

PLANEJAMENTO DE SAÚDE EM ÁREA PROGRAMÁTICA BRASILEIRA ¹

Drs. Laurênio Teixeira da Costa,² Ermengarda de Faria Alvim ³ e
Carlos Gentile de Mello ⁴

Duas técnicas metodológicas preconizadas pela OPAS, a de programação local e a de programação de setor público, foram utilizadas no planejamento de saúde de município brasileiro, com vista à sua aplicação em maior amplitude e institucionalização do processo de planejamento do setor saúde.

Introdução

Com o objetivo de dar início a amplo programa de coordenação das atividades de proteção e recuperação da saúde, o Ministério da Saúde determinou a realização do estudo da situação de saúde do Município de Patos, Estado da Paraíba.

Iniciada a pesquisa segundo técnicas convencionais adotadas pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, a análise foi complementada através da utilização de duas técnicas metodológicas preconizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde: a de programação local e a de programação do setor público.

Para tornar o estudo mais objetivo, em termos de avaliação, foi realizada idêntica investigação no Município de Alagoa Grande, também no Estado da Paraíba, com área territorial pouco menor, mesma densidade demográfica e muitos outros aspectos comparáveis.

Enquanto em Patos a unidade mais significativa de setor, o Hospital Regional da Secretaria de Saúde, funciona nos moldes tradicionais, com pessoal profissional em regime de tempo parcial, com algumas características de estabelecimento particular, in-

ternando pacientes de clínica privada, a Unidade Mista de Alagoa Grande, operada pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, adota o sistema de tempo integral com dedicação exclusiva, orientando as suas ações no sentido de não discriminar as atividades de prevenção das atividades de restauração da saúde.

Por exigência das técnicas aplicadas, a grande maioria das informações em que se baseia este trabalho diz respeito ao ano de 1966, assinalando-se, quando se fizer necessário, os fatos relacionados a outros períodos.

Sem embargo dos aspectos positivos dos resultados obtidos pelo estudo, ressalta-se a limitação das conclusões, não apenas pela área restrita analisada como pelas limitações do emprêgo das próprias técnicas utilizadas.

Informações gerais

Em 1960, Patos era constituído por uma superfície de 2,578 quilômetros quadrados, estando hoje reduzida a 371, em virtude de seu desmembramento.

Representa polo de desenvolvimento regional, centro de área polarizada, abrangendo 26 municípios (em 1960), com uma área de 23,025 quilômetros quadrados e uma população superior a 600,000 habitantes em 1967.

Dessa forma, seria, teórica e potencialmente, responsável pela cobertura parcial de alguns problemas de saúde da sua zona de influência.

¹ Trabalho realizado no Instituto de Planejamento de Saúde, da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Brasil.

² Diretor do Instituto de Planejamento de Saúde, Fundação S.E.S.P., Ministério da Saúde, Brasil.

³ Chefe do Setor Técnico do Instituto de Planejamento de Saúde.

⁴ Assessor do Instituto de Planejamento de Saúde.

QUADRO 1—Estimativa da população total e acessível do Município de Patos, por grupo etário, 1966/72.

Anos	População						
	Total	Acessível ^a (por idade)					
		Todas	>1	1-4	5-14	15-49	50<
1966	45,293	36,234	1,323	4,656	10,146	16,378	3,732
1967	46,260	37,008	1,351	4,756	10,362	16,728	3,812
1968	47,227	37,782	1,379	4,855	10,579	17,077	3,892
1969	48,194	38,555	1,407	4,954	10,795	17,427	3,971
1970	49,161	39,329	1,436	5,054	11,012	17,777	4,051
1971	50,128	40,102	1,464	5,153	11,229	18,126	4,131
1972	51,095	40,876	1,492	5,253	11,445	18,476	4,210

^a População acessível calculada em 80 por cento.

Nota: Define-se população acessível como aquela que pode ser facilmente atingível pelos programas de unidade sanitária.

Efetivamente, o estudo da procedência dos pacientes atendidos em 1966 pelo Hospital Regional de Patos revela que 74% dos atendidos eram locais, enquanto os 26% restantes tinham origem fora do município.

Estima-se a população municipal, para 1966, em 45,293 habitantes (quadro 1), sendo 31,252 da zona urbana e 14,041 na zona rural, e com uma densidade de 122 habitantes por quilômetro quadrado.

Trata-se de área em que predominam atividades primárias, mas onde se verifica apreciável incremento do setor das indústrias de transformação.

Situação de saúde

O nível de saúde da população do Município de Patos é desfavorável, seja em relação ao Nordeste como um todo, seja em comparação com o Município de Alagoa Grande, conforme se pode concluir pelo exame de alguns indicadores.

