



IPARDES

fundação édison vieira INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL

AS PRIORIDADES SOCIAIS E AS RESTRI-
ÇÕES FINANCEIRAS: O CASO DO PARANÁ
CARÊNCIAS SOCIAIS E REQUISITOS FINANCEIROS
VOLUME 2

CURITIBA

SETEMBRO/1984

I59p

IPARDES - Fundação Edison Vieira.

As prioridades sociais e as restrições financeiras: o caso do Paraná. Curitiba, 1984.
2v.

1.Gastos públicos-Metodologia-Paraná. 2.Gastos sociais-Metodologia-Paraná. I.Título.

CDU 336.645:001.8 (816.2)

SUMÁRIO

VOLUME 1

INTRODUÇÃO.....	1
1 O PARANÁ NA DÉCADA DE 70: TRANSFORMAÇÕES ECONÔMICAS E CARENCIAS SOCIAIS.....	7
2 O AJUSTAMENTO A UMA NOVA REALIDADE: EX- PECTATIVA PARA OS ANOS 80.....	25
3 OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E REQUISITOS FI- NANCEIROS.....	32
4 REQUISITOS FINANCEIROS E DISPONIBILIDADE DE RECURSOS.....	39
ANEXO.....	55

VOLUME 2 - CARENCIAS SOCIAIS E REQUISITOS FINANCEIROS

LISTA DE TABELAS.....	
PARTE 1 - ROTEIRO METODOLÓGICO.....	57
1 SITUAÇÃO ATUAL.....	58
1.1 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO.....	60
1.2 CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO.....	63
1.3 REQUISITOS FINANCEIROS.....	66
2 PERSPECTIVAS: TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFI- CAS E DEMANDAS SOCIAIS.....	70
3 RELAÇÃO DAS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS.....	81
3.1 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO, ATENDIMENTO EFETIVO E NECESSIDADES POTENCIAIS.....	81
3.1.1 Educação.....	81

3.1.2	Saúde.....	82
3.1.3	Habitação e Saneamento.....	83
3.2	CUSTOS DE EXPANSÃO E DE MANUTENÇÃO.....	84
3.2.1	Educação e Saúde.....	84
3.2.2	Habitação e Saneamento.....	85
PARTE 2 - ESTIMATIVAS PARA O PARANÁ.....		87
1	HABITAÇÃO.....	88
1.1	SITUAÇÃO ATUAL.....	88
1.1.1	Déficit Habitacional.....	90
1.1.2	Funcionamento das Políticas Habita- cionais.....	104
1.2	PERSPECTIVAS PARA 1990.....	108
1.3	REQUISITOS FINANCEIROS.....	111
2	SANEAMENTO.....	115
2.1	SITUAÇÃO ATUAL.....	115
2.2	PERSPECTIVAS PARA 1990.....	120
2.3	REQUISITOS FINANCEIROS.....	124
3	EDUCAÇÃO.....	129
3.1	SITUAÇÃO ATUAL.....	129
3.1.1	Clientela Potencial.....	129
3.1.2	Matrículas.....	130
3.1.3	Capacidade de Atendimento.....	131
3.1.4	Evasão e Reprovação.....	133
3.1.5	Grau de Cobertura.....	135
3.1.6	Zona Urbana.....	135
3.1.6.1	Clientela Potencial.....	135
3.1.6.2	Matrículas.....	137
3.1.6.3	Capacidade de Atendimento.....	137
3.1.6.4	Evasão e Reprovação.....	140

3.1.6.5	Grau de Cobertura.....	141
3.1.7	Zona Rural.....	141
3.1.7.1	Clientela Potencial.....	141
3.1.7.2	Matrículas.....	143
3.1.7.3	Capacidade de Atendimento.....	143
3.1.7.4	Evasão e Reprovação.....	144
3.1.7.5	Grau de Cobertura.....	146
3.1.8	Conclusão.....	146
3.2	PERSPECTIVAS PARA 1990.....	148
3.2.1	Clientela Potencial.....	148
3.2.2	Zona Urbana.....	148
3.2.3	Zona Rural.....	150
3.2.4	Conclusão.....	151
3.3	REQUISITOS FINANCEIROS.....	152
3.3.1	Custos.....	152
3.3.2	Alternativas para Redução de Custos.....	154
4	SAÚDE.....	156
4.1	SITUAÇÃO ATUAL.....	156
4.1.1	Ações Básicas de Saúde.....	156
4.1.2	Internações.....	167
4.1.3	Recursos Humanos em Saúde.....	168
4.1.4	Capacidade Física Instalada.....	170
4.1.4.1	Estabelecimentos de Saúde.....	170
4.1.4.2	Leitos Hospitalares.....	175
4.1.5	Conclusão.....	177
4.2	PERSPECTIVAS PARA 1990.....	182
4.2.1	Ações Básicas de Saúde.....	182
4.2.2	Internações.....	183
4.2.3	Recursos Humanos em Saúde.....	184

4.2.4	Estrutura Física.....	184
4.2.4.1	Estabelecimentos de Saúde.....	184
4.2.4.2	Leitos Hospitalares.....	185
4.2.5	Conclusão.....	186
4.3	REQUISITOS FINANCEIROS.....	186
4.3.1	Ações Básicas de Saúde.....	186
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	190

LISTA DE TABELAS

1 - Unidades habitacionais produzidas ou em produção, no Paraná - ago./1964 a 1983.....	90
2 - Necessidade de domicílios para atender às famílias que não os possuem, no Paraná - 1980.....	93
3 - Déficit habitacional absoluto, no Paraná - 1980.....	94
4 - Adequação das condições domiciliares quanto à durabilidade dos materiais de construção, segundo número de moradores, no Paraná - 1980.....	95
5 - Domicílios particulares, segundo a densidade, por cômodo e dormitório, no Paraná - 1980.....	97
6 - Domicílios com renda mensal domiciliar de mais de 1 a 5 salários mínimos, segundo a densidade por cômodo e dormitório, no Paraná - 1980.....	98
7 - Domicílios com renda mensal domiciliar até 1 salário mínimo, segundo a densidade por cômodo e dormitório, no Paraná - 1980.....	99
8 - Déficit habitacional relativo à densidade domiciliar, no Paraná - 1980.....	99
9 - Déficit habitacional relativo à propriedade dos domicílios, no Paraná - 1980.....	102
10 - Indicadores do déficit habitacional, segundo faixas de renda, no Paraná - 1980.....	103
11 - Estimativa de número de domicílios, no Paraná - 1990.....	108
12 - Recursos para programas habitacionais, segundo fontes (COHAPAR), no Paraná - 1980-83.....	112
13 - Modalidade de abastecimento de água e instalações sanitárias na zona urbana, no Paraná - 1980.....	115
14 - População urbana atendida em serviços de água e esgoto, segundo concessionárias, no Paraná - 1980-82.....	117

