ipea

Instituto de Planejamento Econômico e Social

IPLAN

Instituto de Planejamento

SAU 382

001952-6
DF-IPLAN Nº 1313

SAU 38

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

# Programa de Atenção à Saúde da População de Periferias Urbanas

Sérgio F. Piola,
Maria Emília Azevedo e outros

novembro de 1982

CONFIDENCIAL

# PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DE PERIFERIAS URBANAS

DOCUMENTO ELABORADO POR SOLICITAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

EQUIPE TÉCNICA:

- Sérgio Francisco Piola
- Maria Emília R.M.de Azevedo
- Celeste Leal Ivo (MS)
- Cézar Vieira (OPS)
- Eleutério R. Neto(INAMPS)

Neste documento, apresenta-se uma proposta de extensão dos serviços básicos de saúde às populações das periferias urbanas, consubstanciada em programa que estabelece diretrizes e requisitos gerais para as ações a serem desenvolvidas e que serão objeto de projetos específicos.

# ÍNDICE


I - INTRODUÇÃO 1 - 4

II - ABRANGÊNCIA 5 - 7

A) Regiões Metropolitanas, Capitais, Aglomerações e Cidades com mais de 100.000 Habitantes

B) Cidades com mais de 20.000 Habitantes nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste

III - OBJETIVOS 8

A) Geral

B) Estratégicos

IV - MODELO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS 9 - 12

A) Organização da Rede

1. Níveis de Atenção
2. Tipos de Unidades
3. Elenco de Atividades
4. Sistema de Apoio

V - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA 13 - 14

VI - FINANCIAMENTO DO PROGRAMA/REQUISITOS DOS PROJETOS 15 - 16

VII - ESTIMATIVAS DE CUSTO/PROPOSTA DE FONTES DE FINANCIAMENTO 17 - 19

A) Critérios

B) Estimativa de Custos

## I - INTRODUÇÃO

O acelerado processo de crescimento urbano verificado em nosso país, nas últimas décadas, acarretou o surgimento de grandes assentamentos urbanos com elevada densidade populacional. A velocidade desse fenômeno não permitiu que o mesmo fosse acompanhado de investimento proporcional em equipamentos sociais (saneamento básico, escolas, unidades de saúde etc.).

No caso da prestação de serviços de saúde, apesar de sua oferta, em termos médios nas áreas urbanas, ter triplicado* na última década, a distribuição espacial dos equipamentos ocorreu de forma desigual**. Conseqüentemente, para receber qualquer tipo de atendimento médico-sanitário, até mesmo os mais simples, os habitantes das áreas periféricas integrantes dos estratos de baixa renda, vêem-se, na maioria das vezes, na contingência de enfrentar grandes deslocamentos. Além disso, a ausência de infra-estrutura necessária para a prestação de cuidados de saúde dificulta o desenvolvimento de ações preventivas e não garante a continuidade da assistência, o que traz sérios transtornos à vida e à saúde dessas populações.

Se por um lado, tais circunstâncias geram justas insatisfações sociais, por outro, sobrecarregam as unidades mais complexas (hospitais e serviços especializados) de custos mais elevados, por demandas que poderiam ser satisfatoriamente resolvidas por serviços mais simples, adequados e acessíveis***.

---

* A média de consultas por habitante, por exemplo, passou de 0,67 para 2,28.

** Segundo alguns levantamentos realizados, os equipamentos de saúde encontram-se, via de regra, concentrados nos municípios "pólos", se tomarmos como referência microrregiões e, em cada município, o centro de sua área urbana.

*** Segundo estudos da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN (MS/MPAS), aproximadamente 80% da demanda aos serviços de saúde podem ser "resolvidos" a esse nível primário de atenção.

Em agosto de 1975, o Ministério da Saúde, reunindo em São Paulo especialistas de todo o país, no Seminário sobre Saúde em Regiões Metropolitanas, recomendou a implementação de uma política de atendimento sanitário, direcionado para os habitantes das localidades mais populosas, lançando, assim, a semente para um programa de maior envergadura. Entretanto, a extrema carência de serviços que então caracterizava a área rural e as localidades menores, conduziu à criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS* (Decreto nº 78.307, de 24.08.76), do qual resultou a implementação de uma extensa rede básica de unidades, cujos ponto de apoio e centro de referência para atendimento especializado situam-se necessariamente nas cidades de maior porte.

