanos do projeto através de :

- (a) estabelecer um Centro de Recursos Humanos na SES ;
- (b) desenvolver um programa de treinamento de pessoal de saúde como se segue : (1) cerca de 67 cursos locais para 1200 participantes; (2) cerca de 428 treinamentos em serviços para 6000 participantes; (3) cerca de 398 seminários de 2 dias de educação continuada para 5000 participantes; (4) cerca de 395 bolsas de estudos para visitadoras domiciliares, inspetores e agentes de saneamento; (5) cerca de 1380 bolsas de estudos locais para atendentes e auxiliares hospitalares; (6) cerca de 425 bolsas de estudos locais para seminários de área e módulo para pessoal técnico e profissional; e (7) cerca de 11 bolsas de estudo internacionais para o pessoal senior da equipe ( anexo 5, tabela 3 );
- (c) oferecer equipamento laboratorial e de campo para o treinamento de estudantes de medicina ( § 3.11 ).

Parte C : Desenvolvimento da Rede Física. Objetiva melhorar o acesso aos serviços de saúde através :

- (a) construção e equipamento: (1) cerca de 99 UBS, 61 nas 5 áreas - alvo e 38 em 9 distritos do MSP ( " pontos de extensão " ); (2) 5 hospitais ( cerca de 1100 leitos, no total ) localizados nas 5 áreas - alvo ( anexo 3, tabelas 2 e 3 );
- (b) reforma e equipamento de cerca de 28 UBS, todas localizadas nas 5 áreas - alvo; melhoria e equipamento do Hospital Juqueri ( 142 leitos ); ampliação e equipamento do Hospital de Cotia ( 115 leitos ); e término do Hospital de Itaquera ( 250 leitos );
- (c) incluído hospital Nardini na rede de saúde ( este é um hospital privado de 226 leitos, em Mauá, ainda não operando );
- (d) adquirir cerca de 72 ambulâncias e 180 veículos para os 12 módulos de saúde das 5 áreas - alvo e outros equipamentos nas áreas do projeto, bem como para a UGP e o programa de educação em serviço ( ver parte B, item c, acima ).

### C. Descrição

3.04 O novo modelo de assistência à saúde como definido no § 2.48 será totalmente implementado nas cinco áreas - alvo da primeira fase do projeto e parcialmente ( ambulatoriais e serviços de referência ) nos nove " pontos de extensão ". Necessidades e demanda provável foram estudados e coeficientes de consultas esperadas e número de hospitalizações foram estimados ( anexo 3, tabelas 1 e 2 ). A flexibilidade do modelo será importante pois o comportamento dos clientes bem como suas condições socio-econômicas poderão mudar progressivamente com a implementação do projeto. O novo modelo consistirá de :

- (a) Módulos de saúde : áreas geográficas com 60.000 e 250000 pessoas cada uma, que contarão com unidades básicas de saúde ( UBS ) em número de 2 a 10, com internação em um hospital local de 220 leitos. Um sistema de referência integrará a UBS a hospitais do módulo e da área ( especializados ). A equipe profissional fará rodízio entre os serviços de ambulatorio e hospitalares;
- (b) Áreas de saúde : áreas geográficas compreendendo de 1 a 6 módulos de saúde cada uma, ou de 90.000 a 470.000 pessoas . Alguns serviços médicos especializados serão organizados num dos hospitais da área. Funções logísticas como fornecimento de materiais e drogas, lavanderia, transporte serão administradas deste nível;
- (c) Região de Saúde : áreas geográficas da GSP, cada uma com 1,4 milhão de pessoas em média, contendo um número variável de áreas de saúde e com uma linha de serviços de assistência médica primária a terciária. Essas regiões poderão ultrapassar as linhas geopolíticas do MSP para equilibrar a população e a distribuição de recursos. O projeto não incluirá a administração de regiões de saúde, porém coordenará encaminhamentos de pacientes ao nível de serviços terciários.

Terão importância maior os serviços de saúde de maior demanda e que custem relativamente menos, com métodos uniformizados , seguros e eficientes. Estima-se que esses serviços atingirão até 90% das necessidades de saúde de um módulo. Muitos desses serviços serão administrados por pessoal não médico ,

uma consideração menos importante em S. Paulo que numa área rural. No contexto de S. Paulo, assistência básica à saúde inclui assistência primária e também um componente substancial de assistência secundária, que serão executados por hospitais locais a um custo mais baixo e com alta qualidade.

3.05 Os serviços a serem prestados são resumidos abaixo :

Assistência médica, diagnóstico e tratamento : acompanhamento de mulheres grávidas e do estado nutricional de crianças, partos, vacinações, levantamentos de doenças crônicas ( tuberculose, hipertensão, câncer de colo uterino ), tratamento de ferimentos, diagnóstico e tratamento de doenças comuns ( diarreias, infecções respiratórias, e outras, cáries dentárias ), cirurgias simples e reabilitação de convalescentes. Esses serviços também serão realizados através de visitas domiciliárias, porém principalmente através das UBS e hospitais locais. Crianças em idade escolar serão atendidas pelo serviço de saúde escolar. A complexidade da assistência clínica e cirúrgica e a sofisticação da tecnologia médica será limitada, evitando-se recursos humanos altamente especializados e tecnologia cara, aplicável apenas a problemas incomuns. Nos hospitais serão encontrados : pediatria, gineco - obstetrícia, clínica médica, psiquiatria e cirurgia. Procedimentos cirúrgicos até o nível de complexidade de uma colecistectomia ( remoção da vesícula biliar ) existirão. Cirurgias mais complexas serão enviadas a um centro de assistência terciária. Testes bioquímicos, radiológicos e eletrocardiogramas em casos de doenças cardíacas serão realizados dentro do módulo de saúde; diagnósticos mais complexos serão realizados nos centros terciários, fora do módulo.

Nutrição e planejamento familiar : parte do programa nacional do MS de Assistência Integral à Mulher e Criança ( § 2.10 ), o modelo contará com suplementação alimentar para crianças, mulheres grávidas e puérperas, estímulo ao aleitamento materno, diagnóstico precoce e controle de câncer de colo e mamário, diagnóstico precoce e tratamento de doenças sexualmente transmitidas e, quando necessário, planejamento familiar.

Promoção e Educação em Saúde : criação de demanda e educação serão estimuladas através divulgação de serviços, visitas domiciliárias, " recados " de saúde, higiene pessoal e da habitação, e outros.

Saneamento Ambiental : o modelo contém serviços de saúde principalmente, mas também atuará na inspeção sanitária do ambiente, controle de insetos e roedores, controle de alimentos e apoio comunitário na coleta e disposição de lixo.

Parte A : Desenvolvimento Institucional

3.06 Para ultrapassar a rigidez do sistema atual e medir a eficácia das inovações, a organização e administração de serviços de saúde nas cinco áreas - alvo e nos nove distritos de saúde terão as seguintes características :

- (a) a administração dos serviços, quer SES ou SHS, será hierarquizada, a partir dos módulos de saúde, áreas e regiões para a administração superior da SHS e SES;
- (b) a devolução de autoridade orçamentária e administrativa ao módulo de saúde. Essas atividades serão complementadas pelo reforço das áreas de planejamento da SHS e SES, além da responsabilidade do gerente de módulo frente às metas de melhoria de saúde traçadas;
- (c) procedimentos entre os níveis do sistema ( inclusive o nível terciário ) serão definidos;
- (d) serviços externos, como visitaçã domiciliária para promoção da saúde e educação, prevençã simples, curativos, nutriçã e planejamento familiar, pois serão de menor custo ou serão necessários para atingir pessoas que não comparecerem à unidade. Essas visitas serão feitas por visitadoras especialmente treinadas, enfermeiras e, ocasionalmente , por médicos;
- (e) acompanhamento e avaliaçã dos principais processos do novo modelo de serviços de saúde e seu impacto no nível de saúde e custos, assim como comparações com alternativas possíveis ;
- (f) introduçã de contabilidade de custos simples a cada nível do sistema, para determinar o custo unitário de cada categoria de serviço ou procedimento, além do desenvolvimento de um aperfeiçoado sistema de arquivo. Durante as negociações ficou acertado que esses sistemas estarão funcionando em 30 de junho de 1985;
- (g) estímulo à participaçã comunitária, através de Conselhos Comunitários de Saúde, acompanhando o desempenho de cada unidade de saúde, e representaçã em comissões de controle em níveis superiores. Participaçã comunitária mais ampla a nível de decisões serão testadas em escala menor;

- (h) desenvolvimento de um programa de estudos e pesquisas relacionadas ao projeto na GSP, para examinar as necessidades e atitudes das comunidades em relação à saúde e aos serviços de saúde, conduzindo a ulterior aperfeiçoamento nas técnicas e programas de saúde ( anexo 3, tabela 4 ).

3.07 O modelo de assistência básica à saúde de São Paulo também colocará em prática as seguintes recomendações do CONASP :

- (a) estabelecimento da UBS como porta de entrada ao serviço de saúde ( em vez de procura individual a hospitais locais ou especializados );
- (b) reembolso à SES e SHS pelo INAMPS por serviços prestados, baseando-se no custo das consultas em UBS e dos procedimentos hospitalares;
- (c) a diminuição de acordos contratuais entre o INAMPS e empresas privadas nas áreas do projeto, à medida que o sistema de saúde do projeto for capaz de atender as necessidades da população ( esses acordos são relativamente poucos atualmente, pois a maioria da população residente nas áreas do projeto busca serviços em outros lugares ).

Durante as negociações, garantias foram obtidas para que, à medida em que cada módulo de saúde for sendo estabelecido ( § 3.04 ), a política acima será introduzida. Cerca de 20 homens/mês de consultores especiais em organização, funcionamento e avaliação de serviços de saúde assistirão a UGP a definir as inovações no sistema proposto, além disso, cerca de 140 homens/mês de consultores locais auxiliarão a UGP a preparar procedimentos detalhados para a administração de UBS e hospitais, sistemas de acompanhamento e avaliação.

#### Parte B : Desenvolvimento de Recursos Humanos

3.08 Este componente envolve dois elementos principais :

- (a) estabelecimento de um Centro de Recursos Humanos - CRH - na SES; e
- (b) quadro de pessoal e treinamento da equipe do projeto.

3.09 Atualmente a gerência dos recursos humanos é feita ad hoc pelas suas coordenadorias e por dois assessores do Secretário de Estado. O projeto propõe que se estabeleça um CRH para assegurar a capacitação da administração de pessoal da SES, que apoiará as necessidades de recursos humanos do projeto. Políticas, cálculos de pessoal, treinamento, seleção e desenvolvimento de recursos humanos, legislação de pessoal e quadro são funções do CRH estabelecidas pelo decreto 13.350 de 1979. A UGP deverá contar com um administrador de pessoal senior encarregado de implementar com o CRH e instituições de treinamento, os planos de treinamento e de pessoal.

3.10 Os padrões de pessoal para as UBS e hospitais foram definidos de acordo com o programa funcional de serviços para cada módulo de saúde, critérios do CONASP e o Estudo de Estimativa de Pessoal da SHS. O projeto deverá :

- (a) orientar e reciclar o pessoal existente na operação do novo modelo de serviços de saúde;
- (b) proporcionar orientação e treinamento pré-admissional , principalmente no nível técnico;
- (c) treinar uma equipe selecionada como gerentes. O programa de treinamento proposto encontra-se resumido no anexo 5 , tabela 3. Cerca de 67 cursos e outros programas de treinamento foram planejados, variando em duração de um dia a 13 semanas. Haverá cerca de 1.100 cursos durante quatro anos para 11000 participantes.

3.11 O projeto também prevê que cerca de onze profissionais senior desenvolvam estudos de três a dozes meses de duração em nível internacional ou no Brasil, conforme as necessidades. Essa equipe será especializada em administração de saúde, planejamento, avaliação , desenvolvimento de recursos humanos e sistemas de saúde metropolitana/nos. Cursos serão oferecidos por instituições de ensino locais ( Universidade de S. Paulo, Fundação Getúlio Vargas, FUNDAP, e o Centro de Treinamento da SHS, entre outros ) e pela própria organização do projeto, pelo estabelecimento de programas de treinamento em serviço em alguns hospitais e centros de saúde. O tipo de treinamento em serviço incluirá programas de residência médica, ou estágios para estudantes de medicina, seminários profissionais, treinamento dos treinadores, e treinamento em serviço do pessoal de nível auxiliar.

O programa de residência médica que existe em Cotia, com a participação da USP e Santa Casa continuará; um programa similar será iniciado em Freguesia do Ó, com a colaboração da Faculdade de Medicina da Sta. Casa. As instituições responsáveis pelo treinamento deverão contar com todos os recursos necessários ao treinamento dentro das necessidades do projeto, e serão complementados com equipamento educacional e transporte.

### Parte C : Desenvolvimento da Rede Física

3.12 Unidades com as funções de assistência primária à saúde (postos e centros de saúde) e a nova proposta de serviços serão denominados Unidades Básicas de Saúde ( UBS ).

Os edifícios existentes e os que serão construídos nas 5 áreas - alvo, bem como os pontos de extensão são encontrados no anexo 3, tabela 3. Nas 5 áreas - alvo há cerca de 55 postos ou centros de saúde, a maioria deles pequenos e obsoletos, dos quais alguns são alugados - geralmente em locais pequenos e inadequados. Desses edifícios, 28 serão reformados, e cerca de 61 novas UBS serão construídas nas 5 áreas - alvo. Cerca de 38 UBS serão construídas em 9 distritos de saúde do projeto ( pontos de extensão ). Os locais foram determinados seguindo um exercício de mapeamento, para que se dê acesso a toda a população numa distância à pé que não ultrapasse 20 - 30 minutos. As UBS contarão com todos os serviços listados no parágrafo 3.05 e Anexo 3, tabela 1, num prédio de 780 m<sup>2</sup>. Todas as edificações novas e reformadas serão equipadas conforme definições da detalhada análise funcional e estudo tecnológico levada a termo pela UCP.

3.13 As 5 áreas - alvo contam atualmente com 11 hospitais privados, num total de 1.367 leitos, sem contar hospitais especializados em doenças crônicas, como TB ou para assistência ao parto de alto risco ( anexo 3, tabela 3 ). O projeto construirá um total de 1831 leitos novos, como se segue :

- (a) aquisição do hospital Nardini em Mauá, um prédio de 226 leitos, que foi terminado em 1980 e nunca foi aberto devido a dificuldades financeiras. Apenas pequenas alterações serão necessárias para enquadrá-lo dentro das necessidades do projeto. Tanto a aquisição, quanto as reformas estarão terminadas em 31 de março de 1985, como acordado nas negociações. A compra desse hospital pelo Governo de São Paulo estará incluída na contrapartida local para o projeto;

- (b) durante as negociações foi alcançado o entendimento para a inclusão do hospital de Itaquera dentro do financiamento do projeto, bem como completá-lo em 31 de março de 1985. Este prédio de 250 leitos sofrerá apenas pequenas modificações para se adaptar ao modelo de serviços do módulo;
- (c) conversão de cerca de 140 leitos psiquiátricos do hospital estadual do Juqueri, para leitos gerais. Para isto será necessária a reforma de 1393 m<sup>2</sup> e a ampliação de 2962, além de equipamento novo;
- (d) ampliação de cerca de 115 leitos ( 4153 m<sup>2</sup> ) no hospital de Cotia, privado, sem fins lucrativos ( parágrafo 2.47 ), além de reforma de seus departamentos técnicos ( 1.234 m<sup>2</sup> ) e o equipamento que será necessário para atender a demanda gerada;
- (e) construção de 5 novos hospitais, todos no MSP, cada um com 220 leitos.

Todos os hospitais locais serão semelhantes em serviços - clínica médica, psiquiatria, clínica cirúrgica, gineco - obstetrícia e pediatria ( § 3.05 e anexo 3, tabela 1 ). Cada um deles terá um pronto - socorro, mas não contará com ambulatório, já que a maior parte destes serviços, no futuro, serão oferecidos nas UES, com especialidades sendo parte de um dos hospitais da área de saúde. Entretanto, haverá algumas diferenças entre hospitais de área de saúde. A área total de construção dos 5 hospitais de 220 leitos não ultrapassará 11.660 m<sup>2</sup> ( ou 53 m<sup>2</sup>/leito ) de acordo com o plano de espaço proposto e confirmado por uma carta datada 15 de maio de 1982 do Banco ao mutuário. As definições do equipamento originaram-se em análise de especialistas, com base nas tecnologias necessárias para serviços de assistência básica à saúde.

3.14 A média de leitos por população esperada será 1,4/1000 em áreas de crescimento pequeno, até 2,7/1000 nas áreas de maior crescimento ( § 2.29 ). Algumas áreas, por exemplo Cotia, também irão atrair pacientes de municípios carentes vizinhos. Essas médias aproximam-se das recomendações do CONASP, de 1,8 leitos/1000 pessoas para leitos hospitalares básicas, a nível nacional.

### D. Etapas de implementação

3.15 Uma detalhada tabela de implementação para os componentes físico e institucional do modelo se encontra no anexo 5, tabela 1. O planejamento físico e funcional das unidades e a localização dos terrenos foram terminados para os hospitais e virtualmente todas as UBS. Compra ou desapropriação estão sendo realizadas. A aquisição de todos os locais estará completa em dezembro de 1985. Durante as negociações foi acordado que o Banco deverá aprovar todos os desenhos preliminares de cada um dos 5 hospitais antes que o mutuário prossiga aos projetos executivos desses hospitais. O projeto tem a duração de quatro anos, sendo as principais atividades dos primeiros seis meses a alocação de planos administrativos e o desenho detalhado da rede física. Estudos e pesquisas relacionados ao projeto assim como os programas de treinamento começarão no segundo semestre de 1984. O novo modelo de serviços de saúde será estabelecido com o primeiro grupo de módulos de saúde baseados em hospitais existentes, em cerca de um ano após o projeto iniciar suas operações. Cada hospital necessitará de dois anos para construir.

## ESTUDOS DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

### A. Objetivos

3.16 Este projeto objetiva :

- (a) reforçar o processo de formulação de políticas no Setor Saúde;
- (b) aperfeiçoar a implementação das medidas traçadas pela política de saúde.

### B. Descrição

3.17 Os estudos de política nacional de saúde objetivam a analisar os temas e prioridades atuais em saúde, com vistas a reforçar o processo de formulação de políticas e estabelecimento de objetivos de médio prazo no setor saúde. Tópicos principais a serem analisados foram identificados numa reunião de instituições - chave de pesquisa em saúde no Brasil em abril de 1983. Estes são : (1) modelos alternativos de extensão da cobertura de serviços de saúde; (2) descentralização do atendimento à saúde e suas implicações técnicas, institucionais e políticas; (3) aspectos econômicos e financeiros do sistema de saúde; (4) opções tecnológicas e seu impacto no custo - eficácia do sistema de saúde, (5) outros assuntos, periodicamente revistos, condicionados às avaliações de implementação, a

a iniciar em 31/10/1984, e continuando anualmente. Antes de se colocar em prática qualquer resultado ou política baseada ou derivada desses estudos, o Banco deverá ter a oportunidade de opinar sobre tal resultado ou política.

#### IV. CUSTOS E FINANCIAMENTO DO PROJETO

##### A. Custo estimado

4.01 O custo estimado dos dois projetos está descrito abaixo. O custo estimado do Projeto de Assistência Básica à Saúde em S.Paulo é de 121,6 milhões de dólares, que inclui cerca de 11 milhões de dólares em impostos. O custo do câmbio é de cerca de 24 milhões de dólares ( 20% do total ). Detalhes encontram-se no anexo 4, tabelas 1-4 e estão resumidos na tabela 4.1. Custos de construção foram baseados em desenhos funcionais e custo por m<sup>2</sup> atual de construção de prédios semelhantes em S.Paulo. O custo do equipamento foi estimado de acordo com o estudo funcional das UBS e hospitais, pela equipe da UGP, auxiliados por especialistas locais de ambulatório e assistência hospitalar. Contingências físicas atingem 10,6 milhões de dólares ( 15% das obras civis e 5% de equipamentos e veículos ). Contingências de preço foram baseadas nas seguintes previsões de aumentos dos preços internacionais : 1984, 3,5%; 1985, 8,0%; 1986 e daí para frente 9,0%. Os mesmos níveis foram usados para custos locais e estrangeiros desde que se assumiu que o Brasil continuará desvalorizando seu dinheiro em relação à diferença do médico particular e a inflação internacional.