15 - Proporção de domicílios urbanos atendidos pela rede geral de água e esgoto, segundo faixas de renda, no Paraná - 1980.....	118
16 - Adequação dos domicílios urbanos quanto às instalações de água e esgoto, no Paraná - 1980.....	120
17 - Ligações residenciais de água e esgoto efetuadas, no Paraná - 1981-83.....	121
18 - Estimativa da carência potencial, no Paraná - 1990.....	121
19 - Estimativa da carência potencial, no Paraná - 1990.....	122
20 - Estimativa da carência potencial, no Paraná - 1990.....	124
21 - Requisitos financeiros para programas de saneamento e habitação, no Paraná - 1990.....	127
22 - Necessidade anual de recursos operacionais para água e esgoto, no Paraná.....	128
23 - Taxa de escolarização de 1º grau, no Paraná - 1980.....	132
24 - Salas de aula da zona urbana e acréscimo de salas de aula, em número e área, na rede estadual de ensino, no Paraná - 1979-84.....	132
25 - Número de estabelecimentos e salas de aula na zona rural, no Paraná - 1979-80.....	132
26 - Taxa de evasão, por dependências administrativas, segundo as séries do 1º grau, no Paraná - 1980.....	134
27 - Evolução da matrícula inicial, por séries do 1º grau, no Paraná - 1972-82.....	134
28 - Taxa de reprovação, por dependências administrativas, segundo as séries do 1º grau, no Paraná - 1980.....	134
29 - Número de matrículas, por idade e série, e taxa de escolarização do 1º grau, na zona urbana, no Paraná - 1980.....	136
30 - Pessoal docente, técnico e administrativo nos estabelecimentos de ensino de 1º grau, por dependência administrativa, no Paraná - 1980.....	139

31 - Número de matrículas, por idade e série, e taxa de escolarização do 1º grau, na zona rural, no Paraná - 1980.....	142
32 - Gastos de custeio nos estabelecimentos de ensino da rede estadual, segundo grau de ensino e localização, no Paraná - 1984.....	153
33 - Relação entre o número potencial de consultas possíveis de serem ofertadas e aquelas efetivamente ofertadas, no Paraná - 1981.....	157
34 - Pessoas que utilizam serviços de saúde, no período de referência de 1 mês, por número de consultas médicas, segundo as classes de rendimento mensal familiar, no Paraná - 1981.....	158
35 - Relação entre as pessoas que utilizaram serviços de saúde e a população, segundo classes de rendimento, no Paraná - 1980-81.....	159
36 - Relação entre o número potencial de consultas de atendimento materno-infantil e aquelas efetivamente ofertadas, no Paraná - 1981.....	160
37 - Mulheres que tiveram filhos ou estiveram grávidas, no período de referência de 12 meses, por atendimento pré-natal, segundo as classes de rendimento mensal familiar, no Paraná - 1981.....	162
38 - Relação entre o número potencial de consultas odontológicas possíveis de serem ofertadas e aquelas efetivamente realizadas, no Paraná - 1981.....	162
39 - Pessoas que tiveram atendimento dentário, no período de referência de 12 meses, por tipo de atendimento, segundo as classes de rendimento mensal familiar, no Paraná - 1981.....	163
40 - Relação entre número potencial de crianças de menos de um ano a serem imunizadas e aquelas efetivamente imunizadas, por tipo de vacina, no Paraná - 1981.....	164
41 - Pessoas de até 5 anos, por recebimento de vacinas, segundo as classes de rendimento mensal familiar no Paraná - 1981.....	166

42 - Pessoas que estiveram hospitalizadas, no período de referência de 12 meses, segundo a condição de utilização de hospital na última internação, no Paraná - 1981.....	167
43 - Relação entre o número potencial de profissionais em saúde e aqueles em atividade, nos estabelecimentos públicos e particulares, no Paraná - 1979.....	168
44 - Pessoal em atividade no serviço de saúde pública, segundo tipo de estabelecimentos, no Paraná - 1984.....	169
45 - Número e tipo de estabelecimentos de saúde, segundo a entidade mantenedora, no Paraná - 1981-82.....	172
46 - Número e tipo de estabelecimentos de saúde mantidos pelo Governo do Estado - 1981.....	173
47 - Capacidade de atendimento/ano das unidades sanitárias, segundo os principais tipos de atendimento, no Paraná - 1981.....	173
48 - Estrutura de pessoal necessário para atuar nas unidades sanitárias do Estado - 1981.....	174
49 - Pessoas que utilizaram serviços de saúde, no período de referência de 1 mês, por tipo de estabelecimento procurado, segundo as classes de rendimento mensal familiar, no Paraná - 1981.....	177
50 - Pessoas que utilizaram serviços de saúde da rede privada, no período de referência de 1 mês, por condição de utilização do serviço, segundo as classes de rendimentos mensal familiar, no Paraná - 1981.....	179
51 - Número necessário de consultas a serem ofertadas, no Paraná - 1990.....	183
52 - Número necessário de consultas de atendimento materno-infantil a serem ofertadas, no Paraná - 1990.....	183
53 - Número necessário de profissionais em saúde, no Paraná - 1990.....	184

54 - Distribuição do atendimento médico e odontológico potencial, por unidade sanitária, no Paraná - 1990.....	185
55 - Custos unitários para implantação e manutenção das unidades sanitárias, no Paraná.....	187

PARTE 1 - ROTEIRO METODOLÓGICO

1 SITUAÇÃO ATUAL

A determinação das carências (dívida social acumulada) é uma tarefa que envolve um alto grau de arbítrio. Trata-se de utilizar indicadores sociais existentes para avaliar a distância entre os valores observados e padrões considerados socialmente aceitáveis. Qualquer que seja o critério adotado para a seleção dos padrões a serem utilizados na comparação - médias internacionais, opiniões de especialistas, requerimentos biológicos - não há como fugir a juízos de valor que provocam contravérsia. A própria utilização de padrões, e não só o método de fixá-los, já é uma manifestação de arbitrariedade, uma vez que significa sobrepor o julgamento dos planejadores à livre manifestação das preferências da coletividade.