Nutrição. Sem grande margem de êrro pode-se afirmar a existência de baixa ingestão calórica e, sobretudo, protéica, da grande maioria da população, com negativas repercussões nos níveis de saúde

Saneamento do meio. Embora haja um serviço de captação e tratamento de água, considerado de bom padrão, a distribuição só se faz, até agora, a 21% dos domicílios, não dispondo o restante da população de

torneiras públicas que possibilitem utilização de água abundante e de boa qualidade.

Nível de renda. Embora o município tenha sido identificado como polo de desenvolvimento regional, a grande maioria da população dispõe de baixos rendimentos, a exemplo do que ocorre no Nordeste como um todo.

Instrução. Dentro do contexto da região nordestina não seria difícil deduzir que apreciável parcela da população é constituída de iletrados.

Mortalidade geral. A mortalidade geral, em 1966, foi de 18.9% óbitos por mil habitantes, acima da taxa do Nordeste (18 por mil) e a mais elevada do Brasil.

Mortalidade infantil. Considerando-se a taxa de natalidade como sendo 47 por mil (estimativa para o Nordeste) e o número de óbitos em 1966, o coeficiente de mortalidade infantil para o município de Patos atingiu a cifra de 267 por mil. Para o Nordeste a estimativa é de 176 por mil.

Óbitos sem assistência médica. Em Patos, do total de óbitos em 1966, cerca de 96.4% ocorreram sem os respectivos atestados, classificados como sem assistência médica. Em Alagoa Grande 49% estiveram nesse caso. Em Patos, no grupo de 0 a 4 anos, 100% morreram sem assistência médica, enquanto em Alagoa Grande esta cifra foi de 59%.

Mortalidade proporcional. A mortalidade

por grupo de idade revela que em Patos 65.8% dos óbitos ocorreram em menores de 1 ano, 9.2% no grupo de 1 a 4 anos e 15.5% nas pessoas de 50 anos e mais (quadro 2).

Causas de óbito. Pela simples ocorrência de grande proporção de óbitos em pessoas jovens, pode-se afirmar que a principal causa de morte deve estar entre as doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo as diarreias infecciosas, o que, aliás, está de acordo com a estrutura nosológica da demanda no ambulatório do hospital. Como quase todos os óbitos ocorreram sem assistência médica, não há confirmação através do atestado médico. Dos óbitos com assistência médica, 37.5% tiveram como causas doenças cardiovasculares degenerativas, enquanto em Alagoa Grande a principal causa conhecida foi gastroenterite (43%).

Setor saúde

O setor saúde do Município de Patos é constituído dos seguintes estabelecimentos:

- Hospital Regional, da Secretaria de Saúde, com 63 leitos, onde funciona o posto de saúde estadual e um dispensário de tuberculose em convênio com o Serviço Nacional de Tuberculose.

- Posto do ex-Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), do Instituto Nacional de Previdência Social.

- Maternidade Peregrino Filho, prevista para 32 leitos, de propriedade de sociedade beneficente, recém-construída, ainda não

QUADRO 2—Mortalidade, por grupo etário, no Município de Patos, 1966.

Grupos etários	Nº de óbitos	Proporção (%)
Menores de 1 ano	569	65.8
1-4 anos	80	9.2
5-14 anos	15	1.7
15-49 anos	64	7.4
50 anos e mais	134	15.5
Ignorado	3	0.3
Total	865	100

equipada, localizada fora do perímetro urbano.

- Dois ambulatórios mantidos pela Prefeitura Municipal.

- Um posto de puericultura, particular, subvencionado pela Legião Brasileira de Assistência e pelo Serviço Social do Comércio.

- Um ambulatório na sede da agência do Instituto Nacional de Previdência Social, que restringe sua atuação a perícias médicas para fim de concessão de benefícios.

Dessas instituições são significativas apenas o Hospital Regional e o posto do ex-SAMDU, razão pela qual foram analisadas em profundidade.

Hospital Regional

Capacidade instalada. Dotado de 63 leitos em enfermarias, quartos e apartamentos. A distribuição segundo a especialidade revela, desde logo, ausência de leitos destinados a pediatria e presença de 25% das camas para pensionistas, utilizadas, na maioria, para casos cirúrgicos e obstétricos (quadro 3).

Pessoal. O Hospital de Patos conta com um número maior de servidores do que a Unidade de Alagoa Grande (quadro 4).

O exame das horas contratadas revela que Patos teve à sua disposição 139,853 horas de pessoal, enquanto Alagoa Grande contou com 134,535 horas.

É de notar que na esfera médica o número

QUADRO 3—Distribuição de leitos por especialidade nos Hospitais de Patos e Alagoa Grande, 1966.