#### B R A S I L

Tabela 4.1. ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM S.PAULO  
( Resumo dos custos, x 1000 dólares )

	<u>Local</u>	<u>Internacional</u>	<u>Total</u>
A. DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	4.778,8	452,2	5.231,0
B. DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS	2.880,0	920,0	3.800,0
C. DESENVOLVIMENTO DA REDE FÍSICA	74.494,5	19.056,1	93.550,5
Total	82.153,3	20.428,3	102.581,5
Contingências físicas	8.920,5	1.650,2	10.570,6
Contingências de preço	6.532,4	1.779,0	8.311,4
Total CUSTOS DO PROJETO	97.606,2	23.857,4	121.463,6
Taxa de serviço	—	138,3	138,3
Total FINANCIAMENTO NECESSÁRIO	97.606,2	23.995,7	121.601,8

4.02 O custo estimado do Estudo de Política Nacional de Saúde é de 2 milhões de dólares, sem taxas, incluindo a taxa de serviços ( ver tabela 4.2 )

Tabela 4.2. ESTUDOS DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE  
( Sumário de custos, x 1000 dólares )

	<u>Local</u>	<u>Internacional</u>	<u>Total</u>
D. Pesq. de Polit. Saúde	1.895	100	1.995
Taxa de serviço			<u>5</u>
Total do financiamento requerido			2000

4.03 Custeio. Os custos de operação das unidades existentes e futuras dentro do projeto de Assistência Básica à Saúde em S. Paulo serão de cerca de 9,5 milhões de dólares no fim do primeiro ano. No final do quarto ano do projeto, o custeio será de 119 milhões de dólares, a preços constantes - 1984. Com desenvolvimento total, os hospitais representarão 20% do custeio, as unidades básicas de saúde 77% e a administração 3%. Salários atingirão cerca de 5,3 milhões de dólares no primeiro ano, 62,4 milhões de dólares no quarto ano, ou seja 52% do custeio. O custeio atual da saúde da GSP está em 938 milhões de dólares; o valor adicionado pelo projeto, em operação total, seria de 119 milhões de dólares, ou 12,6% de aumento nas despesas atuais, o que pode ser absorvido pelo sistema. Maiores detalhes no anexo 4.

4.04 Os Estudos de Política Nacional de Saúde não implicarão em despesas de custeio durante a implementação do projeto.

#### B. Plano financeiro

4.04a Dois empréstimos do Banco para o Segundo Projeto de Saúde são descritos abaixo. O primeiro de 55,5 milhões de dólares ao Estado de S. Paulo financiarão 50% do custo total - menos os impostos - do Projeto de Assistência Básica à Saúde, incluída a capitalização da taxa de serviço de 0,25% ( cerca de 0,1 milhão de dólares ), todos os custos em moeda estrangeira e cerca de 32% dos custos de investimento. O financiamento dos custos locais é justificado em termos do projeto devido a importância fundamental do projeto em avançar os objetivos do Brasil no desenvolvimento do setor saúde e também a necessidade de realizar uma significativa contribuição do Banco ao custo do projeto, devido à pequena parcela de custos de importação.

4.05 A participação financeira do Estado e MSP no projeto de S.Paulo será a seguinte: o Estado contribuirá com 39,6 milhões de dólares (30%) e o MSP com 26,5 milhões de dólares ( 20% ). O Estado cobrirá todo o investimento nas três áreas alvo fora do MSP ( Cotia, Caieiras e Mauá ) e dividirá igualmente com o MSP os custos nas áreas de Itaquera / Guaianazes e Freguesia do Ó, além dos 9 distritos contendo 38 UES como pontos de extensão. A tabela de desembolso esperada encontra-se no Anexo 4, tabela 6.

4.06 Tanto o Estado como o Município assinaram um acordo com o INAMPS e MS para o co-financiamento do custeio. INAMPS repassará 50% do custo do volume total de consultas ambulatoriais. O MS participará com uma quantia fixa anual.

4.07 Durante a negociação conseguiu-se um acordo segundo o qual o Governo do Estado de S.Paulo proverá ou estimulará a provisão de todos os recursos necessários para levar adiante o projeto de Assistência Básica à Saúde e para operar todos os serviços públicos nas 5 áreas - alvo e nos pontos de extensão do projeto, dentro de parâmetros satisfatórios ao Banco. Também foi acordado que o Estado consultará o Banco em questões que impliquem em grande investimento no setor saúde na GSP, fora do espaço do projeto.

4.08 O segundo empréstimo do Banco, no valor de 2 milhões de dólares financiará 100% dos custos dos Estudos de Política Nacional de Saúde. Este empréstimo feito à República Federativa do Brasil tem condições e termos separados daqueles do empréstimo ao Governo de S. Paulo.

C. Especificação do Empréstimo

4.09 As especificações do empréstimo estão resumidas na tabela 4.3.

Tabela 4.3  
Resumo das especificações  
( em milhões de dólares )

Elemento do Projeto	CI	CL	Outros	NA	Custos
<u>- Assist. Bás. à Saúde</u>					
Obra civil		65,9 ( 26,8 )	2,0a/ ( 0 )	4,0 ( 0 )	71,9 ( 26,8 )
Mobiliário, equipamento e veículo	7,0 ( 6,3 )	21,8 ( 8,8 )	0,6b/ ( 0,2 )		29,4 ( 15,3 )
Taxas profissionais			7,2 ( 7,2 )		7,2 ( 7,2 )
Manutenção				3,0 ( 3,0 )	3,0 ( 3,0 )
Assistência Técnica e Estudos e Pesquisas				2,9 ( 2,9 )	2,9 ( 2,9 )
Treinamento				4,2 ( 1,9 )	4,2 ( 1,9 )
Administração				2,9 ( 1,2 )	2,9 ( 1,2 )
S U B T O T A L	7,0 ( 6,3 )	87,7 ( 35,6 )	9,8 ( 7,4 )	17,0 ( 6,0 )	121,5 ( 55,3 )
<u>- Est. Pol. Nac. Saúde</u>				2,0 ( 2,0 )	2,0 ( 2,0 )
T O T A L	7,0 ( 6,3 )	87,7 ( 35,6 )	9,8 ( 7,4 )	19,0 ( 8,0 )	123,5 ( 57,3 )

a/ Aquisição do Hospital Nardini

b/ Aquisição local por convite

Observação : os valores em parênteses representam o  
valor da participação do Banco.

4.10 Obras civis no Projeto de S.Paulo : cerca de 15 grandes contratos de construção de novas unidades e 20 contratos menores para reformas totalizando cerca de 65,9 milhões de dólares, serão realizados após CL . Dado o pequeno valor relativo dos contratos ( em média, 4,5 milhões de dólares ), o desenvolvimento da indústria de construção local e o escopo e natureza do trabalho, haverá provavelmente pequeno interesse da parte de contratistas internacionais, embora possam participar. Documentos de licitação aceitáveis ao Banco serão preparados para cada tipo de construção. Após sua utilização, a supervisão do Banco continuará apenas para construção de hospitais. Revisão prévia de propostas de contratos será obrigatória em todos os contratos acima de 1 milhão de dólares, que atingirá cerca de 90% deles. Outros contratos estarão sujeitos a revisão posterior.

4.11 Mobiliário, equipamento e veículos para o projeto de S.Paulo. A aquisição de artigos mais complexos como aparelhos de Raio X e equipamento cirúrgico, estimados em cerca de 7 milhões de dólares, estará sujeita a CI, de acordo com as Normas do Banco. Fornecedores brasileiros cujas propostas contiverem itens fabricados no Brasil no valor de pelo menos 50% do valor total da concorrência, terão uma margem de preferência de 15% ou correspondente às taxas de importação; dos dois, o valor menor será escolhido. Outros equipamentos, além de todo o mobiliário e veículos estarão sujeitos a procedimentos de CL, que serão revistos e aceitos pelo Banco previamente. Itens que não poderão ser agrupados em pacotes econômicos e que não ultrapassem 600 mil dólares serão adquiridos localmente com tomada de preços em pelo menos três fornecedores. Documentos uniformes de licitação local e internacional aceitos pelo Banco serão desenvolvidos. Revisão prévia de contratos, quer CL ou CI, será obrigatória para todos os contratos acima de 1 milhão de dólares. Outros contratos serão revistos posteriormente.

4.12 Durante as negociações, ficou estabelecido que 4 milhões de dólares iriam para a construção e equipamento do Hospital de Itaquera, como parte dos custos de investimento do projeto, mas não serão desembolsados. Também se acertou que o Governo de S.Paulo enviará ao Banco um relatório dos procedimentos utilizados para licitação e qualidade da construção desse hospital.

4.13 Consultores e Assistentes. No caso do projeto de Assistência Básica à Saúde em S.Paulo, a maioria dos consultores será contratada do Brasil. Seleção, qualificação, experiência e termos e condições de trabalho estarão de acordo com as políticas e procedimentos do Banco. No caso dos Estudos de Política Nacional de Saúde, o Banco supervisionará a seleção, termos de referência e condições de emprego de consultores e órgãos encarregados das pesquisas.

#### D. Desembolso

4.14 O desembolso para os dois sub-projetos está descrito abaixo. Os valores do empréstimo para o Projeto de Assistência Básica à Saúde em S.Paulo serão desembolsados para todas as despesas do projeto/atividade, exceto no caso do Hospital de Itaquera ( § 4.10 ) e compra do Hospital Nardini. Os percentuais a serem desembolsados são os seguintes :

- (a) obra civil 41% ;
- (b) mobiliário, equipamento e veículos : 100% das despesas em moeda estrangeira, 100% das despesas locais ( custo de fábrica ) para bens adquiridos sob CI e 41% das despesas locais por outros bens adquiridos localmente ;
- (c) consultores, assistência técnica e estudos do projeto : 100%;
- (d) treinamento e bolsas de estudo : 100% dos gastos em moeda estrangeira e 41% das despesas locais ; e,
- (e) administração do projeto : 41% ( anexo 4 ). De modo a diminuir o espaço de tempo no qual o mutuário dispenderá seus próprios recursos para financiar o projeto, o Governo do Estado de S.Paulo solicitou ao Banco que faça um depósito, em adiantado, de 5 milhões de dólares a serem abertos numa Conta Especial no Banco Central. Além disso, o Governo de S.Paulo fará um depósito inicial em cruzeiros, de cerca de Cr\$ 2 bilhões ( equivalentes a aproximadamente três meses de despesas do projeto, mais 20% ) numa conta do projeto no Banco do Estado de S.Paulo ( BANESPA ), o administrador de um fundo especial ( FUNDES ), dentro do qual existirão os recursos do projeto. Esta conta receberá recursos do desembolso da Conta Especial e as contrapartidas alocadas mensalmente. Uma condição importante para a eficácia do empréstimo será a emissão de regulamentos satisfatórios que direcionarão o funcionamento da conta do projeto e que o administrador da conta seja indicado. O mutuário poderá sacar em cruzeiros da

Conta Especial após submeter solicitação de saque via FUNDES ao Banco Central. A conversão de dólares em cruzeiros será feita na taxa de câmbio da data das despesas realizadas no projeto. O Banco Central enviará a solicitação de saque e os comprovantes de gastos ao Banco, que então depositará na Conta Especial. Comprovantes do pagamento de salários e despesas operacionais não serão submetidas ao Banco, mas serão retidas no órgão reponsável pelo seu arquivo e colocadas à disposição para inspeção durante as missões de supervisão do Banco. Documentação legal de contratos para obras civis, veículos, equipamento, e assistência técnica estarão à disposição para o Banco inspecionar. Financiamento retro-ativo até o limite de 3,5 milhões de dólares, com despesas realizadas após janeiro de 1983 em assistência técnica, administração do projeto e obras civis serão aceitos. Desembolso condicionar-se-á ao recebimento pelo banco de comprovantes de despesa.

- (a) um acordo, satisfatório ao Banco, entre o mutuário e os proprietários do Hospital de Cotia, definindo os termos e condições da participação e operação do hospital no projeto, e os investimentos do projeto no hospital ;
- (b) cada município participante esteja dentro do convênio CRIS com termos e condições satisfatórias ao Banco , para investimentos do projeto nos municípios participantes. O desembolso total espera-se ocorrer até 31/12/1989. ( Não existem perfis de desembolso para projetos de saúde. Existe um projeto em andamento no Brasil, com um período de 5 anos e meio para desembolso, que está adiantado em seu cronograma de desembolso ).

4.15 Os valores do empréstimo aos Estudos de Política Nacional de Saúde serão desembolsados 100% ( anexo 4 ). O Banco fará um depósito inicial de 300 mil dólares da conta do empréstimo para uma Conta Especial a ser aberta para este projeto no Banco Central. O mutuário poderá desembolsar em cruzeiros, da Conta Especial, após submeter solicitação de saque via MS ao Banco Central. A conversão de câmbio será feita de acordo com os valores da data de pagamento. O Banco Central encaminhará ao Banco Mundial as solicitações de saque acompanhada de comprovantes das despesas realizadas, que então recolocará recursos na Conta Especial equivalentes ao depósito inicial. O empréstimo Federal deverá ser completamente utilizado até 30/06/1988.

### E. Contas e Auditoria

4.16 Os órgãos participantes em ambos os projetos manterão contas de despesas separadas, que serão auditadas anualmente por auditores independentes aceitáveis ao Banco. Cópias das declarações de auditoria dos órgãos participantes serão enviadas ao Banco até 6 meses após o término de cada ano. Estes relatórios deverão incluir declaração ( e comentários, caso necessário ) dos métodos empregados na compilação dos documentos de gastos, sua previsão, a revelância dos documentos comprobatórios, elegibilidade para financiamento em termos dos acordos legais do projeto e a contabilidade e controle internos relacionados aos itens acima. As contas Especiais e a conta do FUNDES serão também auditadas por auditores independentes, aceitos pelo Banco.

4.17 Durante as negociações, conseguiu-se a garantia que o mutuário :

- (a) solicitará à UGP a manutenção de contas separadas para as partes A, B e C do projeto de Assistência Básica à Saúde e dos custos anuais de operação do sistema de saúde público nas áreas do projeto e pontos de extensão ;
- (b) solicitará ao MS a manutenção de contas separadas para o projeto de Estudo de Política Nacional de Saúde ;
- (c) solicitará a introdução, pela UGP, até 30/06/1985 de um sistema de contabilidade de custos satisfatório ao Banco, para o sistema de saúde do setor público nas áreas do projeto;
- (d) providenciará a auditoria das contas referidas em (a) e (b), assim como a conta especial do FUNDES; isto dar-se-á anualmente, por auditores independentes, aceitos pelo Banco;
- (e) fornecer ao Banco cópias do relatório de auditoria até 6 meses depois do término de cada ano ( de calendário ).

### V. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

#### ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO

##### A. Organização

5.01 Os ministros da Previdência e Assistência Social, da Saúde, o presidente do INAMPS e o Governador de S. Paulo assinaram um acordo

em outubro de 1983, para o estabelecimento de mecanismo de implementação do " Programa de Ações Integradas de Saúde " - PAIS - do CONASP, no Estado de S. Paulo. Este acordo criou uma Comissão Interinstitucional de Saúde ( CIS ), responsável pela implementação da política de saúde e administração do setor público de saúde no Estado de S. Paulo. Seus membros são o Secretário de Estado da Saúde ( Presidente ), o Superintendente Regional do INAMPS e o delegado do MS em S. Paulo. Dentro da CIS foram criadas Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde ( CRIS ) para as regiões de saúde da GSP e as Comissões Municipais Interinstitucionais de Saúde ( CIMS ) para os municípios. O papel da CRIS é coordenar a execução na GSP e nos restantes municípios de S. Paulo. CIS será também o Conselho de Administração do Programa Metropolitano da Saúde - PMS, de responsabilidade da SES. O projeto de Assistência Básica à Saúde é parte do PMS e seu coordenador é indicado pela CIS ( ver tabela 5.04 ).

### B. Gestão

5.02 A responsabilidade geral sobre o projeto de Assistência Básica à Saúde em S. Paulo é da CIS. Esta comissão deverá :

- (a) propor a direção da política de saúde do PMS ;
- (b) selecionar o Coordenador do Projeto, que será indicado pelo Governador do Estado ;
- (c) aprovar planos e orçamento para investimento e operações ;
- (d) assinar acordos e convênios com órgãos do setor saúde e outros.

5.03 Grande responsabilidade na implementação do Projeto de Assistência Básica à Saúde em S. Paulo recairá sobre a Unidade de Gerência do Projeto ( UGP ), que foi criada junto ao gabinete da SES. A UGP será responsável pelo detalhamento dos projetos dos planos e programas do projeto, aquisições, supervisão das obras, e financiamento do projeto ( orçamento, controle de despesas, contas e melhoria da contabilidade de custos ). A UGP terá estreito relacionamento com o CRH ( § 3.09 ) para planejamento, quadro e treinamento de recursos humanos e com os centros de informações das SES e SHS para acompanhamento e avaliação. Finalmente, UGP estabelecerá ligações com uma pequena unidade a ser estabelecida no gabinete da SHS, para coordenar o projeto com outros planos e atividades da SHS. A UGP revisará a operação dos serviços de saúde nas áreas do projeto e pontos de extensão para assegurar que o novo modelo de serviços de saúde será implementado conforme planejado, inclusive com as adaptações necessárias da experiência, e que serão atingidas as metas para estabelecimento e eficácia dos serviços. A UGP foi oficialmente estabelecida em

dezembro de 1983 pelo Governador do Estado, no decreto 21.862. Uma condição importante para a eficácia do empréstimo será que a regulamentação das atividades da UGP sejam explícitas e efetivas.

5.04 O Coordenador Geral do Projeto terá o comando da UGP com responsabilidade diária sobre todos os aspectos de implementação do projeto e uma visão geral sobre o andamento dos serviços de saúde nas áreas do projeto e pontos de extensão. Será assistido por encarregados das áreas de planejamento, construção, finanças e administração. Ao Banco será dada a oportunidade de comentar a respeito das qualificações e experiência dos candidatos a Coordenador da UGP. A UGP deverá ter aproximadamente 20 técnicos, bem como consultores e assistentes especiais (§ 5.11). As funções do Coordenador da UGP são :

- (a) gerenciar o projeto ;
- (b) propor acordos e convênios ;
- (c) preparar planos, projetos e relatórios e submetê-los à CIS ;
- (d) submeter os nomes dos gerentes regionais e de módulo para aprovação da CIS ;
- (e) supervisionar e implementar o projeto nas áreas - alvo e pontos de extensão ;
- (f) gerenciar a implementação do investimento e a ampliação dos serviços de saúde nas áreas do projeto.

5.05 Durante a primeira fase de implementação do projeto, a maior parte dos serviços será prestada no município de S.Paulo. Em duas áreas do MSP ( Freguesia do Ó e Itaquera/Guaianazes ) e nos 9 distritos de saúde onde se localizam os pontos de extensão, a SHS assumirá o controle operacional de todos os serviços de saúde do setor público. As instalações novas nessas áreas passarão a ser propriedade da SHS; com o tempo, as instalações da SES atualmente localizadas no MSP também serão propriedade da SHS e seu quadro de pessoal transferido.

Nas áreas de Caieiras e Mauá, SES continuará responsável pela operação da área pública de serviços de saúde, porém planos serão encaminhados para a rápida municipalização desses serviços. Na área de Cotia, os acordos e cooperação atuais entre Estado, Município e órgão privado de caridade continuarão.