O III PND (1980/85), ao considerar que as grandes cidades encontram-se submetidas a uma forte pressão demográfica que afeta negativamente a qualidade de vida que oferecem, recomenda que se faça um intenso esforço para o desenvolvimento da infra-estrutura social nestas áreas. De forma ainda mais nítida, a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano (Resolução nº 3, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Urbano, de 11.09.75) define como tarefa fundamental " a gradativa eliminação da pobreza que se acumula, sobretudo pelas migrações, nas periferias urbanas" , face à ausência ou insuficiência de serviços urbanos básicos, entre os quais incluem-se os de saúde e saneamento.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, preconizou como estratégia para sanar essas dificuldades, a extensão das ações de saúde através de serviços básicos, a ser desenvolvida sob a coordenação do Ministério da Saúde, pelas secretarias de saúde dos estados e municípios, em estreita articulação não só com o Ministério da Previdência e Assitência Social, como também com os demais Ministérios que compõem o Conselho de Desenvolvimento Social. Como decorrência dessa orientação, os Ministérios

---

* Em 14 de novembro de 1979, através do Decreto nº 84.219, o PIASS foi expandido para todo o país, tenho como prioridades as Macro-regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Até 1979 esse Programa atendia apenas à Macro-região Nordeste.

da Saúde e da Previdência e Assistência Social elaboraram, em 1981, proposta amplamente discutida, que estabeleceu as diretrizes para um programa nacional de serviços básicos de saúde.

Mais recentemente, esta estratégia de atuação foi reforçada na proposta de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social, apresentada pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária - CONASP, aprovada através da Portaria MPAS nº 3.062, de 23 de agosto de 1982.

Entre os pontos salientados no documento do CONASP e que se coadunam com o Programa ora proposto, destacam-se:

- prioridade para a extensão da assistência primária de saúde com ênfase ao atendimento ambulatorial;
- integração programática progressiva das instituições de saúde mantidas pelos governos federal, estadual e municipal, num mesmo sistema regionalizado e hierarquizado em níveis de atendimento;
- utilização plena da capacidade de produção de serviços dessas instituições;
- administração descentralizada dos recursos previstos.

A concretização dessas medidas, no entanto, tem esbarrado na falta de recursos que possam catalizá-las.

A instituição do FINSOCIAL é uma resposta do Governo Federal ao reconhecimento da necessidade de enfrentar, de forma acelerada, os problemas criados ou agravados pela presente conjuntura econômico-social, o que, com os recursos atualmente disponíveis, não tem sido possível. Assim, os recursos gerados pelas contribuições ao Fundo, permitirão a intensificação dos esforços em setores de indiscutível prioridade, como o da saúde, no qual insere-se o Programa de Atenção à Saúde da População de Periferias Urbanas.

Através deste Programa, co-financiado pelo FINSOCIAL, pretende-se permitir a estados e municípios não só a plena utilização das potencialidades de sua atual rede de prestação de serviços, com a adequação de suas instalações, equipamentos e recursos humanos, como também a ampliação da rede assistencial. Essas medidas, dirigidas às populações mais carentes das Regiões Metropolitanas e de outros grandes centros, bem como às cidades de porte médio do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, envolvem a organização de uma rede assistencial dimensionada para o combate aos problemas de saúde de maior significado social.

Dessa forma, o aporte de recursos do FINSOCIAL possibilitará aos estados e municípios o reforço da rede existente e o redirecionamento de sua expansão para aquelas áres urbanas mais desassistidas, atualmente com uma população-alvo(*) estimada em 40,8 milhões de pessoas.

Dentro de uma programação integrada de recursos, os estados e municípios beneficiados, em continuidade à diretriz do Programa, estabelecida pelo Governo Federal, deverão assegurar meios que garantam às populações das periferias uma assistência contínua, articulada com os níveis mais complexos de atendimento, de fácil acesso e de acordo com os padrões técnicos adequados, evitando-se a prestação de serviços sofisticados nos casos mais simples, resolúveis na rede básica.

Com essa finalidade dar-se-á prioridade às medidas de promoção e proteção da saúde aos grupos biologicamente mais vulneráveis e ao atendimento dos agravos mais freqüentes, com base nas realidades locais, determinando a diminuição da morbidade e mortalidade redutível ou evitável com tecnologia de saúde.

Espera-se, com esta orientação, atender aos justos reclamos dessa parcela da população e conferir, a médio prazo, maior racionalidade ao sistema prestador de serviços, com repercussões favoráveis sobre a qualidade do atendimento e sobre a economia do sistema como um todo.

---

(*) População com rendimento mensal inferior a 3 (três) salários-mínimos, residente nas áreas programáticas previstas no Programa.

## II - ABRANGÊNCIA

A atuação do Programa estará voltada para o atendimento da população urbana, de acordo com duas áreas programáticas: a primeira, constituída pelas regiões metropolitanas, capitais, aglomerações(*) e cidades com mais de 100.000 habitantes; a segunda, representada pelas cidades com mais de 20.000 habitantes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país.

A expansão ou adequação da oferta de serviços básicos na primeira área justifica-se não só pela já mencionada distribuição espacial deficiente dos equipamentos, como também pela necessidade de se atender às demandas geradas pelo acelerado crescimento populacional decorrente do processo de urbanização.