Distribuição por especialidade	Nº de leitos		Proporcional (%)	
	Patos	A. Grande ^a	Patos	A. Grande
Clínica médica ^b	17	10	27	22
Pediatria	—	10	—	22
Clínica Cirúrgica	18	12	29	27
Obstétrica	12	13	19	29
Pensionista	16	—	25	—
Total	63	45	100	100

^a Os leitos são utilizados indistintamente por pensionistas.
^b Inclui leitos para isolamento.

QUADRO 4—Número de servidores e horas contratadas nos Hospitais de Patos e Alagoa Grande, 1966.

Categorias	Nº de servidores		Nº de horas	
	Patos	A. Grande	Patos	A. Grande
Médicos	13	4	15,820	7,700
Dentistas	3	1	1,260	1,533
Enfermeiras	—	2	—	3,066
Administrativos	2	3	4,480	1,610
Auxiliar:				
Enfermagem	20	34	43,260	49,694
Saneamento	3	3	5,040	3,680
Outros	32	38	69,993	67,252
Total	73	85	139,853	134,535

de horas atingiu a 15,820, mais do que o dôbro da cifra registrada em Alagoa Grande (7,700 horas).

No setor de enfermagem o número de horas disponíveis foi inferior, agravado esse fato pela inexistência em Patos de, pelo menos, uma enfermeira para supervisão e treinamento.

A disponibilidade maior foi observada na categoria indiferenciada, de serviços, que é utilizada nas variadas tarefas que não devem ser atendidas por pessoal de melhor capacitação.

Gastos. Na análise da proporção dos gastos, verifica-se que 60.7% das despesas com pessoal foram relativas a pessoal profissional (quadro 5).

É de notar que não foram computados no cálculo da remuneração do pessoal os honorários recebidos pelos médicos como pagamento pelos serviços prestados, no hospital, durante o expediente, aos beneficiários da Previdência Social, bem como aos doentes particulares.

Financiamento. O financiamento do Hos-

pital Regional de Patos não tem origem única. Antes, procede de fontes diversas: federal; municipal; próprio, resultante de convênio para prestação de serviços aos beneficiários da Previdência Social da cobrança aos doentes particulares que se internam como pensionistas; e doações feitas por entidades privadas (quadro 6).

A evolução no período estudado evidencia algumas alterações na composição do financiamento do Hospital mas que não altera substancialmente as conclusões deste estudo (quadro 7).

Produção de serviços. Em termos quantitativos, a atuação do Hospital Regional de Patos se caracterizou pela tendência no sentido de incrementar as internações, em detrimento da assistência prestada em ambulatório (quadro 8).

Merece ser evidenciado o grande número de imunizações realizadas, de acordo com os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde.

QUADRO 6—Financiamento Realizado no Hospital Regional de Patos, segundo a porcentagem ao ano, 1962-1966.

Fonte de Financiamento	1962	1963	1964	1965	1966
Federal	24.8	31.7	10.5	22.0	39.0
Estadual	12.6	5.1	20.5	10.9	23.7
Municipal	4.0	3.3	2.6	0.9	1.4
Próprio	55.4	57.5	63.8	65.0	35.5
Doações	3.2	2.4	2.6	1.2	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

QUADRO 5—Proporções de gastos com pessoal profissional, administrativo e auxiliar no Hospital de Patos, 1966.

Pessoal	Gastos com pessoal (%)
Profissional	60.7
Auxiliar	37.8
Administrativo	1.5
Total	100.0

QUADRO 7—Financiamento realizado no Hospital Regional de Patos, Índice de base sobre a moeda constante, 1962-1964 (ano base-1962).

Fonte de Financiamento	1962	1963	1964	1965	1966
Federal	100.0	134.1	50.6	100.0	273.3
Estadual	100.0	42.6	194.7	98.1	328.3
Municipal	100.0	87.5	77.3	26.4	59.3
Próprio	100.0	109.3	137.3	133.2	111.8
Doações	100.0	79.4	95.4	41.7	16.9
Total	100.0	105.2	119.2	113.5	174.1

A vacinação contra difteria, tétano e coqueluche, por exemplo, totalizou 1,854. Tomando por base a população urbana, os coeficientes de natalidade (47 por mil) e de mortalidade infantil (267 por mil nascidos vivos) e considerando-se 80% do grupo de menos de 2 anos de idade, o programa de imunização DTP teria alcançado mais de 79% de cobertura. A cifra deve ser considerada extremamente elevada por se tratar de um setor sem serviço materno-infantil, operado por pessoal de nível auxiliar desviado de suas funções, sem supervisão técnica e administrativa e sem registro de suas atividades. Cabe observar que tal cobertura somente é alcançada por serviços bem estruturados, com supervisão permanente e dentro de normas técnicas que recomendam 70% como nível útil.