5.06 O Módulo de Saúde. ( § 3.04 ) será a unidade organizacional do novo serviço de saúde para a SES e SHS. Um módulo normalmente será composto de um hospital e suas UBS, cada uma sendo um centro de custo . O gerente do módulo terá autoridade para gerir orçamento e pessoal, inclusive recrutamento e treinamento da equipe, bem como de dividir o orçamento entre ambulatorio, internação e cada um dos componentes do módulo. O gerente do módulo se reportará ao Coordenador do Projeto em suas atividades e também pelo desempenho no alcance de objetivos específicos de melhoria da saúde. O gerente do módulo terá assistentes para ambulatorio, internação e administração. A equipe deverá rodiziar entre os ambulatorios e internação, quando couber, para contribuir à integração da assistência básica à saúde. Cada chefe de UBS reportar-se-á ao diretor de ambulatorio, sendo apoiado por um Conselho de Saúde Comunitário, eleito pela comunidade. SHS indicará 38 chefes de UBS para os pontos de extensão do projeto; esses chefes serão responsáveis pela implementação dos serviços ambulatoriais de acordo com o modelo do projeto; seu desempenho será acompanhado pela UGP.

5.07 A Área de Saúde, consistindo de 1 a 6 módulos de saúde, administrará serviços comuns como laboratório, ambulâncias, distribuição de drogas, etc. Também terá uma pequena capacitação para planejamento e seguimento, para analisar quaisquer diferenças de impacto do projeto nos módulos. O gerente de área terá um conselho consistindo de gerentes de módulos além de representantes dos municípios envolvidos, INAMPS, setor privado e a comunidade.

5.08 A Região de Saúde coordenará um número variável de áreas de saúde. Ao longo da ampliação do projeto, a RMSP será dividida em regiões de saúde. Devido ao limitado escopo do projeto atual, o conceito de região de saúde ainda não pode ser implementado.

5.09 Garantia. Durante as negociações, os seguintes acordos foram alcançados :

- (a) o mutuário consultará o Banco a respeito de qualquer proposta de re-estruturação da UGP ou na administração das 5 áreas de saúde ;
- (b) o mutuário será responsável pela organização da UGP, e SES/SHS nas cinco áreas, assegurando que sempre terão pessoal qualificado e experiente ;
- (c) médicos e outros profissionais empregados pela SES e SHS nas áreas do projeto trabalharão em tempo integral ( oito horas / dia ), recebendo salários adequados ajustados periodicamente, conforme a lei 341 de janeiro de 1984, a respeito da classificação do pessoal de saúde.

### C. Assistência Técnica

5.10 A SES nunca implementou um grande projeto com tantas características como este, tendo experiência limitada em planejamento e construção e poucos profissionais não-médicos em sua equipe. Desta forma haverá necessidade de consultores para assistir a implementação inicial do projeto. Consultores em administração ( cerca de 140 homens - mês ) assistirão o estabelecimento dos sistemas de organização, pessoal, informações e orçamento. Consultores em arquitetura complementarão os projetos e supervisionarão a construção das novas unidades. O emprego de consultores em administração e arquitetura será feito segundo termos e condições aceitas pelo Banco.

5.11 O projeto também prevê dois assistentes especiais de curto-prazo e um de longo-prazo recrutados em nível internacional ( ao todo 20 homens - mês ), para assistir a administração do projeto nas áreas de organização de serviços de saúde, funcionamento e avaliação. Esses assistentes deverão ser contratados até 1/ 7 / 1985.

### D. Quadro de Pessoal e Treinamento

5.12 As necessidades de pessoal do projeto de S.Paulo foram resumidas no anexo 5, tabela 2. Ao longo do período de implementação do projeto serão necessários 9000 contratações, das quais 1.300 médicos, 650 enfermeiras e 4800 outros membros da equipe de saúde ( auxiliares de enfermagem, atendentes, visitadoras, técnicos, pessoal administrativo, de manutenção, etc ).

5.13 Não se esperam problemas no recrutamento do pessoal para o projeto de S.Paulo. Atualmente existem mais de 25000 médicos no Estado de S.Paulo, este número sendo acrescido de 2.000 ao ano ; o projeto necessitará de 1.340 em quatro anos. Existem cerca de 7000 enfermeiras no Estado, com 1600 sendo formadas ao ano, enquanto o projeto necessitará 640 ao longo de quatro anos. Outros técnicos e auxiliares encontram-se atualmente equilibrados à demanda, assumindo-se que em sua maioria serão pessoas graduadas no segundo ciclo, sendo treinados pelo projeto. Inicialmente o recrutamento será realizado pelas divisões de pessoal da SES e SHS, com a gradual implementação e responsabilidade sendo assumida pelo CRH. Não se esperam problemas em aumentar a capacidade de recrutamento para atingir as necessidades do projeto.

### E. Manutenção

5.14 O projeto de S.Paulo contará com adequada previsão orçamentária para manutenção e a equipe de manutenção será completamente treinada em serviço através do programa de treinamento do projeto. Durante as negociações conseguiram-se garantias de que todos os recursos físicos nas áreas do projeto, inclusive os construídos e equipados durante sua implementação, receberão manutenção de acordo com padrões aceitáveis e que provisão orçamentária anual será feita no orçamento de custeio desses recursos, de pelo menos 1,5% do custo do m<sup>2</sup> em caso de obra civil e de 1,3% do custo do equipamento respectivo. Além disso, a UGP preparará um plano detalhado, aceito pelo Banco, para a organização e formação da equipe de manutenção para os recursos físicos do projeto até 30/ 6 / 1985.

### F. Acompanhamento e Avaliação

5.15 Dois tipos de atividades de acompanhamento e avaliação ( A&A ) existirão no projeto de S.Paulo. A primeira será o estabelecimento de um sistema de informações administrativas para indicar se o sistema de saúde funciona eficientemente, aproximando-se dos objetivos de benefícios para a população - alvo, permitindo acertos pela administração, quando necessário. A segunda é mais a longo prazo, denominando-se Estudos Relacionados ao Projeto ( § 3.06 - h ). Estudos de questões administrativas, de eficiência dos serviços de saúde, de tecnologia diagnóstica e impacto do projeto foram incluídos numa lista provisória, anexo 3, tabela 4. Alguns desses estudos serão dirigidos à melhoria das informações para implementação do projeto e outros para comparar os resultados de técnicas alternativas de prestação de serviços. Esses estudos serão realizados pela própria UGP ou por grupos locais de consultores. Responsabilidade primária pelo acompanhamento ficará com o gerente de cada nível. A UGP coordenará e consolidará essas atividades de acompanhamento. A UGP submeterá ao Banco relatórios de evolução trimestrais a respeito das atividades do projeto e um relatório de avaliação a médio-termo, entre 30/6/1986 e 30/9/1986.

## ESTUDOS DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

### A. Organização e Administração

5.16 O Ministério da Saúde ( MS ) terá a responsabilidade de implementar este projeto, estabelecendo para tanto um grupo especial de execução reportando-se diretamente ao Secretário Geral do Ministério. O MS re

ceberá apoio técnico do Centro Nacional de Recursos Humanos ( CNRH ), uma divisão do Instituto de Planejamento Econômico e Social ( IPEA ). Em especial, o CNRH assistiria o MS no preparo da programação anual de estudos específicos, na seleção de consultores e organizações executoras desses estudos, na supervisão da realização dos trabalhos e avaliação dos resultados. Os termos e condições para a assistência do CNRH para o MS serão objeto de um acordo a ser firmado até 31/10/1984. Os termos e condições desse acordo deverão ser satisfatórios ao Banco. A coordenação entre os órgãos do setor saúde seriam da alçada da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação ( CIPLAN ), que será responsável pela recisão e aprovação do programa de estudos, orçamentos respectivos, e as medidas de implementação preparadas pelo MS. As atividades do projeto exigirão um aumento na CIPLAN, com a inclusão de representantes do IPEA/CNRH. Termos de referência para os estudos, sua execução e cronograma deverão ser satisfatórios ao Banco. O MS revisará com o Banco até 31 de outubro de cada ano, a partir de 31/10/1984, a evolução desses estudos, os planos para o ano seguinte e as ações e propostas de política resultantes dos resultados dos estudos já terminados.

## VI. BENEFÍCIOS E RISCOS DO PROJETO

6.01 O Segundo Projeto de Saúde terá dois impactos fundamentais no nível de saúde e no custo-eficácia da prestação de serviços na GSP; e também na formulação de políticas no país como um todo. No caso dos Estudos de Política Nacional de Saúde, esperam-se benefícios qualitativos na formulação de políticas e definição de objetivos de médio-prazo. No caso do projeto de S.Paulo, a quantificação da melhoria da saúde será medida em termos epidemiológicos ( redução da mortalidade, morbidade e outros ). O impacto ambiental do projeto descreve-se abaixo, bem como uma análise dos riscos do projeto.

### A. Impacto no Estado de Saúde

6.02 Uma listagem de indicadores-chave encontram-se no anexo 6, tabela 1, com variáveis referentes à implementação do projeto, custo-eficácia e impacto do projeto no estado de saúde das cinco áreas em S.Paulo e nove distritos de saúde. Ao longo da implementação do projeto, matrizes semelhantes serão desenvolvidas para áreas e módulos para proporcionar metas de desempenho administrativo. Alguns indicadores necessitarão levantamentos especiais durante o primeiro ano do projeto para a determinação de níveis básicos.

6.03 Espera-se que a mortalidade infantil diminua 30% em oito anos ( incluindo os três anos de prestação contínua de serviços dentro do novo modelo ), e mortalidade da 1a. infância reduzida em 20%, como um resultado dos serviços do projeto como um todo, particularmente na melhoria do acesso e utilização de serviços de visitaçãõ domiciliãria, educaçãõ e nutriçãõ em saúde, assistênciã pre-natal, campanha de aleitamento materno e aperfeiçoamento do esquema de vacinações. Em outras palavras, cerca de 750 vidas de criançãs seriam poupadas a cada ano nas áreas do projeto. A mortalidade infantil por causas como : doençãs agudas respiratõrias e entéricas diminuiria cerca de 30%, principalmente pelo diagnõstico precoce e tratamento, supervisãõ nutricional e de saúde, reidrataçãõ oral e campanha de aleitamento materno. Um aumento de 35% na duraçãõ do aleitamento materno, para atingir seis meses, é esperado. Isto, mais educaçãõ nutricional, principalmente na época do desmame, além de melhoria geral no estado de saúde, levaria a uma reduçãõ de 20% na prevalênciã de desnutriçãõ infantil. Dobrando-se a proporçãõ de criançãs vacinadas, a incidênciã de sarampo deverã diminuir à metade e a de tuberculose, de um quarto. Na área de doençãs crônicas, um objetivo seria identificar e seguir ( a nível ambulatorial ) 60% de todos os casos de hipertensãõ. Alguns indicadores constantes do anexo 6, tabela 1 sãõ apenas representativos de grupos de doençãs e intervenções, porê m importantes dos problemas de saúde de S.Paulo, sendo relativamente independentes uns dos outros e fáceis de medir.

#### B. Impacto nos Custos de Saúde

6.04 A principal justificaçãõ do projeto de S.Paulo é a reduçãõ dos custos de saúde, comparando-se com o que seriam sem o projeto. A reduçãõ seria parcialmente conseguida com a eliminaçãõ dos abusos, fraudes e gastos desnecessãrios do atual sistema através de novos procedimentos de acompanhamento de contas e reembolso. A maior reduçãõ de custos resultaria a mudançã sistemãtica dirigindo a ampliaçãõ de assistênciã primãria e reduzindo os serviçõs hospitalares.

6.05 A intençãõ do projeto é melhorar a cobertura do sistema de saúde para que hospitalizações e consultas de ambulatõrio aumentem no futuro, porê m um menor número de hospitalizações do que existiria sem o projeto. As hospitalizações no Estado de S.Paulo em 1980 foram superiores às normas do CONASP em 20%, isto é, as normas recomendam 0,1 hospitalizaçãõ por pessoa por ano, enquanto ocorreu 0,12. Informações desagregadas para a GSP, que tem cerca de 50% da populaçãõ do Estado, nãõ existem. Assumindo que a GSP excede as normas do CONASP no

mesmo grau que o Estado como um todo, então a população utiliza hospitais num excesso de 20%. Se os parâmetros de serviço do plano do CONASPTivessem sido alcançados em 1980, haveria mais consultas ambulatoriais e menos internações. Assumindo que prevalecessem os mesmos custos ( consulta de ambulatório = 6 dólares; internação = 125 dólares ), uma poupança de 22 milhões de dólares ou 6% da despesa atual seria conseguida.

6.06 Comparando-se os custos de saúde com e sem o novo sistema metropolitano de saúde de S.Paulo, de 1984 a 2000, demonstrou-se a substancial poupança a ser alcançada pela combinação do projeto de S.Paulo e das recomendações do CONASP para GSP ( anexo 6, tabela 3 ). A poupança alcançada, comparada aos gastos com o projeto, sem as recomendações propostas pelo CONASP, aumentaria de cerca de 10% dos custos agregados de saúde a cerca de 20% dos custos estimados de saúde para 1990.

6.07 Não seria apropriado atribuir-se a toda a economia a ser obtida na GSP ao projeto em si, já que o investimento dirige-se principalmente ao financiamento de rede física, servindo apenas 20% da população metropolitana. Acredita-se que 20% da poupança total estimada, como mostra o anexo 6, tabela 3, no período entre 1984 e 2000 são atribuídos ao total do investimento de 121,6 milhões de dólares aplicados na GSP.

### C. Impacto Ambiental

6.08 Já que o projeto dirige-se ao aperfeiçoamento da saúde e bem-estar da população da área do projeto, é claro que haverá um impacto no ambiente humano. Além disso, ao se ampliar a rede de inspetores sanitários e através de educação em saúde, o projeto terá um pequeno impacto no ambiente físico, embora não contenha os grandes investimentos necessários a prover conveniente rede de água e esgotos a toda a população. Não se prevêem impactos ambientais negativos, nem nas áreas do projeto, nem além delas.

### D. Riscos do Projeto

6.09 Com base em muitos casos documentados ao redor do mundo, há poucas dúvidas que a ampliação e re-orientação dos serviços de saúde na GSP, de acordo com o projeto, se levados a efeito conforme planejado, levariam à melhoria no estado de saúde pelo menos na magnitude esperada. Baseando-se

na experiência de Curitiba e Cotia, há poucas dúvidas que as mudanças propostas no sistema de encaminhamento/referência, fórmulas de desembolso e utilização do pessoal conduziram à poupanças da ordem da descrita acima. Os riscos remanescentes estariam ligados à administração e futuro apoio político - na medida em que a administração do projeto terá a perspectiva, energia e habilidade (bem como o apoio logístico necessário) para levar adiante as mudanças necessárias na prestação e financiamento de serviços - ao lado de programas auxiliares de educação e promoção da saúde, melhores condições de emprego, treinamento do pessoal e motivação - frente à inércia burocrática e possível oposição de empresários do setor privado da saúde. Esses riscos tendem a serem menores na presença do forte compromisso político atual do governo estadual; seleção cuidadosa de gerentes-chave do projeto; a inclusão de consultores em administração; a incorporação do INAMPS no planejamento e implementação do projeto, devido ao forte compromisso daquele órgão em mudar e uma curta, porém impressionante coleção de sucessos em outros lugares do Brasil; a inclusão de elementos do setor privado na elaboração do projeto com a capacitação administrativa esperada.

## VII. ACORDO NEGOCIADO E RECOMENDAÇÕES

### A. ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM S.PAULO

- 7.01 Nas negociações, obteve-se garantia de que :
- (a) o Banco aprovará os desenhos preliminares de cada um dos 5 hospitais novos, antes que o mutuário inicie os projetos finais de cada hospital ( § 3.16 ) ;
  - (b) as recomendações do CONASP serão introduzidas com o estabelecimento de cada módulo de saúde ;
  - (c) até 31/3/1985, o mutuário deverá ter adquirido o hospital Nardini, terminado e equipado o hospital Itaquera, inclusive as modificações para servir ao módulo de saúde ( § 3.13 ) ;
  - (d) a área total construídos 5 hospitais de 220 leitos não ultrapassará 11.660 m<sup>2</sup>, ou 53 m<sup>2</sup> por leito ( § 3.13 ) ;
  - (e) o mutuário providenciará, sempre que necessário, todos os recursos necessários para levar o projeto adiante e operar toda a rede pública nas 5 áreas do projeto e nos pontos de extensão, com acordos satisfatórios ao Banco ( § 4.07 ) ;

- (f) o Estado consultará o Banco nas implicações financeiras e de recursos humanos de todos os novos investimentos de vulto no setor saúde na GSP, fora do escopo do projeto ( § 4.07 ) ;
- (g) o mutuário deverá :
- (1) manter uma Conta Especial no Banco Central em termos e condições satisfatórias ao Banco. Saques deverão pagar apenas o custo de bens e serviços requeridos pelo projeto, sendo financiados pelo Banco de acordo com o plano de desembolso do valor do empréstimo ( § 4.13 ) ;
  - (2) manter uma Conta do Projeto no FUNDES, administrada pelo BANESPA em termos e condições aceitáveis ao Banco. A Conta do Projeto receberá recursos da Conta Especial mais a contrapartida, mensalmente ;
  - (3) manter através da UGP contas separadas para as partes A, B e C do projeto e das despesas anuais de custeio dos serviços públicos de saúde nas áreas do projeto ( § 4.16 ) ;
  - (4) introduzir, até 31/6/1985 um método simples de contabilidade de custos satisfatório ao Banco, para o setor público de saúde nas áreas do projeto ;
  - (5) providenciar para que as contas referidas em (1), (2) e (3) sejam auditadas anualmente por auditores independentes, aceitáveis pelo Banco ( § 4.16 - d ) ;
  - (6) fornecer ao Banco, até 6 meses após o término de cada ano fiscal, o relatório da auditoria das referidas contas ( § 4.16 - e ) ;
- (h) o mutuário consultará o Banco a respeito de quaisquer propostas de mudanças importantes na UGP ou na organização das cinco áreas - alvo e pontos de extensão do projeto ( § 5.09 ) ;
- (i) o mutuário assegurará que a UGP e as SES e SHS operando os serviços de saúde nas áreas do projeto tem todo o pessoal qualificado e treinado ( § 5.09 ). Em particular, ao Banco será dada a oportunidade de comentar nas qualificações e experiência dos candidatos ao posto de Coordenador do Projeto ( § 5.04 ) ;
- (j) médicos e outros profissionais empregados pelas SES e SHS nas áreas do projeto, trabalharão em tempo integral (8 horas dia) sendo pagos salários adequados e adaptados periodicamente à lei 341 de janeiro de 1984, a respeito da classificação do pessoal de saúde ( § 5.09 ) ;

- (k) serão contratados consultores em organização de serviços de saúde em termos aceitáveis pelo Banco até 1/7/1985 (§ 5.11);
- (l) todas as instalações nas áreas do projeto, inclusive aquelas a serem construídas e equipadas dentro do projeto, serão mantidas de acordo com padrões aceitos e que exista uma previsão financeira para essa manutenção, igual a pelo menos 1,5% do custo do m2 construído no caso de prédios e 1,3 do custo do equipamento. Além disso a UGP preparará um plano detalhado, satisfatório ao Banco, para um sistema de manutenção para essas instalações até 30/6/1985 (§ 5.14);
- (m) a UGP submeterá ao Banco relatórios trimestrais a respeito das atividades do projeto. Um relatório de avaliação das atividades do projeto será entregue entre 30/6/1986 e 30/9/1986 (§ 5.15).

7.02 Condições especiais de eficácia serão :

- (a) existência de regulamento satisfatório para a operação da conta do projeto e que o administrador da conta seja indicado (§ 4.13);
- (b) a regulamentação sobre as atividades da UGP entre em vigor (§ 5.03).

7.03 Condições especiais de desembolso serão recebidas pelo Banco com a evidência de que :

- (a) um acordo, satisfatório ao Banco, será realizado entre o mutuário e os proprietários do hospital de Cotia, definindo termos e condições da participação e operação do hospital dentro do projeto, relativos aos investimentos naquele hospital (§ 4.13);
- (b) cada município participante tenha assinado o acordo CRIS, sob termos e condições aceitos pelo Banco, a fim de que os investimentos do projeto possam ser aplicados no município participante (§ 4.13).

#### B. ESTUDOS DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

7.04 Nas negociações, chegou-se a garantia que :

- (a) a República Federativa do Brasil designará o MS como o órgão executor dos Estudos de Política Nacional de Saúde. O MS

preparará termos de referência para estudos específicos, selecionando consultores e instituições aceitas pelo Banco para empreender estudos satisfatórios ao Banco. O MS coordenará com a CIPLAN e IPEA/CNRH o preparo da ação política resultante dos estudos analíticos ( § 3.18 ), além de manter contas separadas ( § 4.16 - b ).