A segunda área programática, embora sem o crescimento acelerado dos centros de maior porte, tem sua prioridade amparada na necessidade de se prover a rede de unidades básicas, implantada pelo PIASS, de pontos de apoio e centros de referência para atendimentos mais especializados.

### A) Regiões Metropolitanas, Capitais, Aglomerações(*) e Cidades com mais de 100.000 Habitantes.

Nesses centros urbanos, o Programa estará dirigido às áreas de maior densidade de pobreza, que se caracterizem por baixa cobertura de serviços de saúde em termos de quantidade, acesso e adequação à estrutura de suas necessidades.

Considerando uma população com rendimento inferior a 3 (três) salários-mínimos mensais, a população-alvo do Programa nessas localidades deve alcançar a cifra de aproximadamente 37,9 milhões de habitantes.

---

(*) Entende-se por "aglomerações", um conjunto de municípios agregados em torno de um pólo, com maior ou menor grau de conurbação, que justificaria um planejamento integrado de seus equipamentos sociais.

Levando-se em conta a densidade populacional dessas áreas, a rede de serviços que deverá estar disponível constituir-se-á basicamente de Centros de Saúde/Ambulatórios e Hospitais Locais, para atendimento em áreas básicas e em algumas especialidades estratégicas, de acordo com a nosologia prevalente. Essas unidades básicas de saúde deverão estar voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o tratamento dos agravos mais comuns.

B) Cidades com mais de 20.000 Habitantes das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste

As condições sócio-demográficas dessas regiões implicam uma característica peculiar do seu processo de urbanização, decorrendo, daí, critérios específicos para o tratamento das ações de planejamento nessas áreas.

Os núcleos urbanos acima de 20.000 habitantes podem ser considerados, nessas regiões, pólos de desenvolvimento, devendo constituir objeto de preocupação quanto ao seu processo de urbanização. Ademais, quando se criou o PIASS direcionado para essas regiões, propiciou-se o desenvolvimento de uma rede de serviços básicos de saúde nas localidades com menos de 20.000 habitantes. As localidades com população maior continuam, no entanto, carecendo de serviços de saúde, não só para atender sua demanda, como também a referida pelos serviços menos diferenciados das comunidades de menor porte que nucleiam.

Valendo-se do mesmo critério de população carente, a população alvo estimada para essa área programática situa-se ao redor de 2,9 milhões de habitantes.

Com os mesmos objetivos de promoção, prevenção e recuperação da saúde do Programa como um todo, a rede de serviços, neste caso, pode comportar um tipo específico de estrutura assistencial, que é a Unidade Mista, onde funcionam acoplados fisicamente os atendimentos de saúde pública, ambulatoriais e hospitalares, além das unidades independentes, em situações específicas.

## III - OBJETIVOS

### A) Geral

- Ampliação da cobertura por serviços básicos de saúde às populações mais carentes dos centros urbanos.

### B) Estratégicos

- Desconcentração espacial e adequação funcional dos serviços de saúde, permitindo um melhor acesso da população aos mesmos.

- Desenvolvimento de programas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, voltados para o atendimento dos problemas nosológicos mais prevalentes.

- Racionalização do atendimento ao público, em termos de horário e acessibilidade, buscando uma vinculação da população à unidade prestadora de serviços de sua área.

- Redução da sobrecarga dos serviços de saúde mais diferenciados, através da maior continuidade e resolutividade dos serviços prestados a nível primário.

- Articulação dos serviços primários de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, garantindo o acesso da população aos demais níveis do sistema.

- Integração programática das várias instituições prestadoras de serviços de saúde, diminuindo paralelismos de ações e aumentando a produtividade dos recursos.

## IV - MODELO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

O atendimento de problemas de saúde das populações urbanas requer fundamentalmente a presença de uma rede de unidades básicas que, numa adequada relação de proximidade com seus usuários, possibilite o desenvolvimento regular de ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, bem como a resolução das nosologias mais freqüentes, ao mesmo tempo que facilite o acesso aos serviços de maior complexidade, sempre que necessário.

Portanto, a prestação de serviços deve ser sistematizada em níveis de complexidade, coordenados entre si e orientados para o uso racional de recursos, com vistas ao alcance de cobertura mais eficaz. Para isso, cada unidade deverá responsabilizar-se pelo atendimento de uma área e de uma população específica, contando com o suporte dos níveis mais especializados.

O uso de tecnologia compatível com a complexidade dos problemas médicos e odontológicos existentes, por seu turno, deve conduzir não só ao desenvolvimento de equipamentos e de técnicas apropriadas a cada nível de atenção, como ao emprego adequado de pessoal técnico e auxiliar com suficiente capacidade resolutiva.

No modelo proposto, as ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde deverão estar integradas e presentes em cada unidade de atendimento.