O reconhecimento das limitações é importante para que se abandone, de início, a busca da forma mais apropriada para a quantificação das carências sociais. Não há qualquer pretensão de analisar exaustivamente a literatura sobre métodos alternativos para a avaliação de níveis de desenvolvimento social (em um país ou uma região), nem de fixar critérios que possam ser universalmente aceitos. Em qualquer caso, será importante ajustar a escolha das variáveis a serem utilizadas aos objetivos específicos do projeto e à base de dados existente.

Quanto aos objetivos do projeto, há uma recomendação inicial importante: a de separar os indicadores em dois grupos. No primeiro, devem ser incluídas as variáveis que indicam de-

ficiências na capacidade de atendimento das demandas existentes; no segundo, as que revelam as condições de funcionamento do sistema, no que diz respeito ao cumprimento de objetivos específicos de cada um dos principais programas sociais. Essa distinção, que não é explicitamente efetuada na maioria dos estudos, justifica-se pelo interesse posterior na análise de estratégias alternativas de financiamento. Insuficiências na capacidade de atendimento vão requerer a ampliação dos equipamentos físicos do setor enquanto a solução de problemas de funcionamento depende da melhoria de condições operacionais.

Trata-se, assim, de separar as necessidades de expansão daquelas relativas a uma melhor utilização dos recursos existentes. Como se sabe, as restrições financeiras a uma ampliação na capacidade de atendimento são determinadas pela capacidade de investimentos (supondo que não há ociosidade generalizada no setor), enquanto a correção de problemas de funcionamento requer maiores disponibilidades financeiras para cobrir gastos operacionais. Mais ainda: enquanto os investimentos têm caráter transitório - podem ser distribuídos no tempo em função de maior ou menor disponibilidade de recursos -, os gastos de custeio têm caráter permanente e devem ser preservados, sob pena de serem comprometidos os níveis e a qualidade do atendimento.

Do ponto de vista da origem dos recursos, a distinção anterior chama a atenção para um ponto central na análise de alternativas de financiamento da política social: a necessidade de se buscar um razoável equilíbrio entre as possibilidades de financiar a expansão da capacidade de atendimento e a disponibilidade de recursos destinados ao financiamento dos custos

operacionais. Se os limites financeiros à expansão podem ser contornados através de empréstimos, transferências e/ou doativos, eles são mais rígidos quando se trata de custear a manutenção das atividades existentes. O financiamento dos custos de manutenção requer fontes estáveis e razoavelmente protegidas da erosão inflacionária, sejam elas provenientes de extração compulsória de recursos da sociedade pelo Governo (tributação) ou da mobilização voluntária das próprias comunidades onde o serviço é produzido.

1.1 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

O conceito de capacidade de atendimento refere-se, mais diretamente, aos programas sociais que se caracterizam pela produção contínua de serviços utilizados pela população. Os níveis de utilização dos estabelecimentos onde esses serviços são produzidos (escolas, postos de saúde, centros sociais, etc.) submetem-se a limites determinados com base em padrões "normais" de funcionamento. É claro que esses limites variam com a especificação dos estabelecimentos, seu tamanho (área construída) e intensidade de uso (turnos de operação). Em qualquer caso, entretanto, a sobreutilização provoca congestionamento, que reduz a qualidade do atendimento, enquanto a subutilização representa desperdícios e perdas de eficiência operacional.

O critério a ser adotado para a quantificação da capacidade de atendimento deve tomar por base as especificações técnicas dos estabelecimentos existentes. De modo geral, os órgãos técnicos de planejamento setorial trabalham com alguns projetos alternativos que procuram relacionar o tipo de estabelecimento às características da população a ser atendida.

Esses projetos levam em conta não só o tamanho da unidade (área construída), mas também a natureza dos equipamentos e os recursos humanos necessários, tendo em vista que as funções a serem desempenhadas pelas distintas unidades tornam-se mais complexas com o aumento no tamanho das cidades.

Nos estabelecimentos que desempenham uma única função (ensino básico e internações hospitalares, por exemplo) e onde a ocupação do espaço físico é exclusiva durante um determinado período de tempo, a noção de capacidade de atendimento pode ser mais facilmente traduzida em números: matrículas por sala e internações por leito, respectivamente. Nos estabelecimentos que desempenham múltiplas funções (postos de saúde e centros sociais urbanos, por exemplo) e onde o mesmo espaço pode ser simultaneamente ocupado para atividades distintas é necessário recorrer a estimativas mais gerais. Nesse caso, o que se propõe é a identificação das atividades predominantes e a utilização de parâmetros técnicos (fornecidos por especialistas) para se estipular a quantidade possível de atendimento/ano para cada espécie de estabelecimento.

No caso dos programas de saneamento básico, o conceito de capacidade de atendimento apresenta algumas peculiaridades. O abastecimento de água e o recolhimento do esgoto são atividades cuja produção desdobra-se em fases que obedecem a uma seqüência definida: captação, armazenagem, tratamento, adução e distribuição (água); recolhimento, tratamento e deposição (esgoto). Embora a perfeita caracterização dessas fases e o seu integral cumprimento dependam da escala do serviço e da tecnologia adotada, é importante reconhecer que a indivisibilidade na produção dificulta a escolha de indicadores representativos

da capacidade de atendimento. Em tese, a capacidade do reservatório estabelece um limite superior ao abastecimento de água, conhecidos os níveis médios de consumo por habitante. Entretanto, como o consumo médio deve variar de modo significativo em função do tipo de cidade, das características populacionais e da própria rede de distribuição existente, a utilização de dados agregados sobre o volume de água armazenado para distribuição não constitui uma medida apropriada. Ademais, como o sistema destina-se a atender simultaneamente a demandas residenciais e não-residenciais, seria necessário dispor de informações detalhadas sobre a estrutura de consumo para cada uma das aglomerações urbanas atendidas por um sistema próprio de abastecimento.