- (b) antes de se colocar em prática qualquer política baseada ou derivada dos estudos, o Banco deveria ter a oportunidade de expressar uma opinião a respeito ( § 3.17 ).

7.05 Com as condições e garantias acima, o Segundo Projeto de Saúde receberá dois empréstimos : 55,5 milhões de dólares para o Projeto de Assistência Básica à Saúde em S.Paulo e 2,0 milhões de dólares para o Projeto de Estudos de Política Nacional de Saúde, a serem pagos em 15 anos , inclusive 3 anos de carência. O mutuário para o empréstimo de 55,5 milhões de dólares será o Estado de S.Paulo e o mutuário para o empréstimo de 2,0 milhões de dólares será a República Federativa do Brasil.

ANEXOS

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Dados Suplementares sobre o Brasil

- Tabela 1: Indicadores de População, Nutrição e Saúde
- Tabela 2: Coeficiente de Mortalidade Infantil
- Tabela 3: Coeficiente de Mortalidade Geral
- Tabela 4: Dez causas principais de óbitos
- Tabela 5: Indicadores de Morbidade (1979)
- Tabela 6: Indicadores de Nutrição por Região e faixa etária
- Tabela 7: Porcentagem de mulheres entre 15-44 anos sujeitas à gravidez não desejada e número de mulheres necessitando planejamento familiar: Brasil, El Salvador, Guatemala, Panamá e Paraguai.
- Tabela 8: Informação sobre a prevalência do uso de anticoncepcionais para a América Latina
- Tabela 9: Despesas com Saúde
- Tabela 10: Despesas do INAMPS, por Região, 1982
- Tabela 11: Distribuição percentual, cinco grandes regiões, das despesas de Saúde (1981)
- Tabela 12: Gastos Brasileiros em Saúde: Proporções de Cura e Prevenção
- Tabela 13: Recursos Humanos
- Tabela 14: Distribuição Geográfica da População e Serviços
- Tabela 15: Consultas de Ambulatório, População Urbana e Rural, INAMPS, 1980



## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Indicadores de População, Nutrição e Saúde

População Total (1981)	120.500.000
Taxa de Crescimento Populacional (1970-81)	2,5%
População Projetada para o ano 2000	177.000.000
Coefficiente de Natalidade Geral (1981)	30/1000
Coefficiente de Mortalidade Geral (1981)	8/1000
Taxa Geral de Fertilidade (1980)	4,0
Taxa de Crescimento Natural da População (1980)	2,1%
Expectativa de Vida (1981)	64 anos
Coefficiente de Mortalidade Infantil (idade 0-1) (1981)	75/1000
Coefficiente de Mortalidade da 1 <sup>a</sup> Infância (idade 1-4) (1981)	7/1000
Nutrição (1980):	
Aporte calórico como proporção das necessidades	109
Aporte proteico per capita (g/dia)	64,4

---

Fonte: *World Development Report, World Bank, 1983, and Economic Indicators, May 1983.*

BRASIL  
SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE  
COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL  
(por 1000 pessoas)

	<u>1980</u>		<u>1980</u>
<i>Brasil</i>	6,9		
<i>Norte</i>	5,7	<i>Sudeste</i>	7,4
Rondonia	6,7	Minas Gerais	7,4
Acre	5,5	Espirito Santo	6,6
Amazonas	5,4	Rio de Janeiro	8,3
Roraima	5,9	Sao Paulo	7,1
Para	5,8		
Amapa	4,9		
<i>Nordeste</i>	7,0	<i>Sul</i>	6,5
Maranhao	3,6	Parana	6,5
Piaui	4,5	Santa Catarina	5,7
Ceara	6,5	Rio Grande do Sul	6,8
Rio Grande do Norte	6,5		
Paraiba	9,5	<i>Centro-Oeste</i>	5,5
Pernambuco	10,1	Mato Grosso do Sul	5,9
Alagoas	9,4	Mato Grosso	4,8
Fdo. de Noronha	4,7	Goiás	5,7
Sergipe	6,4	Distrito Federal	5,2
Bahia	6,3		

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Dez principais causas de óbitospor grande região, 1977 a/

CAUSAS	Ordem de Classificação				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Enterites	1	1	1	3	1
Neoplasia	4	3	2	2	2
Pneumonia	2	4	7	4	6
Mortalidade peri-natal	5	7	8	7	5
Isquemia cardíaca	3	5	5	1	8
Outras doenças cardíacas	6	6	4	6	3
Malária	10				
Outras doenças infecciosas e parasitárias	9		6	8	10
Causas Obstétricas	8	8	9	9	7
Doença cerebrovascular	7	2	3	5	4
Cirrose		10		10	
Meningite					9
Outras doenças respiratórias			10		
Tuberculose		9			

a/ Baseado em atestados de óbitos de alguns municípios selecionados.

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Indicadores de Morbidade (1979)

Diagnósticos de Algumas Doenças Infecciosas

(Casos por 100.000 pessoas)

Malaria	64,68
Sarampo	52,51
Coqueluche	29,40
Tuberculose	25,64
Meningite	13,14
Hanseníase	7,09
Difteria	3,85
Febre Tifóide	2,98
Tétano	2,37
Poliomelite	2,00

---

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Indicadores de Nutrição, por Região e faixa etária (1975)

Indicadores	Faixa Etária	Brasil	% da Faixa Etária		
			NE	SE	Fronteiras
Adequadamente nutridos a/	0 - 5,99 meses	71,3	63,6	76,0	73,9
	6,00 - 11,99 "	65,2	53,8	73,6	62,6
	1,00 - 1,99 anos	56,1	43,4	64,9	53,2
	2,00 - 4,99 "	47,0	36,5	54,6	41,5
Desnutrição de 1º Grau	0 - 5,99 meses	17,4	20,4	16,1	13,7
	6,00 - 11,99 "	22,3	26,4	19,6	22,4
	1,00 - 1,99 anos	32,2	35,5	30,0	33,0
	2,00 - 4,99 "	38,1	40,7	35,8	41,5
Desnutrição de 2º Grau	0 - 5,99 meses	8,9	12,3	6,6	8,6
	6,00 - 11,99 "	11,0	17,0	6,6	12,7
	1,00 - 1,99 anos	11,1	19,6	5,1	13,2
	2,00 - 4,99 "	14,8	22,7	9,6	15,8
Desnutrição de 3º Grau b/	0 - 5,99 meses	2,5	3,7	1,4	3,6
	6,00 - 11,99 "	1,4	2,9	0,3	2,4
	1,00 - 1,99 anos	0,6	1,5	c/	0,6
	2,00 - 4,99 "	0,2	c/	-	1,2

a/ Aqui definido como pesando acima de 90% da mediana do padrão OMS/OAA para a distribuição de peso nesta faixa etária

b/ Desnutrição de 3º grau pode estar subestimada porque algumas crianças com peso inferior as normais não chegaram ao fim da pesquisa

c/ Menos de 0,1%

Fonte: Brasil, Relatório de Recursos Humanos, Anexo II, Banco Mundial, Julho 1979.

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Porcentagem de Mulheres entre 15-44 anos sujeitas a gravidez não desejada enúmero de Mulheres necessitando planejamento familiar,Brasil, El Salvador, Guatemala, Panamá e Paraguai

<u>País</u>	<u>Ano de Pesquisa</u>	<u>População Total (milhões)</u>	<u>Mulheres 15-44 **</u>	<u>% de Mulheres Sujeitas à Gravidez não planejada</u>	<u>Demanda de Mulheres de 15-44</u>
BRASIL					
São Paulo	1978	25,0	6.209.000	8,6	534.000
Piauí	1979	2,1	459.000	20,3	93.000
R. G. do Norte	1980	1,9	423.000	10,9	46.000
Paraíba	1980	2,8	594.000	11,9	71.000
Pernambuco	1980	6,1	1.354.000	11,0	149.000
Bahia	1980	9,5	2.007.000	18,3	376.000
Paraná	1981	7,6	1.782.000	4,9	87.000
El Salvador	1978	4,8	710.000	16,2	115.000
Guatemala	1978	7,0	1.399.000	26,8	375.000
Panamá	1979	1,9	405.000	12,3	50.000
Paraguai	1977	3,3	655.000	24,9	163.000

\* Necessidade de planejamento familiar é definida como a população de mulheres em idade fértil, sexualmente ativas (sem importar estado civil) que não usavam anti-concepcionais ou não estavam grávidas, não desejando engravidar na época da entrevista (como determinado por pesquisas orientadas pelo Centro de Controle de Doenças).

\*\* Para o Brasil, do censo de 1980; para os outros países, estimativas para o ano da pesquisa.

\*\*\* Arredondado para o milhar mais próximo.



## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Informações Sobre a Prevalência do Uso  
de Anticoncepcionais para a América Latina

Junho de 1982

	Ano do Levantamento			Porcentagem de Mulheres			Estimativa de População (milhões)	CER c/
	Trabalho de Campo			Casadas 15-44 Usando				
	WFS	CPS a/	CPS b/	WFS	CPS a/	CPS b/		
<u>Caribe</u>								
Cuba							10,0	18
Rep. Dominicana	1975	(1983)	1980 d/	33		43	5,4	32
Haiti	1977			19			5,8	42
Jamaica	1976	1979		41	51***		2,2	27
Porto Rico		1974	(1982)		61*		3,5	23
Trinidad & Tobago	1977			52			1,2	25
							<u>28,3</u>	
<u>América Central</u>								
Costa Rica	1976	1978	1981	64**	64	65	2,2	29
El Salvador		1975	1978		22	34	4,8	40
Guatemala		1978	(1982)		18		7,0	44
Honduras		1981			25		3,8	46
México	1976	1978	1979	30*	38	40	68,2	36
Nicarágua		1981					2,6	46
Panamá	1976	1974	1979	54**	31	61	1,9	28
<u>América do Sul</u>								
Argentina							27,2	26
Bolívia							5,3	44
Brasil (Estados)							119,1	32
São Paulo		1978			64		25,0	24
Piauí		1979	(1982)		31		2,1	41
Bahia		1980			31		9,5	42
Paraíba		1980			43		2,8	38
Pernambuco		1980			41		6,1	33
Rio Gde. Norte		1980			47		1,9	38
Paraná		1981			62		7,6	
Santa Catarina		1981			63		3,7	
Rio Gde. Sul		1981			71		7,9	
Amazonas		(1982)					1,4	
Outros Estados							51,0	
Chile							10,8	22
Colômbia	1976	1978	1980	42	46	49	26,7	29
Equador	1979	(1982)					8,0	42
Guiana	1975			32			0,9	28
Paraguai	1979	1977		32	24		3,3	40
Peru	1977	1981		31			17,6	41
Uruguai		(1982)					2,9	21
Venezuela	1977	(1982)		46			15,9	32
							<u>235,7</u>	
							354,5	

\* Mulheres não casadas 15-49

\*\* Mulheres casadas 20-49

\*\*\* Mulheres não casadas 14-44

a/ Países com população superior a 500.000 habitantes

b/ Incluidas mulheres em união consensual

c/ Coeficiente geral de natalidade corresponde ao ano mais próximo daquele das informações relativas a anticoncepcionais.

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Despesas com Saúde, Despesa Total Federal e a  
Proporção da Saúde nas Despesas, 1978-1982

(Bilhões de Dólares, 1980)

ANO	SAÚDE	DESPESAS TOTAIS	PERCENTAGEM
1978, registrado	4,20	19,57	21,5%
1979, registrado	4,23	19,82	21,4%
1980, registrado	4,19	21,59	19,4%
1981, registrado	3,97	20,26	19,6%
1982, orçamento	3,49	20,05	17,4%

Fonte: SEPLAN, 1982

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Orçamento do INAMPS, por Região, 1982

Região	Orçamento da INAMPS, 1982 (bilhões de dólares)	Proporção de População	Despesas para uniformizar as despesas per capita (bilhões de dólares)
Norte	0,09	4,9	0,16
Nordeste	0,62	29,3	0,98
Sudeste	1,83	43,5	1,45
Sul	0,59	16,0	0,53
Centro-Oeste	0,20	6,3	0,21
Administração Geral e outros	0,31	0,0	0,31
Total	3,64	100,0	3,64

Fonte: INAMPS; IBGE.

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

*Distribuição percentual, cinco grandes regiões,  
(Receita Federal, Receita do SINPAS, Gastos não Médicos da  
Previdência Social e Gastos Médicos do INAMPS; 1981*

*exceto se indicado)*

Região	Receita Federal %	Receita SINPAS %	Benefícios não- médicos pagos, 1979 - %	Gastos do INAMPS %
Norte	1,5	1,9	2,0	2,4
Nordeste	6,2	9,0	16,4	17,2
Sudeste	62,7	62,6	63,0	52,6
Sul	9,7	14,2	15,8	18,8
Centro-Oeste	19,9	4,1	2,5	6,0
Outros	<u>0,0</u>	<u>8,2</u>	<u>0,3</u>	<u>3,0</u>
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SEPLAN (1982); INAMPS (1982); MPAS, DATAPREV (1980)



BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Gastos Brasileiros em Saúde: Proporções  
de Cura e de Prevenção

(Distribuição percentual, anos relacionados, 1949-1982)

Ano	Médico-Hospitalar ou Curativo %	Primário ou Preventivo %
1949	12,9	87,1
1965	35,8	64,1
1969	59,2	40,8
1975	70,2	29,7
1978	81,3	18,7
1979	81,9	18,1
1980	84,5	15,5
1981	82,2	17,8
1982 orçamento	84,6	15,4

Nota: Recursos do Ministério de Previdência e Assistência Social computados como gastos com medicina curativa a todos os outros como preventiva.

Fonte: 1949-75 Knight e Moran (1979), pág. 41  
1978-82 SPI/CNRH/IPEA

BRASIL  
SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE  
RECURSOS HUMANOS

Ano	População	Nº de Médicos	Taxa Pop./Médico	Número de Médicos Graduados
1971	95.993.400	49.209	1.951/1	3.721
1972	98.690.200	51.700	1.909/1	5.301
1973	101.432.600	55.709	1.821/1	6.613
1974	104.243.300	60.929	1.711/1	7.722
1975	107.145.200	67.128	1.596/1	8.284
1976	110.123.500	73.734	1.494/1	8.641
1977	113.208.500	80.532	1.406/1	9.201
1978	116.393.100	87.720	1.327/1	9.412
1979	119.670.000	94.939	1.260/1	8.929
1980	123.032.100	101.495	1.212/1	9.109

Fonte: Ministério da Educação e Cultura; Associação Brasileira de Escolas de Medicina; IBGE.

PESSOAL DE ENFERMAGEM

Enfermeiras

Auxiliares de Enfermagem

	Números	Taxa	Números	Taxa
		Enferm./Popul.		Aux./Popul.
Brasil (1979)	18.334	1.5/10.000	91.005	8.8/10.000
América Latina (1981)	..	2.7/10.000	..	7.9/10.000

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Distribuição Geográfica da População e Serviços

(1978)

Região	População	Gerais	Obst./Ginecologia	Pediatria	Cirurgia	Psiquiatria	Ortopedia	Outros	Total	Taxa de leitos/1000 pessoas
Norte	4,627,200	2,791	1,575	1,558	1,190	921	270	6,002	14,307	3,1
Nordeste	34,487,900	13,676	12,913	12,390	8,443	13,914	1,168	16,562	79,066	2,3
Sudeste	48,957,800	47,901	25,083	30,496	24,915	66,709	5,555	62,521	263,080	5,4
Sul	21,142,500	27,984	10,286	11,964	11,442	12,007	1,285	17,329	92,297	4,4
Centro-Oeste	7,177,700	2,692	2,120	2,649	1,550	3,859	391	13,371	26,532	3,7
Brasil- Total	116,393,100	94,944	51,977	59,057	47,540	97,410	8,669	115,785	475,382	4,1

1/ Exclui Fernando de Noronha

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1981

ANEXO 1  
TABELA 14

BRASIL  
SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Consultas De Ambulatório, População Urbana e Rural, INAMPS, 1980

(x 1000)

Região	Número de Consultas				Tipo de Consultas				
	População	Rural	Urbana	Total	Urgências	Clínica Médica	Obstétrica Ginecologia	Pediatria	Outros
North <u>2/</u>	5,893	1,155	4,369	5,524	627	2,027	656	899	1,314
Northeast <u>3/</u>	34,862	7,376	24,460	31,836	4,439	11,014	3,811	5,480	7,092
Southeast	51,753	6,392	96,216	102,608	26,467	29,429	9,771	12,857	24,085
South	19,036	3,686	28,023	31,709	4,534	12,695	3,597	4,965	5,918
Central-West	7,555	935	7,139	8,074	1,381	2,039	1,037	1,426	2,191
Total Brazil	119,099	19,544	150,207	179,751	37,448	57,204	18,872	25,627	40,600

1/ Não existem dados sobre consultas ambulatoriais em instalações estaduais

2/ Exclui Amapá, Rondonia e Roraima

3/ Exclui Fernando de Noronha

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1981.

ANEXO 1  
TABELA 15

BRASIL  
SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São Paulo

Dados Suplementares sobre São Paulo

- Tabela 1: Dados sobre as áreas do Projeto (1980)
- Tabela 2: Renda (1977)
- Tabela 3: Principais causas de óbitos em menores de 1 ano nas 5 áreas do Projeto (1980)
- Tabela 4: Morbidade: Diagnósticos de Pacientes com alta hospitalar num período de quatro meses (1979)
- Tabela 5: Indicadores de Morbidade: casos de algumas doenças infecciosas (1981)
- Tabela 6: Hospitais Gerais e Psiquiátricos na RMSP por número de leitos e entidade mantenedora (1980)
- Tabela 7: Número de leitos hospitalares na RMSP por entidade mantenedora (1980)
- Tabela 8: Rede física de Saúde por entidade mantenedora na RMSP
- Tabela 9: Composição dos recursos humanos em São Paulo (1981)



## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

## Assistência Básica à Saúde em São Paulo

## Dados das Áreas do Projeto

(1980)

ÁREAS DO PROJETO	População 1980 (x 1000)	Taxa de Crescimento Populacional (% p. a.)	Densidade Populacional (1000/km <sup>2</sup> )	Mortalidade Infantil	Acesso à Água Encanada (% pop.)	Acesso a Rede de Esgoto (% pop.)	Favelados (% pop.)	Incidência Pobreza (% pop.) a 1977
<u>Áreas Prioritárias</u>								
Freguesia do Ó	584.304	2,86	12,5	38,2	95,0	40,0 e	4,3	55,0
Itaquera-Gonçalves	565.325	7,99	4,5	69,2	85,0 e	5,0 e	3,5	74,0
Ótília	62.952	7,12	0,2	54,4	30,7	12,1	**	54,3
Caieiras	153.972	5,25	0,2	64,8	38,0	26,7	**	50,0 e
Humaitá	282.365	7,55	2,1	61,6	22,0	16,6	**	72,0
Sub-total	1.648.918	5,8	6,4	55,9	71,3	21,7	**	64,0
<u>Áreas de Extensão</u>								
Jocuruvi	462.800	28,8	5,2	75,5	35,0 e	40,0 e	2,0	**
Vila Maria	131.000	12,3	11,8	78,0	30,0 e	30,0 e	8,0	**
Santo Amaro	766.800	103,3	8,1	90,0	15,0 e	15,0 e	20,2	**
Jabaquara	266.600	36,3	12,1	70,0	15,0 e	25,0 e	6,4	**
Penha da França	142.500	3,4	12,2	65,0	20,0 e	35,0 e	1,0	**
Butantã	318.400	81,1	5,9	68,0	30,0 e	30,0 e	14,8	**
Vila Prudente	496.500	38,2	15,7	60,5	40,0 e	40,0 e	7,5	**
Lapa	134.500	9,8	6,2	55,0	50,0 e	35,0 e	0,1	**
São Miguel Paulista	445.700	212,4	38,8	65,0	35,0 e	40,0 e	2,7	**
Sub-total	3.164.800 b/	58,0	13,0	70,0	30,0	32,0	7,0	70,0 e
TOTAL:	4.813.718							

a/ % famílias com renda menor que 5 salários mínimos

b/ cerca de 0,8 milhão dessa população seria servida pelo projeto de URSS.

e estimativa da equipe

Fonte: IBGE, CIS, SABESP, ENPLASA

BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São PauloRenda (1977) a/

	Freguesia do O	Itaquera- Guianazes	Cotia	Caieiras	Mauá	Área do Projeto	G S P b/
<u>% da população recebendo:</u>							
0-3 salários mínimos	27	38,8	..	..	..	..	23,7
3-5 salários mínimos	28	35,2	..	..	..	..	24,9
0-5 salários mínimos	55	74,0	54,3	50e	72e	64	48,6
5-12 salários mínimos	37	22,7	..	..	..	..	34,0
+12 salários mínimos	8	3,3	..	..	..	..	17,4

a/ Uma família que receba menos que 5 salários mínimos, é considerada abaixo do limite de pobreza. Um salário mínimo em outubro de 1981 era Cr\$ 8.465,00 ou US\$ 75/mês.

b/ Dez municípios, com área de 100.000 pessoas foram excluídos.