Por último, a articulação inter-institucional, superando a descoordenação que caracteriza o modelo vigente, permitirá a universalização do atendimento a custos suportáveis e previsíveis, através de uma programação integrada desenvolvida a nível operacional.

A) Organização da Rede

1. Níveis de Atenção

O Programa incluirá os níveis primário e secundário, de acordo com a concepção prevista na Resolução CIPLAN nº 03/81, devendo o perfil de serviços e de infra-estrutura ali preconizado ser adaptado às características e necessidades da população urbana de cada área.

Estes dois níveis, compostos por Centros de Saúde/Ambulatórios Gerais, Unidades Mistas e Hospitais Locais, deverão estar funcionalmente articulados com os níveis de maior complexidade de atendimento (ambulatórios de especialidades e hospitais especializados), através de mecanismos de referência e de contra-referência.

2. Tipos de Unidades

- Centros de Saúde/Ambulatórios Gerais

Têm como característica comum a promoção da saúde e o atendimento médico permanente, com complexidade e dimensões variáveis em função das necessidades da população a que se destinam.

Estas unidades deverão prestar serviços de saúde pública e assistência médica ambulatorial e odontológica, inclusive preventiva, nas áreas médicas básicas, por generalistas e/ou especialistas, devendo contar com o apoio diagnóstico adequado.

- Unidades Mistas/Hospitais Locais

São estabelecimentos destinados a prestar serviços de saúde pública e assistência médica, em regime ambulatorial e de internação nas quatro especialidades médicas básicas (Clínica Médica, Pediátrica, Gineco-Obstétrica e Cirúrgica) e atendimento de urgência, podendo incluir a atenção em especialidades estratégicas, de acordo com as necessidades locais.

## 3. Elenco de Atividades

O conjunto de unidades integrantes do Programa deverá prover atividades de saúde pública e assistenciais nas especialidades ambulatoriais e hospitalares básicas (definidas na Resolução CIPLAN nº 03/81), podendo, se necessário, incluir especialidades consideradas estratégicas em função das necessidades locais.

Além dessas, deverão ser desenvolvidas atividades programadas, destinadas ao atendimento dos grupos expostos a maiores riscos, como é o caso das crianças de 0 a 4 anos e mulheres enquanto gestantes, puérperas e nutrizes, ou direcionadas à prevenção e controle dos agravos de saúde mais freqüentes.

Neste sentido deverá ser enfatizada:

- a atenção materno-infantil, incuindo todas as atividades prioritárias voltadas para o atendimento deste grupo populacional;
- a vigilância epidemiológica e sanitária;
- o controle das doenças transmissíveis, sejam as evitáveis por imunizantes, sejam as que exigem tratamento individualizado, visando-se reduzir os níveis de morbi-mortalidade específica;
- o controle das doenças crônico-degenerativas, mediante o desenvolvimento de ações direcionadas para sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, especialmente dos problemas de maior prevalência local.

## 4. Sistemas de Apoio

Para o desenvolvimento das atividades preconizadas, deverão ser implementados sistemas de apoio integrados e adequados, relacionados com o planejamento, a supervisão, o treinamento, o abastecimento, a informação, a avaliação e o controle.

Simultaneamente deverão ser desenvolvidos esforços de capacitação operacional das instituições envolvidas no programa, bem como de capacitação gerencial das administrações das unidades de saúde.

## V - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

### - Estratégia Geral

O Programa deve ser entendido como uma das estratégias de implementação das diretrizes gerais para a área da saúde, declinadas especialmente pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

Essas diretrizes gerais, consubstanciadas particularmente na integração programática crescente entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência e Assistência Social e as secretarias estaduais de saúde, devem nortear as ações do presente Programa, evitando-se, com isso, superposições com duplicidade de recursos e conflitos gerenciais.

A unidade de planejamento básico deve ser, portanto, a Unidade Federada, da qual se destacarão, para efeitos deste Programa, as suas áreas-alvo, apenas como critério de prioridade das ações a serem desenvolvidas com recursos específicos, e que deverão compatibilizar-se com a programação integrada de saúde dos estados.

Os recursos específicos do FINSOCIAL estarão destinados a viabilizar as prioridades estabelecidas para o Programa, em termos de ocupação da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e sua expansão e operação através de redes municipais e estaduais. Os órgãos federais deverão assumir gradualmente a co-participação no custeio desses serviços, assegurando-se a manutenção de participação financeira significativa dos níveis estaduais e municipais na operação da rede. Portanto, torna-se necessária a garantia de recursos orçamentários crescentes, ao longo dos anos, nos três níveis de atuação (federal, estadual e municipal).

A coordenação técnica do Programa, a nível federal, será realizada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, através da atual Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN - que poderá, para esta finalidade, ter sua composição e responsabilidades ampliadas.