Há ainda que se considerar a influência de condições naturais - hidrografia, relevo, etc. - que afetam sobremaneira os requisitos e os custos financeiros relativos a uma dada capacidade de atendimento. A relação entre as opções técnicas possíveis e as condições do espaço geográfico onde elas devem ser aplicadas impede a utilização de médias globais para fins de projeção financeira dos requisitos de ampliação na capacidade de atendimento. A regionalização do indicador é, nesse caso, indispensável para assegurar maior confiabilidade das estimativas.

A rigor, a informação que se está buscando refere-se ao número possível de ligações residenciais para cada um dos sistemas de água e esgoto em operação no Estado, dadas a capacidade técnica e a estrutura da demanda. A comparação entre as ligações possíveis e as existentes daria a medida do grau de utilização da capacidade física de atendimento.

Hã, portanto, duas medidas bãsicas para a anãlise das necessidades de expansãõ, tendo em vista a posterior traduãõ dessas necessidades em requisitos financeiros: a capacidade fãisica instalada e os respectivos nãiveis de utilizaãõ. Tanto a ocorrãncia de subutilizaãõ quanto a situaãõ oposta de congestionamento irãõ requerer uma posterior anãlise das condiãões de funcionamento dos programas em questãõ.

Por razões jã mencionadas, os programas habitacionais desenvolvidos pelo Governo brasileiro nãõ podem ser analisados ã luz dos critãrios anteriormente discutidos, uma vez que nãõ hã uma produãõ contãnuia de serviãos postos ã disposiãõ da comunidade (poderia ser o caso se o Governo mantivesse um programa de construãõ de habitaãões pãblicas para aluguel, a preãos reais ou subsidiados, ã populaãõ). Nesse caso, os limites tãcnicos ã satisfaãõ das necessidades de moradia referem-se ao setor produtivo (indãustria da construãõ civil) e ao espaãõ fãisico (disponibilidade de áreas urbanas apropriadas). É bom lembrar, entretanto, que a nãõ-consideraãõ desses limites na programaãõ de metas habitacionais pode dificultar a sua prõpria realizaãõ pela elevaãõ de custos provocada por bruscas variaãões na demanda de lotes urbanos e de materiais de construãõ.

1.2 CONDIãõES DE FUNCIONAMENTO

Propõe-se analisar as condiãões de funcionamento sob duas õticas distintas, segundo conceitos comumente utilizados na avaliaãõ de polãiticas pãblicas:

- a) quanto ã efetividade, isto é, o grau em que as metas governamentais e/ou as "necessidades" sociais sãõ

atendidas. A distância entre o padrão desejável e o desempenho efetivo mede a carência respectiva;

- b) quanto à equidade, isto é, o grau de concentração na distribuição dos benefícios sociais por categorias sócio-econômicas da população.

Uma primeira dificuldade a ser enfrentada na escolha dos indicadores a serem utilizados para aferir a efetividade é a identificação da população-alvo de cada um dos programas considerados. Essa, nem sempre é perfeitamente caracterizada. Há programas (como os de ensino básico e vacinação infantil) para os quais a clientela situa-se em faixas etárias bem definidas. Para outros, o corte se dá pela distribuição no espaço - rural, urbano e metropolitano. Além disso, a relação nem sempre é direta, como é o caso dos programas de saneamento, que integram os serviços responsáveis pelo atendimento das necessidades básicas de moradia. Quando a relação é indireta é necessário adotar informações complementares relativas a tamanho da família e densidade de ocupação dos domicílios.

Em qualquer caso, as estimativas da população a ser atendida devem ser feitas para cada uma das regiões do Estado. A partir daí será possível calcular a porcentagem da clientela potencial de cada programa que está sendo atendida pelos serviços mantidos pelo Governo, adotando-se os padrões internacionais e/ou as metas estabelecidas para fins de avaliação. Nos casos em que ocorrer uma significativa diferença entre população atendida e capacidade de atendimento, será possível, ainda, estimar as "melhorias" que poderiam ser alcançadas nos indicadores de efetividade, na hipótese de plena utilização da capacidade existente.

A distribuição da população-alvo segundo as condições sócio-econômicas da família forneceria, ainda, uma informação adicional importante para a avaliação do programa: a referente aos níveis de equidade no atendimento.

As medidas de resultado (output) de cada setor constituem informações indispensáveis à análise das prioridades na alocação dos recursos disponíveis. Não é suficiente conhecer a cobertura do programa com base nos índices de atendimento da clientela potencial. É necessário considerar, ao mesmo tempo, os resultados que estão sendo alcançados, uma vez que a opção entre melhorar o rendimento ou ampliar a cobertura é crucial para a discussão das alternativas de financiamento.

O programa de ensino básico constitui, no Estado do Paraná, o exemplo mais importante. Segundo opinião de especialistas, as prioridades do Estado no setor não estariam na ampliação da capacidade de atendimento (a qual, inclusive, já seria excessiva em algumas regiões) mas sim na redução dos elevados índices de evasão escolar. Isso significa que, de um ponto de vista puramente financeiro, não se trata de aumentar o volume de investimentos, mas sim de assegurar um financiamento ampliado e estável de gastos operacionais. É difícil antecipar um critério geral para a escolha de indicadores que procurem medir o rendimento obtido em cada setor e nem sempre é possível dispor de uma informação tão transparente quanto aquela representada por índices de evasão escolar.

Mais comum são os indicadores que relacionam os recursos aplicados à clientela atendida. O propósito desses indicadores é descrever a situação atual no que diz respeito a recursos humanos e materiais utilizados, seus custos financeiros

e sua relação com a infra-estrutura física disponível. O nível de detalhe necessário varia com a natureza do programa: aqueles que cuidam da produção direta de serviços à população requerem um maior detalhamento, em virtude da importância dos custos operacionais no cálculo dos requisitos financeiros.

Hã duas hipóteses alternativas a serem examinadas a partir do levantamento dos indicadores referentes a recursos aplicados em cada programa: uma, a de que a ocorrência de capacidade ociosa explica-se por uma insuficiente mobilização de recursos - humanos, materiais ou ambos - que pode ou não ter explicações puramente financeiras; outra, a de que recursos insuficientes somem-se à sobreutilização da capacidade, caracterizando uma situação de aguda deterioração dos serviços (a terceira possibilidade - recursos adequados à capacidade de atendimento é descartada por implausível). A caracterização da situação predominante constitui um ponto de partida importante para a elaboração de um programa equilibrado de financiamento.