Fonte: Pesquisa O-D, EMPLASA, 1977.

## BRASIL

ANEXO 2

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

TABELA 4

Assistência Básica à Saúde em São PauloMorbidade: Diagnósticos de Pacientes com alta hospitalarnum período de quatro meses, MSP, 1979

Diagnóstico	Jan.	Abr.	Jul.	Out.	TOTAL	
					Nº	%
Parto Normal	431	456	409	420	1.716	15,08
Causas Obstétricas	344	358	349	318	1.369	12,03
Sintomas e Sinais mal definidos	384	301	270	331	1.286	11,30
Outras doenças respiratórias	225	247	302	263	1.037	9,11
Doenças do trato digestivo	149	173	199	162	683	6,00
Doenças infecciosas intestinais	152	103	95	75	425	3,73
Doenças genito-urinárias	112	93	88	122	415	3,65
Neoplasias	77	107	102	101	387	3,40
Doenças de circulação pulmonar e outras doenças cardíacas	84	106	89	104	383	3,37
Doenças endócrinas e metabólicas	53	43	56	44	196	1,72
Outras Causas	781	855	893	953	3.482	30,61
<b>T O T A L</b>	<b>2.792</b>	<b>2.842</b>	<b>2.852</b>	<b>2.893</b>	<b>11.379</b>	<b>100,00</b>

Fonte: SEADE - Anuário Estatístico do Estado de São Paulo - 1980.

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São PauloIndicadores de Morbidade (1981)Coefficientes de Algumas Infecções /a

(Nº Casos/100.000 pessoas)

Causas	Freguesia do Ó	Itaquera-Guaianazes	Cotia	Caleiras	Mauá	G S P. (1979)
Sarampo	8,80	7,48	13,85	23,99	3,07	13,03
Tétano	0,16	-	-	-	-	..
Difteria	0,83	2,38	-	1,26	0,34	0,78
Febre Tifóide	0,49	-	-	2,52	-	0,28
Meningite (meningocócica)	2,49	0,85	-	2,52	1,71	..
Meningite asséptica	8,80	4,59	16,92	8,21	4,09	..

a/ Dados provenientes de notificações; provavelmente subestimam o número total de casos, especialmente sarampo.

Fonte: CTS

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São PauloHospitais Gerais e Psiquiátricos da Região Metropolitanade São Paulo por tamanho e entidade mantenedora - 1980

Nº DE LEITOS	MUNICÍPIO DE SÃO PAULO								OUTROS MUNICÍPIOS								TOTAL		
	Fins Lucrat.		Fins não Lucrat.		Públicos		Subtotal		Fins Lucrat.		Fins não Lucrat.		Públicos		Subtotal		TOTAL		
	Geral	Psico	Geral	Psico	Geral	Psico	Geral	Psico	Geral	Psico	Geral	Psico	Geral	Psico	Geral	Psico	TOTAL		
6-24	3	1	-	-	1	-	4	1	3	-	1	-	2	-	6	-	10	1	11
25-49	15	1	-	-	1	-	16	1	6	-	3	-	2	-	11	-	27	1	28
50-99	27	3	9	1	2	-	38	4	12	2	5	2	2	-	19	4	57	8	65
100-199	25	7	11	3	6	1	42	11	13	2	7	-	1	-	26	2	68	13	81
200-299	9	4	9	1	5	1	23	6	5	3	4	-	1	-	10	3	33	9	42
300-399	3	2	6	-	3	1	12	3	2	2	1	1	-	-	3	3	15	6	21
400-499	2	-	1	-	1	-	4	-	1	2	-	-	-	-	1	2	5	2	7
500+	-	1	5	1	3	-	8	2	-	1	-	-	-	1	-	2	8	4	12
Total	84	19	41	6	22	3	147	28	47	12	21	3	8	1	76	16	223	44	267

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

TABELA 9

Assistência Básica à Saúde em São PauloComposição dos Recursos Humanos em São Paulo (1981)(INAMPS, Secretarias de Saúde do Município e Estado)

Recursos Humanos (assistência direta)	INAMPS		Estado		Município		Total de Recursos Humanos em S.Paulo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médicos	1.750	57%	2.556	17%	1.826	30%	6.132	25,4
Dentistas	96	3%	395	3%	114	2%	605	2,5
Enfermeiras	148	5%	216	1%	384	6%	748	3,0
Outros profissionais	143	5%	794	5%	316	5%	1.253	5,0
Técnicos	141	4,5%	1.994	13%	0	.0%	2.135	9,0
Auxiliares	611	20%	2.775	19%	1.226	20%	4.612	19,0
Atendentes	193	6%	6.158	41%	2.224	36%	8.575	36,0
	<u>3.082</u>	<u>100%</u>	<u>14.888</u>	<u>100%</u>	<u>6.090</u>	<u>100%</u>	<u>24.068</u>	<u>100,0</u>

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

BRASIL

Assistência Básica à Saúde em São Paulo

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São PauloServiços e Rede Física do Projeto

FUNÇÕES	CONTÍDUO RELATIVO %		Instituições de Referência
	Número de Saúde		
	Unidade Básica de Saúde	Hospital Geral	
Tabela 1 : Serviços			
Tabela 2 - 3 : Rede Física			
Tabela 4 : Estudos e pesquisas relacionados ao Projeto			
<u>Local do Tratamento</u>			
- Ambulatório	3	1	0
- Hospital (Geral)	0	1	0
- Hospital (Tratamento Intensivo)	0	0	0
<u>Referência</u>			
- Acesso Direto	3	1	0
- Referência	2	2	0
<u>Forma de Responsabilidade</u>			
- Assistência contínua	3	1	0
- Assistência periódica	1	2	0
- Assistência ocasional	0	4	0
<u>Fonte de Informação</u>			
- Paciente e família	3	0	0
- Informações Epidemiológicas	3	0	0
- Informações Econômicas	1	0	0
<u>Uso de Tecnologia</u>			
- Laboratório simples	3	1	0
- Laboratório e RX	1	0	0
- Equipe e material completo	0	0	0
<u>Orientação</u>			
- Prevenção e manutenção de saúde	3	1	0
- Diagnóstico precoce e cura	2	3	0
- Paliativos e reabilitação	1	2	0
<u>Treinamento Necessário</u>			
- Geral e abrangente	3	1	0
- Concentrado	1	3	0
- Específico e altamente especializado	0	1	0

Considerar: 3 = alto; 2 = médio; 1 = mínimo; e 0 = nenhum



**INSTITUTO BUTANTAN**  
A serviço da vida

Este é o primeiro passo em um longo caminho em direção a serviços de uma UBS para os cidadãos de São Paulo.

Assistência Básica à Saúde em São PauloConteúdo relativo e função do novomodelo de assistência

FUNÇÕES	CONTEÚDO RELATIVO a/		
	Módulo de Saúde		Instituições de Referência
	Unidade Básica de Saúde	Hospital Geral	
<u>Problemas de Saúde</u>			
- Comuns e inespecíficos	3	2	0
- Menos comuns e específicos	2	3	1
- Raros e complicados	0	1	3
<u>Local do Tratamento</u>			
- Ambulatório	3	1	0
- Hospital (Geral)	0	3	1
- Hospital (Tratamento Intensivo)	0	0	3
<u>Referência</u>			
- Acesso Direto	3	1	0
- Referência	2	2	3
<u>Grau de Responsabilidade</u>			
- Assistência contínua	3	1	1
- Assistência periódica	1	2	1
- Assistência ocasional	0	1	3
<u>Fonte de Informação</u>			
- Paciente e família	3	2	1
- Informações Epidemiológicas	3	2	1
- Informações Biomédicas	1	2	3
<u>Uso de Tecnologia</u>			
- Laboratório simples	3	1	1
- Laboratório e RX	1	3	3
- Equipe e material complexo	0	0	3
<u>Orientação</u>			
- Prevenção e manutenção de saúde	3	2	0
- Diagnóstico precoce e cura	3	3	1
- Paliativos x reabilitação	1	2	3
<u>Treinamento Necessário</u>			
- Geral e abrangente	3	1	0
- Concentrado	1	3	2
- Específico e altamente especializado	0	1	3

a/ Conteúdo: 3 = alto; 2 = médio; 1 = mínimo; e 0 = nenhum

Veja a página 2 para um exemplo específico em funções e serviços de uma UBS para clientes de 0-11 meses de vida.

## Assistência Básica à Saúde em São Paulo

Exemplo: Assistência a Crianças de 0-11 Meses nas UBS

Problemas de Saúde	(O Que) Atividade	(Quando) Momento	(Quem) Responsável	(Onde) Local	Observações
Baixo Peso ao Nascimento (121)	Controle de fatores de risco	Durante a gravidez	Visitadora, enfermeira, médica	Lar UBS	Ver assistência pré-natal
	Diagnóstico clínico	1 <sup>as</sup> 24hs. de vida	Enfermeira, médico	Hospital UBS	Ref. hospital
	Assistência médica e de enfermagem	Em seguida ao diagnóstico	Enfermeira, médico	Lar UBS	
	Intercorrências	Durante o seguimento	Enfermeira, médico	Hospital	Testes de Laboratório
Deficiência no crescimento e desenvolvimento (351)	Reabilitação	Durante o seguimento	Enfermeira, médico	Lar UBS	Testes
	Controle de fatores de risco	Durante a gravidez e lactação	Visitadora, enfermeira, médico	Lar UBS	Ver assistência pré-natal
	Levantamentos	Discrecional	Auxiliar de enfermagem	Lar UBS	Ver hereditariedade
	Diagnóstico clínico	3, 6 e 12 meses ou em qualquer consulta	Enfermeira, médico	Lar UBS	Eventuais referências a hospital para tratamento especializado
	Assistência médica e de enfermagem	Em seguida ao diagnóstico	Enfermeira, médico e visitadora	Lar UBS	
	Seguimento	Durante o 1º ano de vida	Enfermeira, visitadora	Lar UBS	
IVAS (601)	Reabilitação	Durante o seguimento	Psicólogo, enfermeira	Lar UBS	
	Controle de fatores de risco	Durante a gestação e ?	Visitadora, enfermeira, médico	Lar UBS	
	Diagnóstico Clínico	Com sintomatologia	Enfermeira, médico	UBS	
	Assistência médica e de enfermagem	Em seguida ao diagnóstico	Enfermeira, médico	Lar UBS	
	Intercorrências	Imediatamente após a identificação	Enfermeira, médico	UBS Hospital	

Nota: Desenvolveu-se a tabela para os 10 problemas mais comuns de saúde durante o 1º ano de vida.

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

ANEXO 3

TABELA 2

PÁGINA 1

Assistência Básica à Saúde em São Paulo

Itaquera-Guaianazes (OSP) e MSP: Unidades Básicas de Saúde Existentes e Propostas

Distrito	Nome da Unidade	Tamanho (m <sup>2</sup> )	População na Área de Cobertura (1981)	Operado por Estado	Munic. Alugada	A Ser Reformada	A Ser Construída
Casa Verde	Casa Verde Baixa	-	29.929				
	Jardim Laranjeiras	-	10.327	x		x	
	Parque Peruche	568	32.081	x		x	
Limão	Vila Barbosa I	255	6.824	x		x	
	Vila Barbosa II	-	18.179				x
	Vila Siqueira	-	18.092				x
	Subtotal		115.432				
Nossa Senhora do Ó	Vila Albertina	-	18.728	x			
	Vila Bancária/V. Palmeira	-	24.227				x
	Monjolo	-	20.365	x			x
	Itaberaba	-	16.791		x	x	
	Subtotal		80.111				
Cachoeirinha	Vila Dionísia	-	18.640				x
	Vila Nova Cachoeirinha	-	13.996				x
Nossa Senhora do Ó	Vila Ramos	255	16.810	x		x	
	Vila Santa Maria	190	25.082	x			
Limão	Vila Espanhola	-	17.320				
	Casa Verde	365	24.866				x
	Sítio do Mundaqui	-	13.193				x
	Subtotal		129.907				
Nossa Senhora do Ó	Jardim São José	-	19.717				x
	Cruz das Altas	450	21.892		x		
	Vila Zatte	568	20.469	x		x	
	Paulistano	-	10.315				x
Brasilândia	Brasilândia	459	15.861				x
	Sítio Morro Grande	-	12.268				x
	Vila Icarai	-	11.265				x
	Subtotal		111.787				
Brasilândia	Vila Penteado	-	33.320				x
	Vila Souza	-	18.920				x
	Vila Souza/Pq. Tietê	146	11.603	x			
	Vila Guarani	847	36.619		x		
	Vila Terezinha	64	14.545				
	Vista Alegre	847	10.747		x		
	COHAB	615	219		x		
	Parada de Taipas	-	16.742				x
	Subtotal		142.715				
TOTAL			579.952	9	5	7	19

## Assistência Básica à Saúde em São Paulo

Itaquera-Guaianazes (OSP) e MSP: Unidades Básicas de Saúde Existentes e Propostas

Distrito	Nome da Unidade	Tamanho (m <sup>2</sup> )	População na Área de Cobertura (1981)	Operada por			A Ser	A Ser
				Estado	Munic.	Alugada	Reformada	Const.
Itaquera	Jardim Tietê	198	28.657	x			x	
	Cidade São Mateus	480	24.000	x		x		
	São Mateus II - III	-	13.319					x
	São Mateus I	-	42.135					x
	Jardim Colonial	198	16.742	x			x	
	Cid. Satélite Sta. Bárbara	198	8.317	x			x	
	Jardim Carrãozinho	318	6.094	x			x	
	Jardim Colorado	476	13.559		x			
	Parque São Rafael	565	26.643	x			x	
	Parque Boa Esperança	565	18.284	x			x	
	Jardim Santo André	198	11.364	x			x	
	Jardim Laranjeiras	-	3.365					x
	Rio Claro	-	5.557	x				
Guaianazes	Jardim Roseli	568	13.902	x			x	
			Subtotal					
			231.938					
Itaquera	COHAB I	615	3.267		x			
	COHAB II	615	2.271		x			
Guaianazes	Jardim São Pedro	847	21.286		x			
	Cidade Líder	113	4.000		x	x		
	Cidade Líder A	-	10.087			Priv.		x
	Cidade Líder B	295	10.856		x			
	Santa Marcelina	-	9.474		x			
	Vila Carmosina	-	11.984					x
	N. S. do Carmo	-	8.756					x
	Jardim Helian	-	3.273					x
			Subtotal					
			85.254					
Itaquera	Itaquera	904	16.536	x			x	
	Cid. A. E. Carvalho	-	13.160		x			x
	Vila Regina	-	9.726					
	Santana	-	16.359		x			x
	Vila Progresso	847	23.110					
	N. S. Aparecida	-	16.524					x
	Parada XV	-	17.917					x
	Jardim Etelvina	-	14.107					x
Guaianazes	Jardim Robru I	255	15.291	x				
	Jardim Robru II	-	6.601					x
			Subtotal					
			149.331					
Itaquera	João Neri	-	13.186					x
	Jardim Aurora	-	17.655					x
	Lagoado	-	8.937			Priv.		
Guaianazes	Chabilândia	568	18.176	x				
	Guaianazes	180	4.000	x		x		
	Guaianazes A	330	10.679		x			
	Guaianazes B	-	17.901			Priv.		
	Jardim Soares + São Paulo	847	15.118		x			
	COHAB (Prestes Maia)	615	5.116		x			
				Subtotal				
			110.798					
TOTAL			577.321	14	12	3	9	15

1 Distritos cuja soma de 38 "Pontos de Extensão" serão localizados: 1. Paratubá (5); 2. Jabotiana (5); 3. Vila Prudente (7); 4. Lapa (3); 5. Itaquera (5); 6. Vila de Bragança (9); 7. São Miguel Paulista (5); e 8. Santa Vero (8).



INSTITUTO

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São Paulo

Cotia (GSP): Unidades Básicas de Saúde Existentes e Propostas

Número do Saúde	Distrito	Nome da Unidade	Tamanho (m <sup>2</sup> )	População na Área de Cobertura (1981)	Operada por Estado	Munic.	Alugada	A Ser Reformada	A Ser Construída
1	Cotia	Rio Cotia	-	12.000					x
		Cruzeiro do Alto	185	15.000	x			x	
		Granja Viana	170	12.000	x			x	
	Vargem Grande	Jardim Bela Vista	-	9.747					x
				Subtotal	48.747	2		2	2

Caieiras (GSP): Unidades Básicas de Saúde Existentes e Propostas

Distrito	Nome da Unidade	Tamanho (m <sup>2</sup> )	População na Área de Cobertura (1981)	Operada por Estado	Munic.	Alugada	A Ser Reformada	A Ser Construída	
Caieiras	Centro	-	20.000					x	
	Vera Tereza	-	12.000					x	
	Laranjeiras	-	10.000					x	
Mairiporã	Bairro Terra Preta	-	10.000					x	
	Centro	558	17.489	x			x		
1	Franco da Rocha	Centro	305	20.000	x			x	
		Parque Vitória	-	15.000					x
		Vila Rosalina	-	15.000					x
Francisco Morato	Parque Paulista	-	-					x	
	Centro	285	10.000	x			x		
	Parque 120	-	10.000					x	
Cajamar	Centro	1.020	4.000	x			x		
	Jardim	-	12.000					x	
	Bairro do Polvilho	-	6.000					x	
				TOTAL	161.489	4	4	10	

Mauá (GSP): Unidades Básicas de Saúde Existentes e Propostas

Distrito	Nome da Unidade	Tamanho (m <sup>2</sup> )	População na Área de Cobertura (1981)	Operada por Estado	Munic.	Alugada	A Ser Reformada	A Ser Construída		
1	Mauá	Jardim Sonia Maria	-	20.000					x	
		Vila Assis Brasil	-	20.000					x	
		Jardim Primavera/Vila Mercedes	-	16.000					x	
		Parque das Américas	-	12.000					x	
		Parque das Américas/Vila Flórida	-	26.000					x	
		Jardim Zaira I/Gleba C	-	16.000					x	
		Jardim Coimbra/Bairro Feital	-	16.000					x	
		Parque São Vicente	-	10.000			x			
		Jardim Itapark	196	4.000		x		x		
		Alexandre Fleming	196	8.000		x				
1	Mauá Centro	Nauá Centro	1.365	20.000	x			x		
		Jardim Zaira	618	12.000		x				
		Vila São João	-	4.000		x		x		
		Jardim Santista	-	9.817					x	
		Jardim Zaira/Gleba C	-	12.000					x	
		Jardim Oratório	-	12.000					x	
		Ribeirão Pires	Centro I	-	13.000					x
			Santa Iuscia	-	12.487	x			x	
			Ouro Fino	198	4.000					x
			Vila Nova Suíça	-	14.000					x
1	Rio Grande da Serra	Bairro Aliança	-	13.000					x	
		Centro	-	12.000					x	
		Rio Gdo. Serra	117	8.102	x			x		
		TOTAL	294.406	3	5	5	15			

## BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE  
Assistência Básica à Saúde em São Paulo  
Instalações Existentes e Propostas  
Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Áreas do Projeto (1ª Fase)	População (1000)	Instalações Existentes			Das Quais		UBS Propostas		Total	Total Gen. (A + B)
		Estaduais	Municipais	Total (A)	Próprias	Alugadas	Novas (B)	Reformas		
1. Freguesia do Ó	580	9	5	14	14	-	19	7	26	33
2. Itaquera- Guaianazes	577	14	12	26	22	4	15	9	24	41
3. Cotia	49	3 a/	-	3	3	-	2	2	4	5
4. Caieiras	161	4	-	4	4	-	10	4	14	14
5. Mauá	294	3	5	8	8	-	15	6	21	23
Subtotais	1.661	33	22	55	51	4	61	28	89	116
"Pontos de Extensão"	2.719	-	-	-	-	-	38	-	38	38
TOTAL	4.380	33	22	55	51	4	99	28	127	154



INSTITUTO  
 BUTANTAN  
 A serviço da vida



BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE  
BRASIL  
SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São Paulo

Estudos Relacionados ao Projeto

(Listagem Preliminar)

I. Administração de Recursos Humanos

- a) Pessoal de saúde, produtividade e desenvolvimento profissional
- b) Mercado de trabalho para os profissionais de saúde
- c) Alternativas administrativas
- d) Condições de emprego, motivação e rotatividade de pessoal
- e) "Rodízio" de pessoal entre ambulatórios e hospitais
- f) Avaliação de programas de treinamento

II. Serviços de Apoio e Diagnóstico

- a) Estudos de viabilidade de centralização de serviços de apoio
- b) Logística de fornecimento de drogas e outros materiais
- c) Eficácia dos programas de distribuição de leite
- d) Uso de auxílio diagnóstico em UBS
- e) Custo/benefício dos serviços diagnósticos centralizados em hospitais

III. Serviços de Saúde

- a) Critérios para encaminhamento e internação de pacientes
- b) Controle da qualidade dos serviços
- c) Medidas antropométricas em nutrição
- d) Teste piloto de intervenção em melhoria nutricional

IV. Clientela de Saúde

- a) Preferências da clientela, práticas de saúde e utilização de serviços
- b) Estudos de cobertura, tratamento e encaminhamento de clientela específica, como pacientes psiquiátricos, de planejamento familiar, alcoólatras, crônicos.
- c) Estudos básicos para a determinação dos indicadores de saúde no Projeto

V. Financiamento de Saúde

- a) Avaliação do custo-eficácia do Projeto

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São Paulo

Estimativas de Custo e Financiamento do Projeto

Tabela 1: Resumo dos Custos de Base do Projeto

Tabela 2: MSP Total: Resumo dos Custos

Tabela 3: Área de Itaquera-Guaianazes

Tabela 4: Área de Nossa Senhora do Ó

Tabela 5: MSP - Fora da Área do Projeto

Tabela 6: Área de Mauá

Tabela 7: Área de Caieiras

Tabela 8: Área de Cotia

Tabela 9: Proposta de alocação de recursos

Estudos de Política Nacional de Saúde

Tabela 10: Estimativa da Tabela de Desembolso

Tabela 11: Proposta de Alocação de recursos

Tabela 12: Estimativa da Tabela de Desembolso



## Associação Médica à Saúde em São Paulo

## Resumo das Contas por Ano

(1000 Dólares)

CUSTO UNITÁRIO	Nº DE UNIDADES	CUSTOS FÍSICOS					CUSTO CASHIAL		
		84/85	85/86	86/87	87/88	TOTAL	VALOR	VALOR	
<b>I. CUSTO DO INVESTIMENTO</b>									
<b>A. Estudos e Pesquisas</b>									
		-	533,0	533,0	533,0	-	1.599,0	0,0	0,0
			4,7	31,0	79,1	-	114,8	0,0	0,0
			537,7	564,0	612,1	-	1.713,8	0,0	0,0
<b>B. Assistência Técnica</b>									
			162,5	747,5	-	-	910,0	0,0	0,0
	6,5	140	50,0	150,0	-	-	209,2	100,0	200,0
			212,5	897,5	-	-	1.119,0	18,0	200,0
			1,9	52,2	-	-	54,1	16,9	9,2
			214,4	949,7	-	-	1.164,1	18,0	209,2
			50,4	158,7	-	-	209,2	0,0	0,0
<b>C. Unidade Gerencial</b>									
			842,0	560,0	560,0	560,0	2.522,0	10,0	252,2
			42,1	28,0	28,0	28,0	124,1	10,0	12,6
			7,7	34,2	87,2	140,0	277,2	10,0	27,7
			891,8	622,2	675,2	736,0	2.923,3	10,0	292,5
			89,2	42,2	67,5	73,6	292,5	0,0	0,0
<b>D. Treinamento</b>									
			30,0	82,0	70,0	20,0	200,0	100,0	200,0
			525,0	1.400,0	1.225,0	350,0	3.500,0	20,0	700,0
			555,0	1.482,0	1.295,0	370,0	3.700,0	24,3	900,0
			4,9	86,1	192,1	93,1	376,2	24,3	91,5
			559,9	1.568,1	1.487,1	463,1	4.076,2	24,3	991,5
			136,2	381,0	361,7	112,7	991,5	0,0	0,0
<b>E. Administração Hospitalar</b>									
			1.977,0	-	-	-	1.977,0	55,0	1.087,4
			17,3	-	-	-	17,3	55,0	9,5
			1.994,3	-	-	-	1.994,3	55,0	1.096,9
			1.096,9	-	-	-	1.096,9	0,0	0,0
<b>F. Hospital Itaquera</b>									
			4.000,0	-	-	-	4.000,0	0,0	0,0
			4.000,0	-	-	-	4.000,0	0,0	0,0
<b>G. Obras Cíveis</b>									
			5.332,0	20.970,0	-	-	26.302,0	10,0	2.630,2
	112-234	127	1.484,0	15.695,2	8.811,6	1.190,8	27.175,0	17,0	4.619,3
	380-4.703	8	722,9	3.979,4	983,3	132,9	5.811,5	0,0	0,0
			33,0	209,0	366,0	705,0	1.313,0	10,0	131,3
			7.571,8	40.847,2	10.160,9	2.028,6	60.608,5	12,2	7.381,3
			1.135,8	6.127,1	1.524,1	304,3	9.091,3	12,2	1.107,2
			76,2	2.733,9	1.733,5	587,2	5.130,8	13,0	669,0
			8.783,8	49.708,2	13.418,5	2.920,1	74.830,5	12,2	9.157,4
			567,5	4.139,8	1.745,5	257,1	6.709,9	0,0	0,0
			918,0	5.823,0	2.026,5	392,9	9.157,4	0,0	0,0
<b>H. Equipamento Mobiliário</b>									
			1.217,0	6.028,0	-	-	7.245,0	15,0	1.086,8
	37-53	153	846,7	9.650,3	5.107,9	690,3	16.295,0	55,0	8.962,3
	137-2.761	8	15,0	40,0	35,0	10,0	100,0	20,0	20,0
			25,0	155,0	272,0	525,0	977,0	5,0	48,9
			2.103,7	15.873,3	5.414,9	1.225,3	24.617,0	41,1	10.117,9
			105,2	793,7	270,7	61,3	1.230,9	41,1	505,9
			19,3	970,0	843,5	323,8	2.156,6	43,4	935,2
			2.228,2	17.636,9	6.529,1	1.610,3	28.004,5	41,3	11.558,9
			244,6	2.481,6	1.233,9	187,1	4.147,2	0,0	0,0
			691,1	6.919,5	5.412,2	536,1	11.558,9	0,0	0,0
<b>I. Venculos</b>									
			816,0	816,0	816,0	-	2.448,0	20,0	489,6
	6-12	252	40,8	40,8	40,8	-	122,4	20,0	28,5
			7,5	49,9	127,1	-	184,5	20,0	36,9
			864,3	906,7	983,9	-	2.754,9	20,0	551,0
			43,2	45,3	49,2	-	137,7	0,0	0,0
			172,9	181,3	196,8	-	551,0	0,0	0,0
<b>Total Custos do Investimento</b>									
			18.611,0	61.006,9	18.779,7	4.183,9	102.581,5	19,9	20.428,3
			1.323,9	6.989,5	1.863,7	393,6	10.570,6	15,6	1.650,2
			139,4	3.957,4	3.062,5	1.152,2	8.311,4	21,4	1.779,0
			20.074,3	71.953,9	23.705,8	5.729,6	121.463,5	19,6	23.857,4
			855,3	6.666,7	3.028,6	439,2	10.989,8	0,0	0,0
			3.151,6	13.523,8	6.064,8	1.115,2	23.857,4	0,0	0,0
<b>II. CUSTEIO</b>									
<b>Total Custos de Base</b>									
			18.611,0	61.006,9	18.779,7	4.183,9	102.581,5	19,9	20.428,3
			1.323,9	6.989,5	1.863,7	393,6	10.570,6	15,6	1.650,2
			139,4	3.957,4	3.062,5	1.152,2	8.311,4	21,4	1.779,0
<b>Total Custos de Projeto</b>									
			20.074,3	71.953,9	23.705,8	5.729,6	121.463,5	19,6	23.857,4
			855,3	6.666,7	3.028,6	439,2	10.989,8	0,0	0,0
			3.151,6	13.523,8	6.064,8	1.115,2	23.857,4	0,0	0,0

## Assistência Básica à Saúde em São Paulo

TABELA 1

## Resumo de Custos por Componente do Projeto

(1988 Dólares)

	DESENVOLV. INSTITUC.	DESENVOLV. REC. HUMAN.	DESENVOLV. REDE FÍSICA	CONTINGÊNCIAS FÍSICAS		
				TOTAL	%	VALOR
<b>I. CUSTO DO INVESTIMENTO</b>						
<b>A. Estudos e Pesquisas</b>	1.599,0	-	-	1.599,0	0,0	0,0
Contingências de Preço	114,8	-	-	114,8	0,0	0,0
Subtotal Incluindo Contingências	1.713,8	-	-	1.713,8	0,0	0,0
<b>B. Assistência Técnica</b>						
Local	910,0	-	-	910,0	0,0	0,0
Estrangeira	200,0	-	-	200,0	0,0	0,0
Subtotal Assistência Técnica	1.110,0	-	-	1.110,0	0,0	0,0
Contingências de Preço	54,1	-	-	54,1	0,0	0,0
Subtotal Incluindo Contingências	1.164,1	-	-	1.164,1	0,0	0,0
Gasto Cambial	209,2	-	-	209,2	0,0	0,0
<b>C. Unidade Gerencial do Projeto</b>	2.522,0	-	-	2.522,0	5,0	126,1
Contingências Físicas	126,1	-	-	126,1	0,0	0,0
Contingências de Preço	277,2	-	-	277,2	4,8	13,2
Subtotal Incluindo Contingências	2.925,3	-	-	2.925,3	4,8	139,3
Gasto Cambial	292,5	-	-	292,5	4,8	13,9
<b>D. Treinamento</b>						
Exterior	-	200,0	-	200,0	0,0	0,0
Local	-	3.500,0	-	3.500,0	0,0	0,0
Subtotal Treinamento	-	3.700,0	-	3.700,0	0,0	0,0
Contingências de Preço	-	376,2	-	376,2	0,0	0,0
Subtotal Incluindo Contingências	-	4.076,2	-	4.076,2	0,0	0,0
Gasto Cambial	-	991,5	-	991,5	0,0	0,0
<b>E. Aquisição de Hospital</b>						
Contingências de Preço	-	-	1.977,0	1.977,0	0,0	0,0
	-	-	17,3	17,3	0,0	0,0
Subtotal Incluindo Contingências	-	-	1.994,3	1.994,3	0,0	0,0
Gasto Cambial	-	-	1.096,9	1.096,9	0,0	0,0
<b>F. Hospital de Itaquera</b>						
Contingências de Preço	-	-	4.000,0	4.000,0	0,0	0,0
Subtotal Incluindo Contingências	-	-	4.000,0	4.000,0	0,0	0,0
<b>G. Obras Cíveis</b>						
Unidades Básicas de Saúde	-	-	26.302,0	26.302,0	15,0	3.945,3
Hospitais	-	-	27.175,0	27.175,0	15,0	3.076,3
Supervisão	-	-	5.818,5	5.818,5	15,0	872,8
Manutenção	-	-	1.313,0	1.313,0	15,0	197,0
Subtotal Obras Cíveis	-	-	60,6	60,6	15,0	9.091,3
Contingências Físicas	-	-	9.091,3	9.091,3	0,0	0,0
Contingências de Preço	-	-	5.130,2	5.130,2	13,0	559,2
Subtotal Incluindo Contingências	-	-	74.830,5	74.830,5	13,0	9.760,5
Taxas	-	-	6.709,9	6.709,9	13,0	875,2
Gasto Cambial	-	-	9.157,4	9.157,4	13,0	1.364,4
<b>H. Equipamentos Mobiliários</b>						
Unidades Básicas de Saúde	-	-	7.245,0	7.245,0	5,0	362,3
Hospitais	-	-	16.295,0	16.295,0	5,0	814,8
Treinamento	-	100,0	-	100,0	5,0	5,0
Manutenção	-	-	977,0	977,0	5,0	48,9
Subtotal Equipamento Mobiliário	-	100,0	24.517,0	24.617,0	5,0	1.230,9
Contingências Físicas	-	5,0	1.225,9	1.230,9	0,0	0,0
Contingências de Preço	-	10,7	2.145,9	2.156,6	4,8	102,7
Subtotal Incluindo Contingências	-	115,7	27.888,8	28.004,5	4,8	1.333,5
Taxas	-	5,8	4.136,4	4.142,2	4,8	197,2
Gasto Cambial	-	23,1	11.558,8	11.558,9	4,8	550,4
<b>I. Vacinas</b>						
Contingências Físicas	-	-	2.448,0	2.448,0	5,0	122,4
Contingências de Preço	-	-	122,4	122,4	0,0	0,0
	-	-	184,5	184,5	4,8	8,8
Subtotal Incluindo Contingências	-	-	2.754,9	2.754,9	4,8	131,2
Taxas	-	-	137,7	137,7	4,8	6,6
Gasto Cambial	-	-	551,0	551,0	4,8	26,2
<b>Total Custos de Investimento</b>	5.231,0	3.800,0	93.550,5	102.581,5	10,3	10.570,6
Contingências Físicas	126,1	5,0	10.439,5	10.570,6	0,0	0,0
Contingências de Preço	446,0	386,9	7.482,5	8.311,4	9,6	793,9
<b>Total Incluindo Contingências</b>	5.803,1	4.191,9	111.468,5	121.463,6	9,4	11.364,5
Taxas	-	5,8	10.964,0	10.969,8	9,8	1.079,0
Gasto Cambial	301,7	1.014,7	22.341,1	23.657,4	7,5	1.785,0

UNIDADES	QUANTIDADE					CUSTOS UNITÁRIOS	CUSTOS BÁSICOS					TOTAIS INCLUIDO CONTINGÊNCIAS					GASTO CARIDIAL	ENC.TAXAS E IMPOSTOS	TAXAS	TOTAL	
	84/85	85/86	86/87	87/88	TOTAL		84/85	85/86	86/87	87/88	TOTAL	84/85	85/86	86/87	87/88	TOTAL					LOCAL
<b>I. CUSTEIO</b>																					
<b>A. Custos Gerenciais</b>																					
<b>1. <u>Gerência Geral</u></b>																					
Salários	Módulo/ano	12	12	12	12	48	110,68	1.328,2	1.328,2	1.328,2	1.328,2	5.312,6	1.339,8	1.405,5	1.525,2	1.662,5	5.932,9	-	5.932,9	-	5.932,9
Monitorização e Estudos de Avaliação	Anual	12	12	12	12	48	22,06	271,2	271,2	271,2	271,2	1.084,8	273,6	287,0	311,4	339,6	1.211,5	60,6	1.150,9	-	1.211,5
Outros	Global	-	-	-	-	-	-	22,0	233,0	406,0	433,0	1.094,0	22,2	246,6	466,2	547,1	1.277,0	63,8	1.213,1	-	1.277,0
Subtotal Gerência Geral								1.621,4	1.832,4	2.005,4	2.032,4	7.491,4	1.635,5	1.939,0	2.302,9	2.543,9	8.421,3	124,4	8.296,9	-	8.421,3
Subtotal Custos Gerenciais								1.621,4	1.832,4	2.005,4	2.032,4	7.491,4	1.635,5	1.939,0	2.302,9	2.543,9	8.421,3	124,4	8.296,9	-	8.421,3
<b>B. Educação e Documentação Científica</b>																					
Biblioteca e Serviços de Informações	Anual	01	02	05	08	16	22,06	22,6	45,2	113,0	180,8	361,6	22,8	47,8	129,8	226,3	426,7	21,3	405,4	-	426,7
Atividades de Educação Continuada	Global	-	-	-	-	-	-	3,0	6,0	15,1	24,1	48,2	5,0	6,4	17,5	30,1	56,8	2,8	54,0	-	56,8
Subtotal Educação e Doc. Científica								25,6	164,2	241,1	317,9	748,8	25,8	173,8	276,8	359,9	874,3	43,7	830,6	-	874,3
<b>C. Salários</b>																					
UMS	Anual	4,8	93,1	153	153	403,8	253	1.201,8	23.541,7	38.709,0	38.709,0	102.161,4	1.212,3	24.911,8	44.451,5	48.452,1	119.027,7	-	119.027,7	-	119.027,7
Hospitais	Anual	01	02	5,3	7,8	16,1	2.891	2.891,0	5.782,0	15.409,0	22.405,3	46.487,3	2.916,3	6.118,5	17.605,0	28.044,7	54.774,5	-	54.774,5	-	54.774,5
Subtotal - Salários								4.092,8	29.323,7	54.118,0	61.114,3	148.648,7	4.128,6	31.030,3	62.146,5	76.496,8	173.802,1	-	173.802,1	-	173.802,1
<b>D. Materiais</b>																					
<b>1. <u>UMS</u></b>																					
Suprimento Inicial	Anual	13	140	-	-	153	91	1.183,0	12.740,0	-	-	13.923,0	1.193,4	13.481,5	-	-	14.674,9	1.467,5	13.207,3	-	14.674,8
Medicamentos/Materiais Dentários e Médicos	Anual	4,8	93,1	153	153	403,8	239	1.135,3	22.239,0	36.567,0	36.567,0	96.508,2	1.145,2	23.533,3	41.991,7	45.771,0	112.441,2	11.244,1	101.197,0	-	112.441,2
Outros Custos Operacionais	Anual	4,8	93,1	153	153	403,8	64	304,0	5.955,2	9.792,0	9.792,0	25.843,2	306,7	6.301,8	11.244,6	12.256,7	30.109,8	1.505,5	28.604,3	-	30.109,8
Subtotal - UMS								2.622,3	49.934,2	46.359,0	46.359,0	136.274,4	2.645,2	43.316,5	55.236,4	58.027,7	157.225,7	14.217,1	143.008,7	-	157.225,7
<b>2. <u>Hospitais</u></b>																					
Suprimento Inicial	Anual	01	01	04	02	08	243	243,0	243,0	972,0	486,0	1.944,0	245,1	257,1	1.116,2	608,3	2.226,8	222,7	2.004,1	-	2.226,8
Medicamentos e Suprimentos Médicos	Anual	01	02	5,3	7,8	16,1	399	399,0	798,0	2.126,7	5.092,3	6.415,9	402,5	844,4	2.442,2	5.870,6	7.559,7	756,0	6.803,7	-	7.559,7
Outros Custos Operacionais	Anual	01	02	5,3	7,8	16,1	294	294,0	588,0	1.567,0	2.278,5	4.227,5	296,6	622,2	1.709,5	2.852,0	5.570,3	278,5	5.291,8	-	5.570,3
Subtotal Hospitais								936,0	1.629,0	4.665,7	1.356,8	13.097,4	944,2	1.725,0	5.357,6	7.330,0	15.356,8	1.257,2	14.099,6	-	15.356,8
Subtotal Materiais								3.558,3	42.563,2	51.024,7	61.215,0	119.361,8	5.533,4	45.040,3	58.594,2	65.358,6	172.582,5	15.474,2	157.108,3	-	172.582,5
<b>E. Manutenção</b>																					
Veículos: Manutenção e Operação	Anual	21	168	252	252	693	4,79	100,6	804,7	1.207,1	1.207,1	3.319,5	101,5	851,6	1.386,2	1.510,9	3.850,1	1.155,0	2.695,1	-	3.850,1
Outros Custos de Manutenção	Anual	-	-	-	-	-	-	138,0	952,0	1.552,0	1.752,0	4.394,0	139,2	1.007,4	1.782,2	2.193,0	5.121,8	256,1	4.865,7	-	5.121,8
Subtotal Manutenção								238,6	1.756,7	2.759,1	2.959,1	7.713,5	240,7	1.859,0	3.168,4	3.703,9	9.071,9	1.411,1	7.660,8	-	8.971,9
<b>Total do Custeio</b>								9.536,6	75.640,1	110.148,2	118.639,3	315.904,2	9.820,0	80.042,4	126.488,8	148.501,1	364.652,2	17.053,5	347.598,7	-	364.652,2
								9.536,6	75.640,1	110.148,2	118.639,3	315.904,2	9.820,0	80.042,4	126.488,8	148.501,1	364.652,2	17.053,5	347.598,7	-	364.652,2