As funções previstas, a este nível de coordenação, em relação a este Programa, são as seguintes:

- estabelecimento de critérios e prioridades para a participação dos recursos financeiros do Programa nos projetos;
- apreciação dos projetos no que se refere ao seu enquadramento nas diretrizes e objetivos do Programa e compatibilização com os demais programas do setor saúde;
- pré-análise dos projetos e encaminhamento aos agentes financeiros;
- definição, em articulação com os agentes financeiros, do esquema de financiamento e liberação dos recursos para os projetos;
- promoção e proposição de mecanismos de articulação entre entidades do Governo Federal e Governos Estaduais e Municipais com vistas às definições necessárias ao perfeito desenvolvimento do Programa nas áreas selecionadas;
- definição da estratégia de acompanhamento e avaliação dos projetos em execução.

Para o desempenho de suas funções coordenadoras a CIPLAN utilizará sua secretaria técnica, que deverá ser reestruturada em função de suas novas responsabilidades. Este grupo, em articulação com as estruturas regulares dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, da Secretaria de Planejamento da Presidência da República e do BNDES, deverá prover o apoio técnico necessário à elaboração e desenvolvimento dos projetos.

A nível estadual, a coordenação do Programa e a definição do esquema gerencial dos projetos serão atribuições de comissão presidida pelo Secretário de Saúde e integrada pelo Superintendente Regional do INAMPS, pelo Delegado Federal de Saúde e por representação dos municípios envolvidos.

## VI - FINANCIAMENTO DO PROGRAMA/REQUISITOS DOS PROJETOS

O Programa será co-financiado com recursos do FINSOCIAL repassados pelo BNDES através do Ministério da Saúde, que operacionalizará as transferências às instituições responsáveis pela execução dos projetos correspondentes, responsabilizando-se pela sua execução, sem prejuízo da coordenação a nível de Unidade Federada e da CIPLAN.

As aplicações do FINSOCIAL ao Programa dar-se-ão a fundo perdido, cobrindo especialmente os seguintes objetivos de gasto:

a) investimentos para a melhoria e/ou expansão da rede assistencial;

b) despesas de custeio relativas à operação das unidades de serviços, inclusive treinamento de pessoal de operação, enquanto as instituições envolvidas adequam suas dotações para assumirem os encargos correspondentes. A participação do FINSOCIAL no custeio das unidades deverá, portanto, ser reduzida sensivelmente ao longo dos projetos;

c) despesas relativas à capacitação técnico-administrativa das instituições participantes para fazer face à expansão das respectivas redes assistenciais. O FINSOCIAL cobrirá tais despesas até o máximo de 5% dos recursos aprovados para investimento e custeio em cada projeto.

A alocação dos recursos do FINSOCIAL ao Programa procurará promover o máximo efeito redistributivo, contemplando as regiões mais carentes com aportes relativamente mais elevados que as outras.

As instituições proponentes deverão apresentar evidências satisfatórias das contra-partidas respectivas e a indicação da forma de composição dos recursos do FINSOCIAL com outras fontes de financiamento previstas para os projetos, bem como especificar o cronograma de substituição do FINSOCIAL por recursos orçamentários ou de outras origens.

O Programa terá definidas suas metas específicas quando da aprovação dos projetos das instituições proponentes.

Sem prejuízo dos requisitos acima e daqueles a serem estabelecidos pelo BNDES e CIPLAN, deverão constar necessariamente dos projetos:

a) caracterização atual e prospectiva da população-alvo: condições sócio-econômicas, principais problemas de saúde, demanda e acesso a serviços de saúde;

b) caracterização atual e prospectiva da rede de serviços de saúde da área programática, evidenciando as deficiências passíveis de correção e as necessidades de expansão;

c) objetivos, estratégias, metas, cronogramas físicos e financeiros, custos e financiamento do projeto, explicitando a cobertura pretendida através da racionalização e/ou expansão da rede assistencial e a organização proposta para o modelo de prestação de serviços;

d) compatibilização com outras iniciativas setoriais e de desenvolvimento urbano em curso ou propostas para a área programática;

e) mecanismos de coordenação entre as instituições envolvidas e participação de cada uma na execução do projeto;

f) indicações quanto à gerência técnica, administrativa e financeira do projeto;

g) indicações sobre os prazos e condições em que as instituições participantes assumirão a manutenção das unidades e recursos humanos incorporados à rede assistencial da área programática através do projeto.

## VII - ESTIMATIVAS DE CUSTO/PROPOSTA DE FONTES DE FINANCIAMENTO

### A) Critérios

Para a estimativa de custos considerou-se inicialment para a população-alvo do Programa, que foi definida como aquela cc rendimento inferior a 3 (três) salários-mínimos mensais, resident em 9 regiões metropolitanas, 17 capitais e respectivas aglomeraçõe 16 outras aglomerações, 32 cidades com mais de 100.000 habitantes 98 cidades com mais de 20.000 habitantes das regiões Norte, Norde te e Centro-Oeste. Com base nesse critério chegou-se a uma popul ção-alvo de aproximadamente 40,8 milhões de pessoas.