1.3 REQUISITOS FINANCEIROS

Com freqüência, a ação do Estado no campo social é julgada com base em informações puramente financeiras. O volume de recursos aplicados (em relação à população, ao PIB ou ao total do orçamento) é comparado com informações semelhantes para outros países ou regiões, extraíndo-se, daí, julgamentos sobre a propriedade ou não dos níveis de intervenção governamental.

Ainda que tais comparações sejam úteis para fins descritivos, aquele que tenha se dedicado a estudos dessa natureza conhece suas limitações. Além das dificuldades decorrentes

de diferenças institucionais, organização política, responsabilidades públicas, fatores de conversão monetária, etc. - sobre as quais não se pretende aqui tecer comentários -, há um aspecto que merece ser destacado, por se relacionar diretamente a uma das preocupações centrais deste trabalho. Trata-se de ciclos alternativos de expansão dos investimentos e dos gastos de custeio, cujo desconhecimento dá uma aparência errática às flutuações anuais no total do dispêndio de cada país (ou região) quando se analisam as séries históricas respectivas. A não-coincidência desses ciclos constitui um outro elemento perturbador nas análises de *cross-section* sobre dispêndios sociais.

A utilização de indicadores financeiros é ainda prejudicada por distintos graus de complexidade na organização governamental e na política financeira. A superposição de atribuições e a circulação de fundos entre as várias instituições torna difícil, até mesmo para o planejamento estadual, o conhecimento preciso do montante e da distribuição dos gastos pelas várias modalidades de intervenção. Quanto mais detalhada a informação, maior a possibilidade de erro. A classificação orçamentária e a contabilidade pública não estão preparadas para fornecer dados confiáveis sobre os custos financeiros - de expansão e de manutenção - ao nível de detalhe requerido pelo projeto.

A alternativa disponível é a de trabalhar com estimativas de custo baseadas em coeficientes técnicos de produção, dados os níveis de remuneração vigentes, usando-se o total do dispêndio como variável de controle. Isso significa que não se pretende realizar uma análise dos custos atuais, mas sim estimar os requisitos financeiros associados a diferentes opções

de melhor atendimento das necessidades sociais. Trata-se, portanto, de quantificar as necessidades de recursos (físicos, humanos e materiais) e transformar essas estimativas em necessidades financeiras, com base em níveis de preços conhecidos.

O levantamento da estrutura de custos a partir de projetos técnicos implica aceitar como verdadeiras duas premissas iniciais. Primeiro, uma relativa estabilidade nas relações de produção, isto é, nos coeficientes que relacionam mão-de-obra e materiais necessários à capacidade física de atendimento. Segundo, a ausência de mudanças significativas na relação entre os preços dos fatores mencionados. Ambas as premissas estariam mais próximas da realidade caso o ponto de partida correspondesse a uma situação de adequada utilização de capacidade de atendimento existente. Como essa é uma hipótese pouco provável, os valores reais vão depender dos níveis de subutilização ou de congestionamento do equipamento existente. Além disso, a relação de preço sofre o efeito da política salarial do Governo, que procura resolver dificuldades financeiras pela redução no valor real dos salários pagos pelo setor público.

Hã, portanto, três questões a serem respondidas sucessivamente:

- a) recursos necessários a uma adequada utilização da capacidade existente (na hipótese de que ela seja subutilizada;
- b) recursos necessários para reduzir os níveis de congestionamento (na hipótese de sobreutilização da capacidade física de atendimento);
- c) recursos necessários para assegurar uma expansão equilibrada do setor.

As estruturas de custo, baseadas em projetos técnicos, são sensíveis a diferenças no padrão tecnológico, na escala do empreendimento e nas estruturas salariais; padrões tecnológicos mais sofisticados representam, regra geral, um aumento nos custos de capital em relação aos custos operacionais, assim como o sobredimensionamento na escala de serviço. De outra parte, a responsabilidade pelo programa também influencia os custos em virtude de diferenças salariais. É provável que um mesmo projeto apresente custos mais elevados quando executado pelo Governo Federal em comparação com os custos apresentados pelo Governo Estadual. A localização dos empreendimentos também tem influência uma vez que a média de salários guarda relação positiva com o tamanho da cidade.

O efeito de variações na tecnologia, na escala e na responsabilidade institucional, pode ser aferido com base no levantamento da estrutura de custos para projetos distintos. Nesse caso, a partir de uma estimativa básica calcada na realidade atual poderão ser analisados os efeitos decorrentes da adoção de tecnologias mais simples e da maior responsabilidade de governos locais nos programas de interesse social.

2 PERSPECTIVAS: TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E DEMANDAS SOCIAIS

Para fins de planejamento, é importante não só caracterizar a situação atual, mas também avaliar as perspectivas de evolução. Em sociedades onde ocorrem mudanças significativas nos padrões demográficos, as demandas sociais são constantemente alteradas, exigindo uma maior capacidade de adaptação do poder público. Não obstante, a organização institucional e os padrões de financiamento do setor público nem sempre permitem uma maior flexibilidade no que diz respeito à capacidade de o Estado dar resposta adequada a problemas gerados por mudanças estruturais.

Um dos componentes mais importantes da análise demográfica é o fenômeno da urbanização. A curta transição de uma sociedade agrária a uma sociedade urbana dá mais transparência à pobreza e acelera o ritmo de crescimento das demandas sociais, afetado pelo processo de aculturação. Não se trata de afirmar que a pobreza urbana é mais grave que a rural, mas sim que ela é politicamente mais importante. Além disso, a urbanização passa a exigir soluções coletivas para problemas que têm solução individual nas áreas rurais, como é o caso do saneamento básico (água e esgoto) e do transporte urbano. A desagregação do núcleo familiar e a especulação imobiliária urbana interferem, também, na solução do problema da moradia que passa a exigir uma maior ação estatal.

Não é só o crescimento da população urbana que importa

avaliar, mas também a sua distribuição, uma vez que o tamanho da cidade condiciona as escolhas sobre alternativas de atendimento. Cidades pequenas comportam soluções tecnologicamente mais simples, ainda que nem sempre essas possibilidades sejam devidamente utilizadas. Não são apenas a escala de produção e o componente tecnológico que variam com o tamanho da cidade, mas também a composição do atendimento. Na área de saúde, por exemplo, especialistas apontam a necessidade de se elaborar um plano equilibrado de localização de unidades médico-sanitárias, onde o tipo de unidade deve guardar relação com o número de habitantes, concentrando-se as unidades mais completas nos principais núcleos regionais.