## BRASIL

Assistência Básica à Saúde em São PauloComponentes do Projeto por ano

(1000 Dólares)

	CUSTOS BÁSICOS				TOTAL	
	84/85	85/86	86/87	87/88	DÓLARES	(US\$ 1000)
A. Desenvolvimento Institucional	1,587.5	1,990.5	1,093.0	560.0	5,231.0	5,231.0
B. Desenvolvimento Rec. Humanos	570.0	1,520.0	1,330.0	380.0	3,800.0	3,800.0
C. Desenvolvimento Rede Física	16,453.5	57,496.4	16,356.7	3,243.9	93,550.5	93,550.5
<b>TOTAL - Custos Básicos</b>	<b>18,611.0</b>	<b>61,006.9</b>	<b>18,779.7</b>	<b>4,183.9</b>	<b>102,581.5</b>	<b>102,581.5</b>
Contingências Físicas	1,323.9	6,989.5	1,863.7	393.6	10,570.6	10,570.6
Contingência Preço	139.4	3,957.4	3,062.5	1,152.2	8,311.4	8,311.4
<b>TOTAL - Custos do Projeto</b>	<b>20,074.3</b>	<b>71,953.9</b>	<b>23,705.8</b>	<b>5,729.6</b>	<b>121,463.6</b>	<b>121,463.6</b>
TAXAS	855.3	6,666.7	3,028.6	439.2	10,989.8	10,989.8
Gastos Cambiais	3,151.6	13,525.8	6,064.8	1,115.2	23,857.4	23,857.4

## BRASIL

Assistência Básica à Saúde em São PauloComponentes do Projeto por ano

(1000 Dólares)

	TOTAIS INCLUINDO CONTINGÊNCIAS				TOTAL	
	84/85	85/86	86/87	87/88	DÓLARES	(US\$ 1000)
A. Desenvolvimento Institucional	1,643.9	2,136.0	1,287.3	736.0	5,803.1	5,803.1
B. Desenvolvimento Rec. Humanos	575.7	1,610.6	1,529.3	476.3	4,191.9	4,191.9
C. Desenvolvimento Rede Física	17,854.6	68,207.3	20,889.2	4,517.3	111,468.5	111,468.5
<b>TOTAL - Custos do Projeto</b>	<b>20,074.3</b>	<b>71,953.9</b>	<b>23,705.8</b>	<b>5,729.6</b>	<b>121,463.6</b>	<b>121,463.6</b>

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São PauloProposta de alocação dos recursos do empréstimo

Categoria	Custos do Projeto (menos taxas) * (milhões de dólares)	Valor do Empréstimo (milhões de dólares)	Porcentagem de Desembolso
(01) Obras Civas	58,7	22,0	41%
(02) Equipamentos	25,2	13,2	100% das despesas com importação, 100% das despesas locais (preço de custo) sob concorrência pública internacional e 41% das despesas locais para outros itens adquiridos localmente
(03) Serviços de consultoria além da Categoria (6)	8,2	5,0	100%
(04) Obras e equipamentos para o MSP	3,6	2,0	41%
(05) Treinamento e bolsas de estudo	4,2	1,6	100% das despesas com importação e 41% das despesas locais.
(06) Estudos relativos ao projeto	1,7	1,5	100%
(07) Salários, mobiliário, materiais e equipamento da UG	2,3	1,0	41%
(08) Depósito especial na Conta Especial	-	5,0	-
(09) Taxa de serviço	-	0,1	-
(10) Não alocados	-	4,1	-
TOTAL	104,5	55,5	-

\*/ O custo do projeto não inclui a compra do Nardini (2 milhões de dólares) e o financiamento do Hospital de Itaquera (4 milhões de dólares)

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São PauloEstimativa da Tabela de Desembolso

(em milhões de dólares)

Ano Fiscal	Desembolsos		Desembolsos Acumulados		Saldo não Desembolsado	
Fim do Semestre	Parcelas	%	Parcelas	%	Parcela	%
<u>1985</u>						
12/31/84	3,1	6	3,1	6	52,2	54
6/30/85	3,5	6	6,6	12	48,7	88
<u>1986</u>						
12/31/85	7,4	13	14,0	25	41,3	75
6/30/86	7,9	14	21,9	39	33,4	61
<u>1987</u>						
12/31/86	8,4	15	30,0	54	25,0	46
6/30/87	8,1	15	38,4	69	16,9	31
<u>1988</u>						
12/31/87	7,5	14	45,9	83	9,4	17
6/30/88	4,9	9	50,8	92	4,5	8
<u>1989</u>						
12/31/88	3,5	6	54,3	98	1,2	2
6/30/89	1,2	2	55,5	100	0,0	0

Data de término: 31.12.1989

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Estudos de Política Nacional de Saúde

Estimativas de Tabela de Contas

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Estudos de Política Nacional de Saúde

Proposta de Alocação dos Recursos do Empréstimo

1985 12/31/84 8/30/85	Categoria	Custo do Projeto (sem taxas) (US\$ dólares)	Valor do Empréstimo (dólares)	Porcentagem de Desembolso
		1.995.000	1.600.000	100%
	(1) Consultores			
	(2) Depósito inicial na Conta Especial		300.000	
	(3) Não alocados, inclu sive taxas		100.000	
1985 12/31/87	TOTAL		2.000.000	

Data de emissão: 30.06.1988.



## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Estudos de Política Nacional de SaúdeEstimativa da Tabela de Desembolso(milhões de dólares)

Tabela 1: Plano de Implementação

Tabela 2: Quadro de Pessoal

Tabela 3: Quadro de Investimentos

1985						
12/31/84	0,1	5	0,1	5	1,9	95
6/30/85	0,3	15	0,4	20	1,6	80
1986						
12/31/85	0,4	20	0,8	40	1,2	60
6/30/86	0,4	20	1,2	60	0,8	40
1987						
12/31/86	0,4	20	1,6	80	0,4	20
6/30/87	0,3	15	1,9	95	0,1	5
1988						
12/31/87	0,1	5	2,0	100	0,0	-

Data de término: 30.06.1988.

BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Dados de Implementação do Projeto

Tabela 1: Plano de Implementação

Tabela 2: Quadro de Pessoal

Tabela 3: Quadro de Treinamento



1984 AP 1 1985 AP 2 1986 AP 3 1987 AP 4 1988 AP 5 1989 AP 6

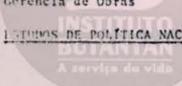
1984 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1985 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1986 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1987 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1988 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1989 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Atividade 1  
Atividade 2  
Atividade 3  
Atividade 4  
Atividade 5  
Atividade 6  
Atividade 7  
Atividade 8  
Atividade 9  
Atividade 10  
Atividade 11  
Atividade 12  
Atividade 13  
Atividade 14  
Atividade 15  
Atividade 16  
Atividade 17  
Atividade 18  
Atividade 19  
Atividade 20  
Atividade 21  
Atividade 22  
Atividade 23  
Atividade 24  
Atividade 25  
Atividade 26  
Atividade 27  
Atividade 28  
Atividade 29  
Atividade 30  
Atividade 31  
Atividade 32  
Atividade 33  
Atividade 34  
Atividade 35  
Atividade 36  
Atividade 37  
Atividade 38  
Atividade 39  
Atividade 40  
Atividade 41  
Atividade 42  
Atividade 43  
Atividade 44  
Atividade 45  
Atividade 46  
Atividade 47  
Atividade 48  
Atividade 49  
Atividade 50  
Atividade 51  
Atividade 52  
Atividade 53  
Atividade 54  
Atividade 55  
Atividade 56  
Atividade 57  
Atividade 58  
Atividade 59  
Atividade 60  
Atividade 61  
Atividade 62  
Atividade 63  
Atividade 64  
Atividade 65  
Atividade 66  
Atividade 67  
Atividade 68  
Atividade 69  
Atividade 70  
Atividade 71  
Atividade 72  
Atividade 73  
Atividade 74  
Atividade 75  
Atividade 76  
Atividade 77  
Atividade 78  
Atividade 79  
Atividade 80  
Atividade 81  
Atividade 82  
Atividade 83  
Atividade 84  
Atividade 85  
Atividade 86  
Atividade 87  
Atividade 88  
Atividade 89  
Atividade 90  
Atividade 91  
Atividade 92  
Atividade 93  
Atividade 94  
Atividade 95  
Atividade 96  
Atividade 97  
Atividade 98  
Atividade 99  
Atividade 100

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE  
Cronograma de Implementação do Projeto

ANEXO 5  
TABELA 1

ATIVIDADE	1984				1985				1986				1987				1988			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>ASSISTÊNCIA BÁSICA À SAÚDE EM SÃO PAULO</b>																				
Aquisição	XXXXXX																			
Obras Cívicas	XXXXXX																			
UBS em construção (9)	XXXXXX																			
UBS reformadas (28)	XXXXXX																			
UBS a serem construídas	XXXXXX																			
Grupos de 15: Grupo 1	XXXXXX																			
Grupo 2	XXXXXX																			
Grupo 3	XXXXXX																			
Grupo 4	XXXXXX																			
Grupo 5	XXXXXX																			
Grupo 6	XXXXXX																			
Hospitais: Construção	XXXXXX																			
Hospital 1	XXXXXX																			
Hospital 2	XXXXXX																			
Hospital 3	XXXXXX																			
Hospital 4	XXXXXX																			
Hospital 5	XXXXXX																			
Hospital: Expansão (Cotia)	XXXXXX																			
Hospital: Reforma (2)	XXXXXX																			
Nardini	XXXXXX																			
Juqueri	XXXXXX																			
Equipamento/Mobiliário	XXXXXX																			
UBS (Novos, Reformados, Existentes)	XXXXXX																			
Hospitais (5)	XXXXXX																			
Hospital: Exp. (1) Cotia	XXXXXX																			
Hospital: Reformas (2)	XXXXXX																			
Nardini	XXXXXX																			
Juqueri	XXXXXX																			
Veículos	XXXXXX																			
Sistemas de Informações (5)	XXXXXX																			
Treinamento	XXXXXX																			
Estudos relacionados do Projeto	XXXXXX																			
Assistência Técnica	XXXXXX																			
Organização e Métodos	XXXXXX																			
Gestão de Obras	XXXXXX																			
ESTRUTURA DE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	XXXXXX																			



## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Médica à Saúde em São PauloQuadro de Pessoal

Área	Freguesia do Ó			Itaquera-Guaianazes			Cotia			Caieiras			Mauá			Total		
	P	F	A	P	F	A	P	F	A	P	F	A	P	F	A	P	F	A
Unidades Básicas de Saúde																		
Médicos	40	282	242	41	108	67	13	32	19	13	88	75	25	146	121	132	656	524
Enfermeiras	5	68	63	5	28	23	2	10	8	1	16	15	2	42	40	15	164	149
Outros Técnicos	469	708	239	158	314	156	32	95	63	51	259	208	82	428	346	792	1,804	1,012
Serviçais	77	87	10	51	40	-11	3	11	8	3	31	28	14	52	38	148	221	73
TOTAL	591	1.145	554	255	490	235	50	148	98	68	394	326	123	668	545	1.087	2.845	1.758
Hospitais c/																		
Médicos b/		333	139	361	222	28	83	55				83		123	167	983	816	
Enfermeiras		201	84	218	134	17	50	33				50		74	101	593	492	
Outros Profissionais		72	30	78	48	6	18	12				18		27	36	213	177	
Outros Técnicos		1.554	648	1.684	1.036	130	388	258				388		575	778	4.589	3.811	
Serviçais		612	255	663	408	51	153	102				153		226	306	1.807	1.501	
TOTAL		2.772	1.156e	3,004	1,848	232e	692	460				692		1,025	1.388	8,185	6,797	
Médicos																299	1,639	1.340
Enfermeiras																116	757	641
Outros Profissionais																36	213	177
Outros Técnicos																1,570	6.393	4.823
Serviçais																454	2.028	1.574
TOTAL																2 475	11.030	8,555

a/ P = Presente; F = Futuro; A = Aumento;

b/ Inclui Dentistas

c/ Setor Público apenas mais Cotia, onde um hospital privado deve ser ampliado pelo Projeto

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São PauloPlano de Treinamento

Curso	Nº Curso	Participantes		TOTAL	Instituição *	Duração (semana)
		Tipos	Nº			
<b>I. Cursos Externos</b>						
1. Adm. Hospitalar	4	Médicos, Sanitaristas, Adm. Hospitalar	40	160	CRH	8
2. Reciclagem	6	Médicos	20	120	Escola Médica	6
3. Reciclagem	6	Outros profissionais	20	120	CRH	1
4. Visitadora Domic.	19	Auxiliares	15	285	Módulos + CRH	8
5. Saneamento Básico	6	Novos	15	90	USP	8
6. Superv. Insp. Sanit.	2	Agentes Sanitários	10	20	USP	8
7. Adm. (Chefias)	2	Administradores	50	100	FGV / Fundap	13
8. Adm. (Diretorias)	2	Diretores	20	40	FGV / Fundap	13
9. Técnicas de treinamento e Superv.	5	Equipe UBS	5	25	CRH / Cotia / NSO	8
10. Adm. Hospitalar	2	Chefes Unid. Hospitalar	25	50	CRH / USP	13
11. Adm. Enfermagem	2	Chefias de Enfermagem	26	52	CRH / USP	13
12. Org. e Func. de Lavanderias	2	Chefias de Lavanderia	13	26	FGV / USP	4
13. Manutenção Prevent.	2	Chefias de Manutenção	13	26	FGV / USP	4
14. Almoarifado	2	Chefias de Materiais	13	26	FGV / USP	4
15. Arquivo Médico e Estatística	2	Pessoal do AME	13	26	FGV / USP	4
16. Custos Hospitalares	1	Adm. Módulo	20	20	FGV / USP	4
17. Avaliação do desempenho	2	Chefes de Serviço	30	60	FGV / USP	4
SUBTOTAL	67			1.246		

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

## Assistência Básica à Saúde em São Paulo

## Plano de Treinamento

Curso	Nº Cursos	Participantes Tipo	Participantes		Instituição*	Duração (semanas)
			Nº	Total		
11.						
18. Seminário Inter-Institucional	1	INWPS/SES/SIS	30	30	CRH	0,4
19. Reuniões Área/Região	5	Equipe de Coord. Técn. e Regional	20	100	CRH	1
20. Reuniões Módulo	13	Equipe Técn. Módulo	25	325	Coord. Módulo	1
21. Treinamento Local de Profissionais	78	Prof. Módulo	5	380	UBS/Treinamento	1
22. Treinamento Local de Auxiliares	78	Auxiliar Módulo	10	780	UBS/Treinamento	3
23. Treinamento em Serviço	0	Auxiliar e Técnicos	1	-	UBS/Hospital	0,6
24. Avaliação Técn./func. para Áreas e Regiões	10	Equipe de Coord. Técn. Área	25	250	Área/Região	0,6
25. Avaliação Técn./func. p/ Módulos	26	Diret. e Equipe Técn. Módulo	20	520	Coord. Módulo	0,4
26. Cursos de Atendentes de Enf.	30	Func. Admitidos	20	600	CRH	13
27. Cursos de Aux. de Enfermagem	5	Auxiliar Enfermagem	20	100	CRH	4
28. Trein. Auxiliares						
- Lavanderia	13	Auxiliar de Serviço	10	130	Direção Hospitalar	13
- Materiais	13	Auxiliar de Serviço	20	260	Direção Hospitalar	13
- Arquitetura	13	Auxiliar de Serviço	20	260	Direção Hospitalar	13
- Nutrição/Dietética	13	Auxiliar de Serviço	30	260	Direção Hospitalar	13
- Farm. Hosp.	13	Auxiliar de Serviço	10	390	Direção Hospitalar	13
- Serviço Social	13	Auxiliar de Serviço	30	130	Direção Hospitalar	13
- Manut. Preventiva	13	Auxiliar de Serviço	10	390	Direção Hospitalar	13
29. Trein. Admin.	26	Secretárias	30	130	Admin. Hosp.	4
30. Contr. Infec. Hosp.	13	Médicos, Enferm., Adm.	20	260	Direção Hospitalar	4
31. Rooming-in	13	Idem	20	260	Direção Hospitalar	4
32. Enferm.: progr., proced., serviços		Enf. Módulo	20	780	Enf. Hosp.	4
			428	6.205		

## Plano de Treinamento

BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

## Assistência Básica à Saúde em São Paulo

Total

Instituição\*

Duração  
(meses)

## Quadro de Treinamento

## 7. Treina. Internacional

Curso	Nº Curso	Participantes	Total	Instituição*	Duração (semanas)
Curso	Nº Curso	Tipo	Nº	Total	Instituição*
<b>III. Educação Continuada</b>					
33. Qualidade da Assist. Médica	78	Clínicos	15	1170	Coord. Módulo
34. Qualidade da Assist. à Saúde	78	Outros Profissionais	15	1170	Coord. Módulo
35. Reuniões multi-disciplinares	26	Equipes dos Módulos	50	1300	Coord. Módulo
36. Encontros Técnicos	5	Equipe Área/Região	10	50	Coord. Módulo
37. Cursos de Reciclagem	60	Profiss. UBS	5	300	Coord. Módulo
38. Cursos de Reciclagem	20	Auxilares UBS	5	600	Coord. Módulo
39. Cursos de Reciclagem	26	Visitadores	10	260	Coord. Módulo
40. Avaliação de Treinamento	5	CRM e Equipe Técnicas	20	100	Coord. Módulo
SUBTOTAL	398			4.950	
<b>IV. Bolsas de Estudo Locais</b>					
41. Cursos para visitados (352 hs.)	19	Visitadores	15	285	
42. Cursos p/ Agentes Sanitários (352 hs.)	6	Agentes de Saneamento	15	90	
43. Cursos de Supervisão de saneamento	2	Especialistas em Saneamento	10	20	
44. Seminários de Área	5		20	100	
45. Seminários de Módulo	13		25	325	
46. Treinamento Profiss.	78		5	390	
47. Treinamento Auxil.	78		10	780	
48. Cursos de Atend. Hospitalar	30	Atendentes Hospitalares	20	600	
SUBTOTAL	31			2.590	

ANEXO 5  
TABELA 3  
PÁGINA 3INSTITUTO  
BUTANTAN

A serviço da vida

Assistência Básica à Saúde em São PauloPlano de Treinamento

Curso	Nº Curso	Participante		Total	Instituição*	Duração (meses)
		Tipo	Nº			
<b>v. <u>Trein. Internacional</u></b>						
49. Sistema de Saúde	<u>1</u>		2	2	Minneapolis, EUA	12
50. Planejamento e Avaliação	1		2	2	Londres, Inglaterra	6
51. Desenv. de Recursos Humanos	1		2	2	Escola de Higiene de Londres	
52. Educação em Saúde	1		2	2	Univ. Johns Hopkins, EUA	6
53. Administração de Saúde	<u>1</u>		3	<u>3</u>	Paris, França	6
					EUA/Inglaterra	1
SUBTOTAL	<u>5</u>			<u>11</u>		
Total de Programas de Treinamento	<u>1,129</u>			<u>15,002</u>		