Estrutura da demanda. O estudo comparado da composição etária dos pacientes

QUADRO 8—Produção de serviços no Hospital de Patos e na Unidade Mista de Alagoa Grande, 1966.

Serviços produzidos	Patos	A. Grande
Pacientes-dia	12,156	8,903
Consultas médicas	5,881	12,500
Consultas odontológicas	5,775	788
Assistência odontológica a escolares	—	4,376
Unidades de trabalho	—	2,835
Aplicações tópicas	—	6,640
Imunizações ^a	11,113	1,326
Visitas domiciliares	—	1,467
Inspecção de saneamento	—	4,822
Atendimento de Enfermagem	—	—

^a Informação coletada na Secretaria de Saúde.

QUADRO 9—Estrutura etária da demanda de consulta médica, no Hospital Regional de Patos e na Unidade Mista de A. Grande, 1966.

Grupos Etários	Proporção (%)	
	Patos	A. Grande
0-4	48.5	35.6
5-14	11.6	12.3
15-49	32.6	42.2
50<	6.9	8.6
Ignorado	0.4	1.3
Total	100.0	100.0

atendidos em ambulatório, no Hospital Regional de Patos e na Unidade Mista de Alagoa Grande revela muita semelhança entre as duas situações (quadro 9).

Entretanto, a análise dos dois estabelecimentos, durante o mesmo período, em relação aos pacientes hospitalizados, mostra diferença bastante significativa na distribuição por idade, sobretudo no grupo de 0-4 anos, quase ausente no Hospital de Patos (quadro 10).

A estrutura nosológica em ambulatório, examinadas apenas as dez causas mais importantes, evidencia semelhança entre os dois estabelecimentos confrontados (quadro 11).

No setor de hospitalização, as primeiras causas de internação são iguais em Patos e Alagoa Grande; casos obstétricos, acidentes e violências, doenças infecciosas e parasitárias. Daí por diante se altera a ordem, evidenciando-se em Patos os tumores, as apen-

QUADRO 10—Estrutura etária da demanda de hospitalização, no Hospital de Patos e na Unidade Mista de Alagoa Grande, 1966.

Grupos Etários	Proporção (%)	
	Patos	A. Grande
0-4	1.0	18.4
5-14	5.3	8.9
15-49	78.9	48.7
50<	12.3	12.7
Ignorado	2.5	11.3
Total	100.0	100.0

QUADRO 11—Estrutura nosológica da demanda de ambulatório do Hospital Regional de Patos e da Unidade Mista de Alagoa Grande, 1966.

Classificação de doenças	% de consultas	
	Patos	A. Grande
As demais doenças infecciosas e parasitárias	22.8	39.4
Infecções respiratórias agudas	22.0	16.7
Tôdas as demais infecções	19.9	9.8
Transmissão de origem hídrica e/ou por alimentos	19.1	10.7
Tuberculose, tôdas as suas formas	3.6	0.1
Doenças cardiovasculares degenerativas	3.6	0.9
Estados mal definidos e sem diagnóstico	3.5	2.5
Complicações da gravidez, parto e puerpério	2.1	13.2
Acidentes, envenenamentos e violências	1.7	3.7
Tôdas as demais causas	1.7	3.0

dicetomias, as cesarianas, o sarampo, as colecistectomias (quadro 12).

Outros aspectos técnicos. Com as informações disponíveis podem ser acrescentados alguns dados referentes a custos, produtividade e rendimento.

Custos. Em Patos o custo unitário das horas contratadas foi baixo; e em decorrência da baixa remuneração do pessoal, que constitui elevado contingente no total dos gastos, o custo unitário dos serviços produzidos também foi reduzido.

Rendimento. Como contrapartida do baixo custo das horas contratadas e dos serviços produzidos, o rendimento do trabalho é pequeno sobretudo se comparado com Alagoa Grande (quadro 13).

QUADRO 12—Estrutura nosológica da demanda de hospitalização do Hospital Regional de Patos e de Unidade Mista de Alagoa Grande, 1966.

Classificação de danos e demanda	% de altas	
	Patos	A. Grande
Parte sem menção de complicação	31.8	37.6
Complicações da gravidez, parto e puerpério	20.2	16.2
Acidentes, envenenamentos e violências	12.6	7.7
As demais doenças infecciosas e parasitárias	6.3	2.9
Tumores	4.0	1.7
Apendicectomia	3.7	2.1
Cesariana	3.7	0.2
Sarampo	3.5	0.0
Colecistectomia	2.7	1.6
Estados mal definidos	2.6	1.3
Tôdas as demais causas	8.9	28.7

No que se refere à consulta odontológica, em Alagoa Grande, para efeito de comparação foi considerada apenas a parcela de serviços atribuída a tratamento radical, equivalente a 10% das horas contratadas.