É importante, assim, analisar a dinâmica populacional no que diz respeito às perspectivas de crescimento da população urbana nas principais regiões do Estado, diretamente afetadas pelo processo migratório. No caso específico do Estado do Paraná, o esvaziamento do campo, em decorrência, principalmente, da mudança nos padrões produtivos e fundiários - substituição da produção familiar por culturas agrícolas de exportação - foi acompanhado de uma profunda disparidade nas taxas de crescimento populacional: enquanto a população rural decresceu em termos absolutos na última década e a população total apresentou um crescimento anual de apenas 0,98% a.a., a área metropolitana de Curitiba expandiu-se a uma taxa de 5,8% a.a., praticamente duplicando sua população num curto espaço de dez anos. Por seu turno, rápidas mudanças na distribuição espacial da população revelaram os problemas decorrentes da não-consideração das expectativas demográficas na programação dos investimentos sociais. Em alguns municípios, onde a perda de po-

pulação foi mais elevada, encontram-se escolas fechadas por absoluta falta de clientela.

Os estudos demográficos em andamento no IPARDES admitem que os fluxos migratórios devem manter aproximadamente a mesma direção, porém, com menor intensidade, durante a presente década. Nesse caso, é necessário encarar com certa cautela as propostas de ampliar os investimentos públicos em pequenas cidades, na suposição de que a melhoria dos equipamentos urbanos no interior contribuirá para reduzir a intensidade das migrações na direção das cidades de maior porte - uma hipótese pouco provável na ausência de possibilidades concretas para uma maior descentralização da atividade produtiva. É importante lembrar que o esperado arrefecimento das migrações não significará, necessariamente, uma menor pressão social nas maiores cidades, uma vez que as possibilidades de o Estado "exportar" o seu problema social com o deslocamento de população para outras regiões serão, também, mais reduzidas em face da crise que atinge todo o país.

Estimado o crescimento populacional nas distintas microrregiões, é necessário estabelecer critérios para avaliar as mudanças esperadas nas necessidades de moradia, saneamento, saúde e educação.

As necessidades habitacionais são as que por razões óbvias, devem guardar uma relação direta e proporcional com o tamanho da população. Ainda assim, é preciso efetuar algumas simplificações, uma vez que a demanda de moradias deve equivar ao acréscimo esperado no número de famílias e não ao acréscimo absoluto de população. Como há evidências de redução no tamanho médio da família, um tratamento mais rigoroso exigiria,

ainda, analisar o grau em que esse fenômeno afeta o crescimento das necessidades habitacionais para uma dada taxa de crescimento da população urbana.

Não é viável, entretanto, a aplicação de tamanho refinamento, mesmo porque a precariedade dos dados que seriam necessários não garante melhores resultados. A alternativa mais simples é a de partir do número médio atual de ocupantes por domicílio para calcular as necessidades futuras de moradia. Num primeiro momento, esse cálculo daria um quadro das mudanças antevistas nas carências atuais em função da dinâmica demográfica. Num momento seguinte, seria possível estimar o efeito de metas de redução da densidade de ocupação dos domicílios, na hipótese de que a análise comparativa entre os coeficientes médios de tamanho da família e número de pessoas por domicílio demonstre que a ocupação simultânea de uma mesma unidade por mais de uma família é um fenômeno importante.

As necessidades básicas de saneamento (água e esgoto) decorrem, diretamente, das estimativas habitacionais. Conhecida a distribuição regional do acréscimo previsto no número de domicílios, será necessário, em primeiro lugar, distinguir os casos em que os serviços sanitários complementares à moradia requerem solução convencional daqueles em que é possível adotar alternativas mais simples - poços artesianos e fossas sépticas, por exemplo. No caso das soluções convencionais, é importante identificar as localidades em que é viável a utilização de tecnologias mais simples que contribuam para reduzir os custos de implantação (ou ampliação) dos sistemas.

É claro que não é realista supor o integral atendimento, a médio prazo, das novas unidades habitacionais por serviços

de água e esgoto - principalmente este último -, dado o vulto das carências atuais. A configuração das expectativas quanto à distribuição espacial da população deverá permitir, como hipótese mais realista, estabelecer prioridades de localização dos novos investimentos, tendo em vista evitar a deterioração dos índices de atendimento nas regiões de maior crescimento populacional. No cômputo geral, propõe-se estimar as necessidades de ampliação dos serviços em cada região, tomando-se por base as metas estabelecidas no Plano Nacional de Saneamento no tocante a índices de atendimento domiciliar.

Quanto a programas de saúde, é possível contar com alguns critérios adotados por especialistas da área no planejamento global do setor. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREVSAÚDE¹ - propõe, por exemplo, um sistema integrado de atendimento, onde a localização das distintas unidades é função do tamanho da comunidade sob sua jurisdição. Assim, os pequenos núcleos populacionais (menos de 2 mil habitantes) e as zonas rurais de população rarefeita deveriam contar com uma unidade elementar - o posto de saúde - habilitado a prestar atendimento de nível primário sob a orientação de um profissional especialmente treinado para esse fim. Pequenas cidades - entre 2 e 5 mil habitantes - deveriam ser equipadas com unidades ambulatoriais tipo A, dirigidas por um médico generalista permanente e habilitadas a prestar um atendimento primário de melhor nível. Cidades médias e grandes deveriam dispor de unidades mais sofisticadas aptas a prestar atendi-

¹BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de serviços básicos de saúde - PREVSAÚDE. Brasília, 1980.

mento ambulatorial especializado e atender casos de emergência. Hierarquia semelhante é proposta com relação à internação hospitalar: comunidades de até 20 mil habitantes deveriam dispor de até 50 leitos hospitalares, agregados às unidades sanitárias respectivas. O hospital local, com capacidade entre 50 e 150 leitos, seria localizado nas comunidades com mais de 20 mil habitantes. Acima desse, estariam os hospitais regionais (de 150 a 250 leitos), aptos a desempenharem ações mais complexas, e, no topo da hierarquia, os hospitais de base (de 250 a 500 leitos), capacitados a atender à demanda em medicina clínico-cirúrgica em todas as especialidades, em regime ambulatorial e hospitalar.