Instituições: CRH - Centro de Recursos Humanos  
 USP - Universidade de São Paulo (Faculdade de Saúde Pública)  
 FGV - Fundação Getúlio Vargas  
 FUNDAP - Fundação do Desenvolvimento Administrativo



## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica de Saúde em São PauloIndicadores Chave e Impacto do Projeto

Tabela 1: Indicadores chave: impacto sobre a saúde

Tabela 2: Cotia: população, serviços de saúde e custos dos serviços (1980)

Tabela 3: Custos projetados de saúde na RMSF

Tabela 4: Custos projetados do investimento e economia dos serviços de saúde 1984-99

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica de Saúde em São Paulo

Indicadores chave: Mortalidade - Impacto

Estimativas provisionais e devem ser utilizadas com cautela

	1980	1984	1989
1. Indicadores de Mortalidade Infantil e Outros (Periférico de S. Paulo)			
1. Mortalidade Infantil	44	38	35
2. Mortalidade por causa	44	38	35
3. Mortalidade Neonatal	14	12	11
2. Indicadores Específicos de mortalidade (Periférico de S. Paulo)			
2. Menos de 1 ano de idade			
(a) Enterites e outras	100.000	100.000	100.000
(b) Pneumonias e Infecções	100.000	100.000	100.000
(c) Sarampo	100.000	100.000	100.000
2. Na População Total			
(a) Enterites e outras	100.000	100.000	100.000
(b) Pneumonias e Infecções	100.000	100.000	100.000
(c) Traumas de parto, distócias, e outros traumas/anúria	100.000	100.000	100.000
(d) Acidentes	100.000	100.000	100.000

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica em Saúde em São Paulo(Indicadores chave : Mortalidade-impacto na saúde)(Estimativas provisórias a serem revistas após um ano de funcionamento do Projeto)

	Unidade	Estimativa mais recente		Taxa Estimada	Percentual de Redução
		Ano	Taxa		
<b>I. Indicadores de Mortalidade Inespecíficos (Periferia de S. Paulo)</b>					
1. Mortalidade Infantil	por 1000 nascidos vivos	1980	63	44	30
2. Mortalidade 1-4 anos	por 1000 pop. na faixa etária	1980	2.5	2	20
3. Mortalidade Materna	por 1000 nasc. vivos	1977	1.8	1.2	35
<b>II. Indicadores específicos de mortalidade (Periferia de S. Paulo)</b>					
<b>1. Menos de 1 ano de idade</b>					
(a) Enterites e outras	por 100.000 nasc. vivos	1980	1,266	825	35
(b) Pneumonia e Influenza	por 100.000 nasc. vivos	1980	1,179	825	30
(c) Sarampo	por 100.000 nasc. vivos	1980	145	73	50
<b>2. Na População Total</b>					
(a) Enterites e outras	por 100.000 população	1980	39	27	30
(b) Pneumonia e Influenza	por 100.000 população	1980	61	46	25
(c) Traumas de parto, distócias, e outros traumas/anoxia peri-natais	por 100.000 população	1980	41	27	35
(d) Acidentes	por 100.000 população	1980	37	28	25

Assistência Básica à Saúde em São Paulo(Indicadores chaves: Mortalidade-impacto na saúde)(Estimativas provisórias a serem revistas após um ano de funcionamento do Projeto)

	Unidade	Estimativa mais recente		Taxa Estimada	% da Melhoria
		Ano	Taxa		
<b>I. Morbidade específica</b> (Periferia de S. Paulo)					
1. Baixo peso ao nascer	% nascidos vivos	1982	12	8	33
2. Aleitamento materno	% nascidos vivos	1979	29	45	35
3. Prevalência de mal-nutrição (todos os graus)	% de crianças com até 5 anos de idade	1982	25	20	20
4. Diarréias graves	por 1000 altas hosp.	1982	40	20	50
5. Doenças respiratórias graves	por 1000 altas hosp.	1982	91	55	39
6. Incidência de sarampo	por 100.000 população	1982	13	6	54
7. Incidência de pólio	por 100.000 população	1982	0.26	0.1	60
8. Incidência de tuberculose	por 100.000 população	1980	20	15	25
<b>II. Indicadores de deficiência</b>					
1. Escolares	dias/criança/ano	1982	10e	8	20
2. Trabalhadores - homens	dias/criança/ano	1982	17e	15	12
mulheres		1982	20e	18	10
<b>III. Indicadores de resultado</b>					
1. Imunizações	% crianças vacinadas (0 a 5 anos)	1982	30	65	54
2. Assist. Pré-natal	% mulheres grávidas	1982	45	80	44
3. Partos	% partos assistidos	1982	90	99	9
4. Planejamento familiar	% casais usando anti-con- cepção	1978	57	67	15
5. Controle de Hipertensão	% casos	1982	30	60	50

e - Estimativas da equipe



BRASIL

SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São Paulo

População de Cotia, Serviços de Saúde e Custo dos Serviços, 1980

01. Município de Cotia, população - 1980		62 952
02. Consultas de ambulatório, 1980		102,327
Consultas	83 364	
Programa de crianças	14 059	
Programa de mães	4 904	
03. Taxa de serviços ambulatoriais, linha 2/linha 1		1.62
04. Alta hospitalar, 1980		4 393
Clínica Médica	338	
Cirurgia	623	
Pediatria	847	
Obstetrícia	2 585	
05. Taxa de hospitalização, linha 4/linha 1		0.7
06. Gastos operacionais, 1980 (x 1000)		Cr\$ 38.264
07. Taxa de câmbio, 1980 (dólares)		52.7
08. Gastos operacionais, 1980 (dólares)		US\$726,012
04. (a) Assist. ambulatório, custo estimado	US\$348.515	
(b) Assist. hospitalar, custo estimado	US\$377,577	
09. Custo médio por consulta ambulatorial (linha 8 (a) / linha 2)		US\$3.41
10. Custo médio por alta hospitalar (linha 8 (b) / linha 4)		US\$85.95

Fontes: Documentos do Projeto, 3, Cotia; Relatório da Fundação Kellogg

65. Com a divulgação do Relatório do Projeto de São Paulo e a aplicação das recomendações do Conselho em 1981, a taxa de 2,5 consultas/ano e 0,1 internação/ano foram atingidas em 1983.

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

Assistência Básica à Saúde em São PauloImpacto do Projeto

01. A tabela 1 mostra indicadores-chave relacionados à implementação do Projeto e suas metas no estado de saúde das áreas do Projeto.
02. A tabela 2 informa sobre os projetos de Cotia. Os resultados obtidos no Projeto de Cotia, com a diminuição da mortalidade infantil e também melhorando o estado de saúde da população, como descrito no §2.40 do relatório. Estes resultados foram alcançados com despesas modestas. Por exemplo, a distribuição dos gastos do programa entre ambulatorio e internações, com base nas informações do INAMPS para o estado, conduz a uma estimativa de custo de consulta de ambulatorio a 3,41 dólares e 85,95 dólares/internação (documento de trabalho nº C-28). Os custos foram mais baixos tomando-se o estado como um todo pois assistência terciária não acontece no sistema de Cotia, os recursos são utilizados com maior eficiência e os serviços foram desenvolvidos de acordo com as necessidades de saúde da população.
03. Essa eficiência foi alcançada com serviços correspondentes aos recomendações do CONASP. Em 1980, prevaleceram 1,62 consultas e 0,07 internações. Devido ao fato de Cotia encaminhar os pacientes com necessidade de assistência terciária para fora de seu sistema, o total de seus serviços foi maior que o esperado. No entanto, esse nível de serviços e seu custo demonstram a viabilidade da reprodução deste modelo em outras áreas. Além disso, o programa de Cotia inclui treinamento em serviço dentro dos parâmetros de custo indicados.
04. Como se indicou no §6.06 do relatório, seria factível, com o auxílio deste projeto, reduzir os custos per capita com saúde na GSP em 6%. A poupança futura seria ainda maior, como se segue. Possíveis limitações a se conseguir menor custo seria o fato da população na GSP crescer a 4% ao ano, que os parâmetros de internações devem se ultrapassar pelo nível de desenvolvimento de São Paulo e a prevalência de doenças crônicas, e que levariam anos para modificar as atitudes necessárias a substituir as assistência hospitalar por assistência primária. Com isso em mente, o número de consultas, de internações, os custos da saúde financiados pelo INAMPS na GSP foram projetados para 1990, assumindo-se comportamento semelhante ao do setor saúde 1976-81. Considerando-se que os preços reais dos serviços médicos devam aumentar, as estimativas resultantes são o limite inferior dos custos de saúde sem mudanças no sistema. Essas informações mostram custos subindo 7-8% anualmente ou 65% em 8 anos.
05. Com a divulgação da experiência do Projeto de São Paulo e a aplicação das recomendações do CONASP em toda a GSP, a meta de 2,5 consultas/ano e 0,1 internações/ano seria atingida em 1985.
06. Comparando-se os custos da saúde com ou sem o novo sistema na RMSP entre 1984 e 2000, demonstrou-se a economia substancial (Tabela 3). Esses valores são conservadores, desde que os custos sem o sistema seriam mais elevados que os considerados. Deve-se mencionar que as recomendações CONASP

não poderão ser implementadas sem o desenvolvimento institucional de re cursos humanos e de ampliação da rede física propostas pelo Projeto, exc to nas áreas da GSP onde as instituições e serviços já são adequadas (zo na central do MSP e alguns municípios periféricos mais desenvolvidos).

Tabela 3: Projeção dos Custos de Saúde no MSP (milhões de dólares, 1980)

Ano	Projeção de Custos sem os obje- tivos do CONASP e o Projeto de São Paulo	Projeção de Custos com obje- tivos do CONASP e o Projeto de São Paulo	Parangana Líquida
1983	455,2	455,2	-
1984	482,2	436,3	45,9
1985	509,2	423,8	85,4
1986	535,2	440,2	96,0
1987	563,1	457,0	106,1
1988	590,2	474,1	116,1
1989	617,1	492,8	118,3
1990	644,1	510,	127,9

Fonte: Documento de Trabalho

Tabela 4: Projeção de Custos de Investimento e Serviços de Saúde

(milhões de dólares de 1984)

Ano	Custos de Investimento	Parangana	Custo Líquido
1984/85	20	71,1	(11,0)
1985/86	71	17,1	(54,9)
1986/87	24	19,0	(4,0)
1987/88	9	21,2	+12,2
1988/89	-	23,0	+23,2
1989/90	-	23,7	+23,7
1990/99	-	224,0	4254,0

/ Igual a P,1 x custo líquido na tabela 3 porque o projeto cobre 101 da população da GSP.



INSTITUTO  
BUTANTAN

A serviço da vida

## BRASIL

## SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

## Assistência Básica à Saúde em São Paulo

ANEXO 6

PÁGINA 6 de 6

Tabela 3: Projeção dos Custos de Saúde na RMSP (milhões de dólares, 1980)

Ano	Projeção de Custos sem os objetivos do CONASP e o Projeto de São Paulo	Projeção de Custos com objetivos do CONASP e o Projeto de São Paulo	Poupança Líquida
1983	455,2	455,2	-
1984	482,2	436,3	45,9
1985	509,2	423,8	85,4
1986	536,2	440,2	96,0
1987	563,1	457,0	106,1
1988	590,2	474,1	116,1
1989	617,1	498,8	118,3
1990	644,1	516,7	127,4

Fonte: Documento de Trabalho

Tabela 4: Projeção de Custos de Investimento e Serviços de Saúde

(milhões de dólares de 1984)

Ano	Custos de Investimento	Poupança	Custo Líquido
1984/85	20	9,2	(11,8)
1985/86	72	17,1	(54,9)
1986/87	24	19,2	(4,8)
1987/88	9	21,2	+12,2
1988/89	-	23,2	+23,2
1989/90	-	23,7	+23,7
1990/99		254,8	+254,8

a/ Igual a 0,2 x custo líquido na Tabela 3 porque o projeto cobre 20% da população da GSP.



BRASIL  
SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

ANEXO 7  
PÁGINA 1

Lista Seleccionada de Documentos e Informações Subsequentes nos Arquivos do Projeto

Seção A: Relações gerais entre a Saúde e o Setor Saúde

A-1 World Bank, "Brazil - Social Statistics Special Report", 3 vols., Report No. 1424-BR, 1979  
BRASIL

A-2 Peter T. Knight and Gerald Weiss, "Brazil: Poverty and Basic Needs Series" SEGUNDO PROJETO DE SAÚDE

A-3 World Bank, "Appraisal Report of a Proposed Nutrition Research and Development Project", Report No. 1096-BR, June 7, 1976  
Lista Seleccionada de Documentos

A-4 World Bank, "Integrated Development Program: Appraisal Report No. 1517-BR, November 7, 1981"  
e Informações Disponíveis nos

Arquivos do Projeto

A-5 World Bank, "Brazil - Social Statistics Special Report", Oxford University Press, New York, 1982

A-6 W. McGrawey, "Brazilian Health Care Financing and Health Policy, an International Perspective", (draft), World Bank, August 26, 1982

A-7 Thomas W. Harriok, "Recent Fertility Declines in Brazil, Colombia and Mexico", Background Paper prepared for the World Development Report 1984, Washington, September 8, 1983 (mimeo).

Seção B: Relações gerais e estudos relacionados ao Projeto

B-1 SES/SUB/INAMSP, Special Commission, "Projeto de Expansão de Rede de Serviços Básicos de Saúde do Estado de São Paulo: La Versão Histórica." (Project for the Expansion of the Network of Basic Health Services in Greater São Paulo: Hist. Summary Version), January 1983.

B-2 INPAS/CONASP, "Experimentos de Reorganização e Saúde no âmbito do Previdência Social." (Reorganization of the Health Services under the Social Security System), 1982

B-3 A. Jatoué, E. K. Yamamoto, E. K. Goldberg, J. de Silva Guedes, L. Barrocas Batista, "Análise de Saúde no Região Metropolitana de São Paulo-Brasil." (Health Services in the Metropolitan Area of São Paulo-Brasil), Regional Meeting WHO/PAHO, Washington D.C., 1981

B-4 Ministry of Education and Culture, São Paulo School of Medicine, "Influence of Feeding Practices in the Nutritional Status of Infants and Pre-School Children", 1983

Lista Seleccionada de Documentos e Informações Disponíveis nos Arquivos do ProjetoSeção A: Relatórios gerais sobre o Brasil e o Setor Saúde

- A-1 World Bank, "Brazil - Human Resources Special Report", 5 vols., Report No. 2604-BR, July 13, 1979
- A-2 Peter T. Knight and Ricardo Moran, "Brazil: Poverty and Basic Needs Series", World Bank, December 1981
- A-3 World Bank, "Appraisal Report of a Proposed Nutrition Research and Development Project in Brazil", Report No. 1096-BR, June 7, 1976
- A-4 World Bank, "Brazil - Northwest Region Integrated Development Program: First Phase - Health Project", Staff Appraisal Report No. 3537b-BR, November 9, 1981
- A-5 World Bank, "World Development Report: 1982", Oxford University Press, New York, 1982
- A-6 W. McGreevey, "Brazilian Health Care Financing and Health Policy, an International Perspective", (draft), World Bank, August 26, 1982
- A-7 Thomas W. Merrick, "Recent Fertility Declines in Brazil, Colombia and Mexico", Background Paper prepared for the World Development Report 1984, Washington, September 8, 1983 (mimeo).

Seção B: Relatórios gerais e estudos relacionados ao Projeto

- B-1 SES/SHS/INAMPS, Special Commission, "Projeto de Expansão da Rede de Serviços Básicos da Saúde do Grande São Paulo: 1ª. Versão Sintética", (Project for the Expansion of the Network of Basic Health Services in Greater São Paulo: 1st. Summary Version), January 1983.
- B-2 MPAS/CONASP, "Reorientação da Assistência a Saúde no Âmbito da Previdência Social", (Reorientation of the Health Services under the Social Security System), 1982
- B-3 A. Jatene, E. K. Yamamoto, E. Rosemberg, J. da Silva Guedes, L. Barradas Barata, "Assistência a Saúde na Região Metropolitana de São Paulo-Brasil", (Health Services in the Metropolitan Area of São Paulo-Brazil), Regional Meeting WHO/PAHO, Washington D.C., 1981
- B-4 Ministry of Education and Culture, São Paulo School of Medicine, "Influence of Feeding Practices in the Nutritional Status of Infants and Pre-School Children", 1980

- B-5 MPAS/INAMPS, Estrategia de Implementação do "Plano de Reorientação da Assistência a Saúde no Ambito da Previdência Social", (Strategy for the Implementation of the "Reorientation Plan for Health Services Provided by the Social Security"), December 1982
- B-6 IBGE, Anuario Estatístico do Brasil, (Statistical Yearbook for Brazil), 1981
- B-7 EMLASA, Sumario Estatístico da Grande Sao Paulo, (Summary of Data on Great Sao Paulo), 1981
- B-8 SEADE, Anuario Estatístico do Estado de Sao Paulo, (Statistical Yearbook on Sao Paulo State), 1980
- B-9 Janowitz, Barbara, John E. Anderson, Leo Morris, Milton S. Nakamura and Joaquin Barreto Fonseca, "Service Availability and the Unmet Need for Contraceptive and Sterilization Services in Sao Paulo State, Brazil", International Family Planning Perspectives, Vol. 6, No. 1, March 1980, pp. 10-19.
- B-10 SES/SHS/INAMPS/PMU: Programa Metropolitano de Saude 1ª Fase. Doc. Técnico, Vol. 1, March.1984.

Seção C: Lista selecionada de documentos de trabalho

- C-1 O. Echeverri, "Human Resources in the Brazil Urban Health Sector with Special Reference to Sao Paulo", December 4, 1981
- C-2 O. Echeverri, "Working Paper on Health Services", August 5, 1982
- C-3 O. Echeverri, "Staffing and Training Working Paper," August 18, 1982
- C-4 O. Echeverri, "Health Services Components", January 25, 1983
- C-5 O. Echeverri, "Manpower, Staffing and Training", February 1, 1983
- C-6 W. de Geyndt, "Management of Health Care Programs", December 1981
- C-7 W. de Geyndt, "Working Paper on Evaluation", July 29, 1982
- C-8 W. de Geyndt, "Planning and Design of Facilities", August 1982
- C-9 W. de Geyndt, "Working Notes", December 1982
- C-10 H. Barnum, "Urban Health Sub-Sector Issues Paper, Costs and Financing Issues", 1981
- C-11 O. Quintana, "Survey of Health Accounting System", June 1982
- C-12 O. Quintana, "Working Paper on Accounting System", August 1982
- C-13 O. Quintana, "Cost Accounting", December 1982



- C-14 O. Quintana, "Working Paper on Cost Analysis for Hospitals", December 17, 1982
- C-15 M. Valdivia, "Staff Working Paper on Training", August 1982
- C-16 M. Valdivia, "Working Paper on Family Planning", September 1982
- C-17 M. Valdivia, "Staff Working Paper on Community Participation", August 30, 1982
- C-18 M. Valdivia, "Staff Working Paper on Nutrition", August 25, 1982
- C-19 M. Valdivia, "Staff Working Paper on Health Education and Promotion", August 25, 1982
- C-20 B. Hubert, "Working Paper on Physical Planning, Design and Procurement", July 23, 1982
- C-21 B. Hubert, "Findings on Facility Planning", January 18, 1983
- C-22 B. Hubert, "Recommendations for the Design of Project Facilities", January 5, 1983
- C-23 P. Whitford, "Proposed Outline of Staffing and Training Needs", June 22, 1982
- C-24 P. Whitford, "Project Preparation Team", July 23, 1982
- C-25 P. Whitford, "Project Preparation Report: Proposed Format", August 2, 1982
- C-26 P. Whitford, "Cost Estimates", August 5, 1982
- C-27 P. Whitford, "Project Organization", October 7, 1982
- C-28 W. McGreevey, "Economic Justification", January 25, 1983
- C-29 A. de Debuchy, "Facilities Planning", March 9, 1984.