Grau de utilização. A percentagem de ocupação dos leitos hospitalares em Patos foi, em 1966, da ordem de 53%, enquanto na Unidade Mista de A. Grande foi de 62% dos leitos disponíveis.

Tempo médio de permanência. O tempo médio de permanência no Hospital Regional de Patos, em 1966, foi de 3.8 dias. Em Alagoa Grande foi de 6.6 dias. Os dados de Patos, que se distanciam muito dos resultados esperados para hospitais gerais ou cirúrgicos, qualquer que seja a categoria, nacional ou estrangeira, devem ser analisados em face da demanda efetiva. Assim, verifica-se que a soma dos casos obstétricos, dos acidentes e envenenamentos, apendicectomias e colecistectomias perfaz um total de 74.7% dos pacientes internados. Sabe-se que é muito curta a permanência dos doentes desse grupo. Por outro lado, quase não se deu atendimento hospitalar aos casos de pediatria.

Mortalidade hospitalar. A mortalidade no Hospital Regional de Patos foi estimada em 1.8% e a de Alagoa Grande em 5.6%. Os

QUADRO 13—Rendimento das horas contratadas de médicos, dentistas e vacinadores do Hospital de Patos e da Unidade Mista de Alagoa Grande, 1966.

Categoria funcional	Nº de atendimentos por hora contratada	
	Patos	A. Grande
Médicos	1.2	5.4
Dentistas	4.6	5.2
Vacinadores	9.0	18.4

mesmos fatores mencionados no item anterior devem ter influenciado para esses resultados, sobretudo os relacionados com os critérios de admissão e alta.

Laboratório. No Hospital de Patos não funciona laboratório de análise clínica como serviço complementar de diagnóstico. Os pensionistas se valem de serviços profissionais particulares.

Farmácia. Ao contrário do que acontece em Alagoa Grande, em Patos os pacientes atendidos no ambulatório do hospital não recebem medicamento, sendo este fornecido apenas para os hospitalizados.

Imunizações. Em Patos há completa ausência de supervisão técnica e administrativa para o trabalho de medicina preventiva. Não existe nem mesmo registro sistemático das atividades para efeito de avaliação.

Atividades de saneamento. Em Patos não se realizaram inspeções de saneamento nem qualquer outra atividade do setor, não obstante a disponibilidade de pessoal auxiliar específico.

Doenças transmissíveis. Não há notificação nem registro de doenças transmissíveis em Patos.

Estatística de saúde. Não há, em Patos, coleta e registro de dados de estatística de saúde.

Pôsto do ex-SAMDU

O Pôsto do extinto Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência foi incorporado ao sistema assistencial do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O INPS dispõe ainda de um consultório na sede da sua agência, com uma lotação de 3 médicos, exclusivamente para a realização de perícias médicas para fins de concessão de benefício por incapacidade.

O Pôsto do ex-SAMDU funciona com uma área construída de 188 metros quadrados, contando com uma sala para consulta e dois leitos para repouso de doentes.

O quadro de pessoal é constituído de 19 servidores, sendo 7 médicos, 4 auxiliares de serviço médico, 6 motoristas, 1 escrivão e 1 servente.

As despesas realizadas destinaram-se 82.4% para pessoal e 17.6% para material.

As horas contratadas somaram: médicos 7,000; administrativo 1,510; pessoal auxiliar

de enfermagem 6,720; outros 6,720; serviços 3,360, com um total geral de 25,310 horas.

O rendimento dessas horas, em média, foi de 0.7 paciente por hora no consultório e de 0.3 a domicílio.

A produção constou de 25,875 consultas, sendo 96.2% no próprio pôsto e 3.2% a domicílio.

Demanda global

Para efeito de programação a demanda global do Município de Patos foi definida pela demanda consolidada do Hospital Regional e do Pôsto de ex-SAMDU (quadro 14).

Recomendações

Por ser evidentemente insatisfatórios a estrutura e o funcionamento do setor saúde no Município de Patos, recomenda-se a introdução de numerosas alterações, entre as quais:

1) Concentrar tôdas as atividades do setor saúde do município, no Hospital Regional, transformando-o em Unidade Mista, sob comando único, com atuação regional, destinada a desenvolver programas de proteção e recuperação da saúde, sem discriminar atividades de medicina preventiva e curativa.

2) Criar o Centro Executivo Regional, com a lotação mínima de um médico sanitário, uma enfermeira, um inspetor de saneamento, com atividade de supervisão técnica e administrativa, inclusive de suprimento de material, para tôdas as unidades da região.

3) Transferir para o Hospital Regional os recursos materiais e humanos, ora empregados no pôsto do ex-SAMDU e nos postos mantidos pela Prefeitura.