A organização do sistema de saúde, de acordo com o programa em questão, deveria relacionar-se ao sistema de cidades. Não há, entretanto, uma referência mais clara à organização do atendimento nas grandes cidades e à capacidade de atendimento das distintas unidades ambulatoriais. Por exemplo: quantas unidades ambulatoriais tipo B seriam necessárias numa cidade de 300 mil habitantes? Deveriam as grandes cidades simplesmente multiplicar o número de unidades de um mesmo tipo ou adotar um padrão hierárquico semelhante ao proposto para a organização interurbana?

No cálculo das necessidades de ampliação do sistema, o ponto de partida é um coeficiente médio de consulta/ano por habitante, estipulado em 2,2. As consultas especializadas e as emergências são fixadas em 20% e 15% das consultas primárias, respectivamente. Dado o tamanho da população e a média de consulta/ano per capita, ficam determinados os limites de capacidade de atendimento. Uma comunidade de 5 mil habitantes, por

exemplo, necessitaria de uma cobertura equivalente a 11 mil consultas primárias por ano - limite correspondente às unidades sanitárias tipo A, propostas para os pequenos municípios.*

Seguindo o mesmo raciocínio, uma cidade média - cerca de 400 mil habitantes - deveria dispor de uma rede habilitada a absorver 880 mil consultas médicas em atenção primária por ano, 18 mil consultas especializadas e 13 mil atendimentos de emergência. Nos termos do modelo proposto pelo PREVSAÚDE, uma cidade desse porte deveria contar com unidades sanitárias tipo B e/ou C e com recursos hospitalares. O mesmo documento não deixa claro, entretanto, qual a composição desejável nem o número de unidades necessárias para dar cobertura adequada às necessidades da população.

Implícito no programa, está uma relação desejável entre o número de internações e o de consultas - da ordem de 1%** (essa relação no âmbito do sistema de previdência social brasileiro seria, presentemente, da ordem de 6%, segundo os críticos da política nacional de saúde). A oferta de leitos hospitalares públicos correspondente às metas do PREVSAÚDE é de 110 mil unidades, ou seja, a relação entre leitos públicos e a população atual seria aproximadamente igual a 0,001 - um leito para cada mil habitantes.

Os parâmetros anteriores poderão servir de base para o

*Supõe-se que as unidades tipo A estariam preparadas para atender, em média, a 30 casos por dia, que correspondem a 11 mil consultas primárias anuais.

**As metas de atendimento referem-se a 2,9 milhões de altas hospitalares por ano e a cerca de 310 milhões de consultas primárias. A média de altas por leito/ano é fixada em 30, correspondendo a uma disponibilidade de pouco mais de 100 mil leitos.

cálculo das necessidades de expansão dos programas de saúde em face das perspectivas demográficas. A projeção do crescimento populacional por microrregiões e municípios fornece o dado básico para a realização das estimativas. A partir daí, é possível traduzir a variação esperada no número de habitantes em acréscimos (ou eventuais reduções) na demanda de consultas (nos vários níveis) e internações. A comparação entre as variações previstas e a capacidade atual de atendimento fornecerá a base empírica para a definição do tipo de unidade a ser construída e a distribuição espacial dos investimentos.

Na área de educação (assim como para alguns programas específicos de saúde, como o de atenção materno-infantil), a estimativa do impacto das mudanças demográficas requer um dado adicional: o referente à distribuição etária da população. Como a clientela potencial dos programas educacionais enquadra-se em limites de idade bem definidos, o cálculo das necessidades de expansão do sistema, frente a variações esperadas na taxa de crescimento da população-alvo, é mais simples.

A curto prazo, a clientela potencial dos programas de ensino básico em uma determinada região (população na faixa de 7 a 14 anos) é afetada pelas migrações; a médio prazo, por variações na taxa de fecundidade. Estudos demográficos recentes têm apontado uma queda significativa na taxa de fecundidade no Brasil - fenômeno esse que se repete na escala estadual.

Se em termos agregados a mudança ainda não chega a ser muito expressiva - no final do século o efeito global da queda na fecundidade já será mais visível -, as modificações espaciais são particularmente notáveis, em decorrência do efeito mais imediato das migrações. O acréscimo é especialmente

elevado na região metropolitana de Curitiba em comparação com as demais regiões do Estado. No Oeste a população escolarizável em números absolutos deverá ser, no final da década, menor do que a existente no início do período.*

As estimativas de crianças na faixa de 7 a 14 anos, por microrregião, permitirão calcular as necessidades de expansão da rede escolar de 1º grau, bem como definir as prioridades de localização dos novos investimentos. A demanda por ensino do 2º grau pode ser obtida utilizando-se os índices de conclusão do período anterior, adotando-se duas ou três alternativas referentes a metas de redução no coeficiente de evasão.

As projeções populacionais (por região e/ou faixa de renda) indicam requerimentos globais de atendimento. A definição das responsabilidades do Estado requer critérios adicionais. Segundo argumentos comumente utilizados na teoria das finanças pública, a intervenção do Estado deveria guiar-se pelo conteúdo "público" do produto (que distinguiria os bens públicos dos privados) e pelo mérito atribuído à sua produção (os "bens meritórios" constituiriam uma categoria intermediária entre os bens públicos puros e os privados). A qualificação do mérito envolve, necessariamente, juízos de valor sobre as vantagens da produção estatal vis à vis a realizada pelo setor privado. Para a maior parte dos serviços de interesse social, o caráter meritório liga-se ao objetivo de garantir idênticas oportunidades de acesso, independente das condições sócio-econômicas dos consumidores.

*Ainda não estão disponíveis as projeções regionais da população por faixa de idades, o que impede a quantificação atual desse fenômeno.

Dentre os programas aqui considerados, o de saneamento básico é o que mais se aproxima do conceito de bem público (ou quase público) por razões ligadas à indivisibilidade na produção e externalidades no consumo, não havendo, portanto, maiores resistências à idéia de que o atendimento das necessidades nessa área é, essencialmente, de responsabilidade governamental. Por razões semelhantes, não se questiona, também, a responsabilidade do Estado no que diz respeito a ações básicas de saúde que visam fornecer proteção sanitária adequada a toda a população.