Programou-se ofertar para essa população duas consulta médicas/habitantes/ano e incrementar a disponibilidade de leitc hospitalares, na proporção de 1 leito/1.000 habitantes, levando-s em consideração a recuperação da capacidade ambulatorial e hospit lar ociosa.

Para a implantação de novas unidades ambulatoriais est mou-se um custo de Cr$ 105 mil/$m^2$ para construção e equipamento acrescidos de Cr$ 4,8 milhões para treinamento, perfazendo um tota de Cr$ 67,8 milhões por unidade de 8 consultórios, considerando-se como medida unitária, o conjunto de 20.000 habitantes.

Os custos de recuperação foram estimados em 10% dos custo de implantação, sendo que 45% da oferta de serviços ambulatoriai programados seriam provenientes da recuperação e utilização plen da capacidade instalada pré-existente.

O custo de operação anual das unidades ambulatoriais fo estimado em 130% do investimento em construção e equipamento.

Para o componente hospitalar estimou-se um custo de Cr 200 mil/$m^2$ para construção e equipamento, acrescido de Cr$ 6 milhõe para treinamento de pessoal, o que perfaz um total de Cr$ 174 m lhões para conjuntos de 20 leitos.

Cerca de 54% da oferta de leitos hospitalares seria obtida pela recuperação e utilização da capacidade ociosa pré-existente, estimando-se os custos de recuperação em 10% dos custos de implantação de um leito novo.

Os custos de operação das unidades hospitalares foram estimados em 1/3 dos custos de investimentos em construção e equipamento ou seja, Cr$ 58 milhões para cada conjunto de 20 leitos.

Trabalhou-se com "módulos" de 20 leitos apenas para fins de cálculo, uma vez que uma unidade hospitalar com menos de 40 leitos é reconhecidamente ineficiente.

Visando à capacitação das entidades executoras para apoiarem a implantação ou recuperação das unidades assistenciais, foram estimados recursos para apoio técnico-administrativo, utilizando-se como parâmetro 5% dos custos de implantação ou recuperação e operação.

B) Estimativa de custos

Na Tabela 1 são apresentados os custos totais (investimento e custeio), nos 5 anos de duração do Programa, por tipo de área urbana, segundo diferentes alternativas de cobertura da população-alvo.

1ª Alternativa: 100% da população-alvo, abrangendo cerca de 40,8 milhões de pessoas, o que corresponde a 74,2% do total da população urbana das áreas programáticas.

2ª Alternativa: 80% da população-alvo, abrangendo cerca de 32,6 milhões de pessoas.

3ª Alternativa: 60% da população-alvo, abrangendo cerca de 24,5 milhões de pessoas.

Nas Tabelas 2, 2-A e 2-B são apresentadas propostas de financiamento do Programa por fontes (FINSOCIAL, INAMPS, Ministério

da Saúde e demais - estados e municípios), durante os 5 anos de duração do Programa, conforme diferentes alternativas de cobertura da população-alvo (100%, 80% e 60%).

No rodapé dessas Tabelas colocou-se o que representa, em termos percentuais, a proposta de participação do INAMPS, Ministério da Saúde e demais (estados e municípios), em função do orçamento previsto para 1982, no caso do INAMPS e do MS, e dos gastos estimados na função saúde e saneamento com recursos provenientes do Tesouro Estadual e dos municípios das capitais, no caso dos estados e municípios.

Por último, nas Tabelas 3 e 4 foram estimados os custos de investimentos e custeio, por ano de duração do Programa, e a alocação dos recursos financeiros, segundo a natureza dos gastos (recuperação, implantação, operação e apoio técnico-administrativo) com base na alternativa máxima (cobertura de 100% da população-alvo).

TABELA 1

ALTERNATIVAS DE COBERTURA DA POPULAÇÃO-ALVO E CUSTOS TOTAIS (INVESTIMENTO E CUSTEIO) NOS 5 ANOS DE DURAÇÃO DO PROGRAMA, POR TIPO DE ÁREAS URBANAS