4) Criar, no Hospital Regional, um serviço de pediatria, com enfermaria e ambulatório especializados, prevendo-se o atendimento de emergência para os casos

QUADRO 14—Demanda consolidada do Hospital Regional e do Pôsto do ex-SAMDU, Patos, 1966.

Classificação de doenças	Consultas		Hospitalização	
	Nº	%	Altas	Dias de permanência
Respiratórias agudas	4,597	24.0	60	341
Tôdas as demais	3,750	19.5	469	2,258
Transmissão de origem hídrica e/ou por alimentos	2,456	12.8	64	230
As demais infecciosas e parasitárias	2,271	11.8	196	1,141
Estados mal definidos	2,123	11.1	81	426
Acidentes, envenenamentos, violências	1,297	6.8	392	1,814
Doenças cardiovasculares degenerativas	1,061	5.5	60	413
Complicações da gravidez, parto e puerpério	524	2.7	647	1,516
Tuberculose, tôdas as suas formas	281	1.5	—	—
Tumores	253	1.3	124	779
Doenças mentais	106	0.6	—	—
Coqueluche	89	0.5	—	—
Doenças dentais	84	0.4	—	—
Doenças venéreas	80	0.4	—	—
Difteria	53	0.3	4	47
Sarampo	49	0.3	—	—
Causas perinatais e anomalia congênita	40	0.2	—	—
Sem diagnóstico	26	0.1	38	77
Outras	15	0.1	—	—
Doença de Chagas	13	0.1	—	—
Variola	4	0.0	—	—
Parto sem menção de complicação	—	—	1,064	3,192
Total	19,172	100.0	3,199	12,234

de diarréia infecciosa, responsável por grande proporção de óbitos.

5) Organizar um serviço de assistência médico-sanitária à gestante, visando a reduzir o número de casos de complicações da gravidez, parto e puerpério.

6) Intensificar e racionalizar os programas de imunização visando aos grupos mais suscetíveis, com a fixação de normas técnicas, adequada e contínua supervisão, bem como o registro sistemático das atividades.

7) Execução de programas de saneamento do meio, procurando atingir, principalmente, as áreas ainda não beneficiadas.

8) Ampliação das atividades de atendimento de ambulatório, incrementando o número de consultórios e as horas de funcionamento dos mesmos.

9) Organização e funcionamento de um laboratório de análises clínicas, para atender aos pacientes externos e aos indigentes hospitalizados.

10) Estender os benefícios da farmácia

do Hospital Regional também aos atendidos no ambulatório.

11) Organização de um arquivo médico, central, com ficha única, para registro dos pacientes internos e externos, com a finalidade de reunir informações capazes de permitir a avaliação das atividades assistenciais.

12) Realização de um programa de treinamento de pessoal auxiliar, bem como admissão do pessoal qualificado, de nível profissional.

13) Modificação dos critérios de hospitalização, proporcionando maior oportunidade de internação ao grupo de 0-4 anos de idade, que participa com 75% do obituário e que em 1966 representou apenas 1% do total de pacientes internados.

14) Implantação de um programa de suplementação alimentar para o grupo de 0-4 anos de idade, sem excluir a possibilidade de beneficiar por igual aos escolares.

15) Reformular o programa de assistência

odontológica, dando prioridade ao escolar na idade compreendida entre 6 e 14 anos.

16) Realizar obras de engenharia no Hospital Regional, bem como dotá-lo de melhor equipamento fixo, de modo a permitir:

a) o funcionamento do Centro Executivo Regional;

b) entrada única para pacientes, ligada ao setor de atendimento externo, com fácil acesso e entrosamento a todas as áreas de serviço;

c) uma entrada separada de emergência;

d) aumentar a quantidade de leitos para pensionistas, visando à elevação dos recursos próprios para permitir melhor prestação da assistência aos indigentes;

e) melhorar as condições de conforto para todo o pessoal ocupado nas atividades hospitalares;

f) melhorar as condições e capacidade de produção da lavanderia e da cozinha;

g) concentrar as atividades cirúrgicas e obstétricas e o preparo de material num centro cirúrgico-obstétrico.

17) Complementar a remuneração do pessoal auxiliar, através dos recursos obtidos com a internação de pensionistas.

18) A fim de permitir um melhor conhecimento das condições de saúde, assim como a sua avaliação periódica, torna-se indispensável introduzir como atividade básica da unidade sanitária o registro sistemático de dados de bioestatística (nascimento e óbitos), bem como a notificação e o registro das doenças transmissíveis ocorridas na área.

Programação

Para fins programáticos as doenças podem ser divididas em dois grandes grupos:

Reduzíveis. Aquelas para cujo controle se dispõe de recursos específicos de prevenção ou assistenciais, que, quando usados adequadamente, permitem diminuir sua incidência.