| ÁREAS URBANAS | 1ª ALTERNATIVA | | 2ª ALTERNATIVA | | 3ª ALTERNATIVA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 100% DA POPULAÇÃO-ALVO | | 80% DA POPULAÇÃO-ALVO | | 60% DA POPULAÇÃO-ALVO | |
| | População Números Absolutos | Custo Total Cr$ Milhões, 09/82 | População Números Absolutos | Custo Total Cr$ Milhões, 09/82 | População Números Absolutos | Custo total Cr$ milhões, 09/82 |
| 1. Regiões Metropolitanas (9) | 24 722 802 | 755 468 | 19 778 241 | 604 374 | 14 833 681 | 453 280 |
| 2. Capitais e respectivas aglomerações (17) | 5 480 725 | 171 697 | 4 384 580 | 137 357 | 3 288 435 | 103.018 |
| 3. Demais Aglomerações (16) | 4 014 802 | 128 455 | 3 211 841 | 102 764 | 2 408 881 | 77 073 |
| 4. Cidades com mais de 100.000 habitantes (32) | 3 680 396 | 122 096 | 2 944 317 | 97 677 | 2 208 238 | 73 257 |
| 5. Cidades com mais de 20.000 habitantes das Regiões N, NE, e CO.* (98) | 2 921 351 | 94 116 | 2 337 081 | 75 293 | 1 752 810 | 56 469 |
| TOTAL | 40 820 076 | 1 271 832 | 32 656 060 | 1 017 465 | 24 492 045 | 763 097 |

(*) Estão excluidas as cidades incorporadas nas áreas 1,2,3 e 4.

TABELA 2

PROPOSTA DE FINANCIAMENTO DO PROGRAMA SEGUNDO FONTES, POR ANO
(1ª ALTERNATIVA - 100% DA POPULAÇÃO-ALVO)

(Em Cr$ milhões de Setembro de 1982)

| FONTES | ANO DO PROGRAMA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º |
| FINSOCIAL | | | | | |
| Absoluto | 100 000 | 155 400 | 176 350 | 171 479 | 61 343 |
| % | 87.9 | 68.3 | 60.3 | 51.7 | 20.0 |
| INAMPS | | | | | |
| Absoluto | 8 120 | 57 444 | 86 652 | 101 776 | 153 358 |
| % | 7.1 | 25.3 | 29.7 | 30.7 | 50.0 |
| MINISTÉRIO DA SAÚDE | | | | | |
| Absoluto | 1 707 | 4 800 | 9 600 | 19 200 | 30 672 |
| % | 1.5 | 2.1 | 3.3 | 5.8 | 10.0 |
| DEMAIS | | | | | |
| Absoluto | 3 983 | 9 800 | 19 605 | 39 200 | 61 343 |
| % | 3.5 | 4.3 | 6.7 | 11.8 | 20.0 |
| TOTAL | | | | | |
| Absoluto | 113 810 | 227 444 | 292 207 | 331 655 | 306 716 |
| % | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

NOTA: A participação prevista para o INAMPS, MS e Demais (Estados e Municípios), do 1º ao 5º ano do Programa, corresponde, em termos percentuais, respectivamente, a:

1. INAMPS: 1,17, 8,25, 12,44, 14,61 e 22.02 da proposta de reformulação orçamentária para 1982, enviada à SEST no valor de Cr$ 696,393 milhões;
2. M.S: 2,4, 6,79, 13,59, 27,19 e 43,44 da posição orçamentária inicial (todas as fontes), para 1982, no valor de Cr$ 70,6 bilhões;
3. Demais (Estados e Municípios): 1,36, 3,34, 6,69, 13,37 e 20,92 dos gastos estimados para 1982, na função Saúde e Saneamento, com recursos dos Estados e dos Municípios das Capitais, no valor de Cr$ 293,197 milhões.

TABELA 2-A

PROPOSTA DE FINANCIAMENTO DO PROGRAMA SEGUNDO FONTES, POR ANO

(2ª ALTERNATIVA - 80% DA POPULAÇÃO ALVO)

(Em Cr$ Milhões de Setembro de 1982)

| FONTES | ANO DO PROGRAMA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º |
| FINSOCIAL | | | | | |
| Absoluto | 80 044 | 124 253 | 140 928 | 137 188 | 49 082 |
| % | 87.9 | 68.3 | 60.3 | 51.7 | 20.0 |
| INAMPS | | | | | |
| Absoluto | 6 466 | 46 027 | 69 412 | 81 464 | 122 706 |
| % | 7.1 | 25.3 | 29.7 | 30.7 | 50.0 |
| MINISTÉRIO DA SAÚDE | | | | | |
| Absoluto | 1 366 | 3 820 | 7 713 | 15 391 | 24 542 |
| % | 1.5 | 2.1 | 3.3 | 5.8 | 10.0 |
| DEMAIS | | | | | |
| Absoluto | 3 187 | 7 823 | 15 659 | 31 312 | 49 082 |
| % | 3.5 | 4.3 | 6.7 | 11.8 | 20.0 |
| TOTAL | | | | | |
| Absoluto | 91 063 | 181 923 | 233 712 | 265 355 | 245 412 |
| % | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

NOTA: A participação prevista para o INAMPS, MS e Demais (Estados e Municípios), do 1º ao 5º ano do Programa, corresponde em termos percentuais, respectivamente, a:

1. INAMPS: 0.93, 6,61, 9,97, 11,70 e 17,62 da proposta de reformulação orçamentária para 1982, enviada à SEST, no valor de Cr$ 696,393 milhões;

2. MS: 1,92, 5,41, 10,92, 21,79 e 34,75 da posição orçamentária inicial (todas a fontes) para 1982, no valor de Cr$ 70,6 bilhões;

3. Demais (Estados e Municípios): 1,09, 2,67, 5,34, 10,68 e 16,74 dos gastos estimados para 1982, na função Saúde e Saneamento, com recursos dos Estados e dos municípios das Capitais, no valor de Cr$ 293,197 milhões.

TABELA 2-B

PROPOSTA DE FINANCIAMENTO DO PROGRAMA SEGUNDO FONTES, POR ANO

(3ª ALTERNATIVA - 60% DA POPULAÇÃO ALVO)

(Em Cr$ Milhões de Setembro de 1982)

| FONTES | ANO DO PROGRAMA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º |
| FINSOCIAL | | | | | |
| Absoluto | 60.033 | 93 190 | 105 696 | 102 891 | 36 812 |
| % | 87.9 | 68.3 | 60.3 | 51.7 | 20.0 |
| INAMPS | | | | | |
| Absoluto | 4 849 | 34 520 | 52 059 | 61 098 | 92 029 |
| % | 7.1 | 25.3 | 29.7 | 30.7 | 50.0 |
| MINISTÉRIO DA SAÚDE | | | | | |
| Absoluto | 1 025 | 2 865 | 5 784 | 11 543 | 18 406 |
| % | 1.5 | 2.1 | 3.3 | 5.8 | 10.0 |
| DEMAIS | | | | | |
| Absoluto | 2 390 | 5 867 | 11 744 | 23 484 | 36 812 |
| % | 3.5 | 4.3 | 6.7 | 11.8 | 20.0 |
| TOTAL | | | | | |
| Absoluto | 68 297 | 136 442 | 175 283 | 199 016 | 184 059 |
| % | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

NOTA: A participação prevista para o INAMPS, MS e Demais (Estados e Municípios), do 1º ao 5º ano do Programa, corresponde em termos percentuais, respectivamente, a:

1. INAMPS: 0,70, 4,96, 7,48, 8,77 e 13,22 da proposta de reformulação orçamentária para 1982, enviada a SEST, no valor de Cr$ 696,393 milhões;

2. MS: 1,44, 4,05, 8,18, 16,34 e 26,06 da posição orçamentária inicial (todas as fontes) para 1982, no valor de Cr$ 70,6 bilhões;

3. Demais (Estados e Municípios): 0,82, 2,00, 4,00, 8,01 e 12,52 dos gastos estimados para 1982, na função Saúde e Saneamento, com recursos dos Estados e dos Municípios das capitais, no valor de Cr$ 293,197 milhões.

TABELA 3 - CUSTOS DE INVESTIMENTO E CUSTEIO POR ANO DE DURAÇÃO DO PROGRAMA

(Em Cr$ Milhões de setembro de 1982)

| ESPECIFICAÇÃO | ANO DO PROGRAMA | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | |
| INVESTIMENTO | 69 631 | 69 611 | 58 821 | 58 590 | - | 256 653 |
| . Ambulatórios | 19 685 | 19 681 | 18 333 | 18 270 | - | 75 969 |
| . Hospitais | 49 946 | 49 930 | 40 488 | 40 320 | - | 180 684 |
| CUSTEIO | 44 179 | 157 833 | 233 386 | 273 065 | 306 716 | 1 015 179 |
| . Ambulatórios | 22 635 | 87 388 | 131 977 | 156 994 | 179 557 | 578 551 |
| . Hospitais | 21 544 | 70 445 | 101 409 | 116 071 | 127 159 | 436 628 |
| TOTAL | 113 810 | 227 444 | 292 207 | 331 655 | 306 716 | 1 271 832 |

TABELA 4. - ALOCAÇÃO DOS RECURSOS SEGUNDO NATUREZA DOS GASTOS, POR ANO DE DURAÇÃO DO PROGRAMA

(Em Cr$ milhões de setembro de 1982)

| ESPECIFICAÇÃO | ANO DO PROGRAMA | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | |
| Recuperação | 11 370 | 11 349 | - | - | - | 22 719 |
| Implantação | 61 664 | 61 664 | 61 664 | 61 422 | - | 246 414 |
| Operação | 35 357 | 143 601 | 216 629 | 254 440 | 292 111 | 942 138 |
| Apoio | 5 419 | 10 830 | 13 914 | 15 793 | 14 605 | 60 561 |
| TOTAL | 113 810 | 227 444 | 292 207 | 331 655 | 306 716 | 1 271 832 |