Estão incluídas neste grupo as infecções de origem hídrica (entre as quais se destacam as diarreias), a difteria, a coqueluche o tétano, a varíola, a tuberculose e as compli-

cações da gestação, do parto e do puerpério. Inclui ainda a atividade de assistência a gestantes sadias, desenvolvida especificamente para prevenir complicações, além de condicionar as ações preventivas a serem desenvolvidas com o grupo materno-infantil.

Para as doenças reduzíveis as ações de saúde compreendem as seguintes atividades básicas: consulta médica, hospitalização, vacinação, visitação e saneamento básico, utilizadas diferentemente em cada caso, conforme critérios previamente estabelecidos.

Não reduzíveis. Todas aquelas para cujo controle não se conhece ou não se dispõe de tecnologia específica, ou quando essa tecnologia ainda não é utilizada em larga escala.

Abrange todas as doenças não incluídas no primeiro grupo.

Política de saúde

Diante da problemática de saúde e em face da disponibilidade de recursos destinados ao setor, o planejamento considera duas hipóteses básicas:

Alternativa mínima. Consiste em manter a política de satisfazer a demanda, sem pretender influir nas taxas de mortalidade e de morbidade, com programa para cinco anos, para as doenças reduzíveis e não reduzíveis.

Alternativa máxima. Implica em introduzir modificações na política de saúde de modo a influir favoravelmente no nível de saúde, oferecendo o máximo de proteção através de ampliação progressiva do atendimento.

Quantificação dos recursos

Com fundamento nas ações que se fizerem necessárias e nas normas recomendadas para cada tipo de atividade, estima-se a quantidade de recursos (leitos-dia, horas-médico, horas-vacinador e horas-visitador), com relação à alternativa mínima e à alternativa máxima, relacionando-os aos recursos disponíveis (quadro 15).

QUADRO 15—Balancete dos recursos.

Ano	Recursos	Disponíveis		Requeridos para o Plano Mínimo		Balancete		Requeridos para o plano máximo		Balancete	
		Nº	NCr\$	Nº	NCr\$	Nº	NCr\$	Nº	NCr\$	Nº	NCr\$
1968	Leitos-Dias	22,995	76,113	12,987	42,988	+10,008	+33,125	14,558	48,179	+8,437	+27,934
	Horas-Médicas	4,788	6,703	3,698	5,177	+1,090	+1,526	3,933	5,506	+855	+1,197
	Horas-Vacinador	3,360	2,352	1,236	865	+2,124	+1,487	1,329	931	+2,031	+1,421
	Horas-Visitador	—	—	1,538	1,569	-1,538	-1,569	1,733	1,768	-1,733	-1,768
	Total		85,168		50,599		+34,569		56,384		+28,784
1969	Leitos-Dias	22,995	76,113	13,589	44,979	+9,406	+31,134	15,054	49,829	+7,941	+26,284
	Horas-Médicas	4,788	6,703	3,835	5,369	+953	+1,334	4,026	5,635	+762	+1,068
	Horas-Vacinador	3,360	2,352	1,260	882	+2,100	+1,470	1,571	1,100	+1,789	+1,252
	Horas-Visitador	—	—	1,750	1,785	-1,750	-1,785	1,776	1,810	-1,776	-1,810
	Total		85,168		53,024		+33,938		58,374		26,794
1970	Leitos-Dias	22,995	76,113	14,118	46,730	+8,877	+29,383	15,470	51,202	+7,525	+24,911
	Horas-Médicas	4,788	6,703	3,942	5,518	+846	+1,185	4,161	5,825	+627	+878
	Horas-Vacinador	3,360	2,352	1,287	900	+1,287	+1,452	1,929	1,350	+423	+1,002
	Horas-Visitador	—	—	1,926	1,965	-1,926	-1,965	1,901	1,939	-1,901	-1,939
	Total		85,168		55,113		+30,055		60,346		+24,852
1971	Leitos-Dias	22,995	76,113	14,768	48,883	+8,227	+27,230	15,632	51,741	+7,363	+24,372
	Horas-Médicas	4,788	6,703	4,114	5,761	+674	+942	4,256	5,959	+532	+744
	Horas-Vacinador	3,360	2,352	1,312	919	+2,048	+1,433	2,257	1,579	+1,103	+773
	Horas-Visitador	—	—	2,209	2,243	-2,209	-2,243	1,960	1,998	-1,960	-1,998
	Total		85,168		57,806		+27,362		61,290		+23,891
1972	Leitos-Dia	22,995	76,113	15,409	51,006	+7,586	+25,107	15,913	52,678	+7,082	+23,435
	Horas-Médicas	4,788	6,703	4,257	5,960	+531	+743	4,394	6,062	+394	+641
	Horas-Vacinador	3,360	2,352	1,328	935	+2,032	+1,417	2,623	1,836	+729	+516
	Horas-Visitador	—	—	2,434	2,503	-2,434	-2,503	2,099	2,140	-2,099	-2,140
	Total		85,168		60,404		+24,764		62,805		+22,452

Conclusões

A utilização das metodologias de programação local e de programação de setor público, preconizadas pela Organização Pan Americana da Saúde, em área programática do Nordeste brasileiro, permite as seguintes conclusões:

1) Não obstante a reconhecida precariedade do sistema estatístico em áreas subdesenvolvidas, a experiência demonstrou a possibilidade de obtenção da maioria das informações necessárias ao planejamento de saúde.

2) As técnicas tornam possível um diagnóstico preciso da situação de saúde, quantificando os problemas e recursos do setor, para efeito de programação.

3) Os resultados obtidos recomendam a utilização das técnicas com maior amplitude como instrumento válido para melhor utilização dos recursos materiais e humanos, em função do prognóstico da situação de saúde.

Resumo

Como subsídio ao programa de coordenação das atividades de proteção e recuperação do Ministério da Saúde, foi realizado um trabalho de planejamento tendo como área programática um município da região do Nordeste brasileiro.

Foram utilizadas, para êsse efeito, duas técnicas metodológicas preconizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde: a de programação local e a de programação do setor público.

Para melhor avaliação do problema analisado foi feito idêntico estudo em outro município da mesma região, onde funciona unidade mista operada pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública.

Depois de quantificados os problemas de saúde da área e os recursos materiais e humanos do setor, foi feita a programação para o período 1968/1972.

Os resultados permitem concluir que as

técnicas podem ser empregadas mesmo em áreas subdesenvolvidas, recomendando-se a sua prática como instrumento válido para

melhor utilização dos recursos do setor saúde, em função das necessidades e de acôrdo com as possibilidades.

Planificación en salud en una zona programática del Brasil (*Resumen*)

Para facilitar la realización del programa de coordinación de las actividades de protección y recuperación de la salud del Ministerio de Salud, se llevó a cabo un trabajo de planificación, en el que sirvió de zona programática un municipio de la región Nordeste del Brasil.

Se utilizaron, a este fin, dos técnicas metodológicas recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud: la de programación local y la de programación del sector público.

Para mejorar la evaluación del problema analizado, se efectuó un estudio idéntico en otro municipio de la misma región, en el que fun-

ciona una unidad mixta dependiente de la Fundación del Servicio Especial de Salud Pública.

Una vez cuantificados los problemas de salud de la zona, así como los recursos materiales y humanos del sector, se procedió a la programación correspondiente al período 1968-1972.

De los resultados obtenidos se infiere que las técnicas pueden aplicarse incluso en zonas en desarrollo, por lo cual se recomienda su aplicación como medio valioso de aprovechar mejor los recursos del sector salud, en función de las necesidades y conforme a las posibilidades.

Health Planning Study in a Programming Area in Brazil (*Summary*)

As a contribution to the coordination of the health protection and recovery activities of the Ministry of Health a planning study was made in a county of the northeastern region of Brazil, chosen as the programming and priority area.

In this work the methods of local and public sector programming recommended by the Pan American Health Organization were used.

For a better evaluation of the problem under consideration, a similar study was made in another country of the same region where FSESP

operates a hospital-health center unit.

After the identification and appraisal of the health problems and the human and material resources of the area a program of activities for the period 1968-1972 was prepared.

The results obtained indicate that these methods can be used in underdeveloped areas and that they represent a valuable tool for improving the utilization of the available health resources, according to the needs and possibilities of such areas.

Planification de la santé dans une localité du Brésil (*Résumé*)

Pour renforcer le programme de coordination des activités de protection et de rétablissement du ministère de la Santé, on a entrepris un travail de planification en choisissant, dans le cadre du programme, une ville de la région du nord-est du Brésil.

Deux méthodes préconisées par l'Organisation panaméricaine de la Santé ont été utilisées à cette fin: un programme local et un programme du secteur public.

Pour une meilleure évaluation du problème analysé, une étude analogue a été effectuée dans une autre ville de la même région où fonctionne une section mixte dirigée par la

Fondation du service spécial de la santé publique.

Après avoir quantifié les problèmes sanitaires de la localité et les ressources matérielles et humaines du secteur, on a établi un programme pour la période 1968-1972.

Les résultats permettent de conclure que les méthodes peuvent être appliquées même dans les zones sous-développées, et leur mise en oeuvre est recommandée comme instrument valable pour une meilleure utilisation des ressources du secteur santé en fonction des nécessités et en tenant compte des possibilités.