Quanto a programas de habitação, educação e assistência médica, a questão já não é tão simples. Por razões de mérito, a intervenção governamental deveria voltar-se, precipuamente, para os segmentos mais desassistidos da população, embora a análise de casos concretos não forneça suporte empírico a essa suposição. A ampliação das responsabilidades públicas no atendimento das demandas sociais reflete fatores históricos e processos políticos que tornam difícil - e temerária - a busca de generalizações. Há, portanto, duas formas alternativas de se tratar essa questão, tendo em vista os interesses específicos do projeto. Uma, consiste em tomar por base a realidade presente e admitir que as responsabilidades do Estado nesses setores deverão crescer, no mínimo, a um ritmo equivalente ao crescimento esperado nas respectivas necessidades de atendimento - de forma a manter constante a participação relativa do setor público no total. Outra, consiste em adicionar (quando possível) informações sobre o nível de renda da clientela (atual e potencial), a fim de avaliar o impacto financeiro de propostas que levem à concentração dos novos investimentos em pro-

gramas voltados para as populações carentes. Propõe-se, especificamente, analisar sob esse prisma as propostas constantes do planejamento estadual.

3 RELAÇÃO DAS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

Este item contém uma relação preliminar dos dados estatísticos necessários à execução do projeto, agrupados segundo a natureza da informação e os setores a serem analisados. Buscou-se elaborar uma relação mais abrangente, sabendo-se de antemão, que nem sempre será possível obter de imediato todo o detalhe desejado. A identificação das principais lacunas e dificuldades, contudo, poderá ser utilizada para a proposição de mudanças na base estatística, tendo em vista o aperfeiçoamento do processo de planejamento social.

3.1 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO, ATENDIMENTO EFETIVO E NECESSIDADES POTENCIAIS

3.1.1 Educação

- a) vagas disponíveis, oferecidas e necessárias na rede pública, por nível de ensino, série, região e tipo de escola. O conceito de vagas disponíveis refere-se a condições normais de funcionamento das escolas existentes quanto a tamanho da turma, ocupação do espaço e turnos de funcionamento (dois). As vagas necessárias correspondem à população escolarizável;
- b) alunos matriculados no início do ano nas escolas da rede pública, por nível de ensino, série, região e tipo de escola;

- c) relação professor/aluno na rede pública, por nível de ensino e região. Se possível, a informação deve referir-se às relações efetiva (atual), possível (dada a capacidade física existente) e desejável (padrões "ideais");
- d) taxa de evasão, por série, região e categorias sócio-econômicas da população (faixa de renda);
- e) porcentagem da população em idade escolar que não frequenta a escola, por região, nível de ensino e categorias sócio-econômicas da população (rendimento familiar).

3.1.2 Saúde

- a) internações e consultas por ano - possíveis, realizadas e potenciais - na rede pública pública e privada, segundo o tipo de unidade e região. Os atendimentos possíveis referem-se à utilização "normal" da rede existente e os atendimentos potenciais à clientela provável, determinada, esta última, com base no tamanho e nas características da população;
- b) capacidade de realização e ações efetivamente realizadas através da rede pública, no tocante a programas que compreendem as chamadas "ações básicas de saúde" - profilaxia e prevenção (vacinação) de doenças infantis e contagiosas -, segundo o tipo de unidade e a região;
- c) relações leito/médicos e paramédicos/habitantes, total e apenas para a rede pública, por região. Se possível, a informação deve referir-se a relações ob-

servadas (atual), possíveis (dada a capacidade de atendimento das unidades existentes) e desejáveis (padrões);

- d) porcentagem da clientela atendida (na rede pública), segundo o serviço oferecido (assistência materno-infantil, hospitalização, vacinação, etc.), por categorias sócio-econômicas da população e região;
- e) taxa de mortalidade infantil e incidência de moléstias infecto-contagiosas, segundo a espécie, por região.

3.1.3 Habitação e Saneamento

- a) linhas de financiamento habitacional disponíveis por faixas de renda do mutuário: recursos e unidades previstos; unidades contratadas e concluídas, por região;
- b) déficit habitacional, medido com base nos critérios indicados no documento do CNRH/UNICEF/BNDES e/ou no trabalho do BHN intitulado "Modelo Simplificado das Necessidades Habitacionais", por nível de renda da população e região;
- c) número de ligações domiciliares (água e esgoto), possíveis e efetivas, por região, para os diferentes sistemas de abastecimento existentes. As ligações possíveis referem-se à capacidade atual de atendimento de cada sistema, supondo inalterada a participação do consumo residencial no consumo total;
- d) Porcentagem de domicílios que contam com serviços de água e esgoto, segundo distintas definições de ca-

rência no atendimento, por faixas de renda familiar e região;

- e) densidade de ocupação do domicílio - número de pessoas por cômodo ou dormitório -, segundo faixas de renda familiar e região.

3.2 CUSTOS DE EXPANSÃO E DE MANUTENÇÃO*

3.2.1 Educação e Saúde

- a) custo de construção (m^2), por unidade-padrão, região e nível de governo responsável pelo projeto (estado ou município);
- b) custo do equipamento, por unidade-padrão e nível de governo responsável pelo projeto;
- c) custo anual da mão-de-obra técnica, por unidade-padrão e nível de governo (professores, médicos e enfermeiros multiplicados pelo salário-médio);
- d) custo anual de mão-de-obra auxiliar, por unidade-padrão e nível de governo (pessoal de apoio necessário multiplicado pelo salário médio);
- e) custo anual do material utilizado na produção dos serviços e na conservação dos estabelecimentos, por unidade-padrão, região e nível de governo responsável.
- f) custos anuais de depreciação (prédios e equipamentos), por unidade-padrão e nível de governo responsável;

*Estimados com base em dados técnicos sobre unidades-padrão, supondo níveis "normais" de utilização de capacidade de atendimento.

- g) variação nos custos operacionais (c, d, e), segundo o grau de utilização da capacidade de atendimento.

3.2.2 Habitação e Saneamento

- a) custo de construção (m^2) para os padrões de habitação estipulados nas linhas de financiamento existentes, segundo os padrões do domicílio, a tecnologia empregada na construção, a localização (regiões) e o produtor (setor público estadual e municipal e setor privado);
- b) custo da unidade habitacional para os padrões definidos nas linhas de crédito existentes, segundo a composição do custo (terreno, infra-estrutura e construção), o tamanho e a localização do conjunto habitacional;
- c) custo médio da ligação domiciliar de água, segundo a composição do custo (captação, tratamento, adução e distribuição), a escala do serviço, a região e o nível de governo responsável pela produção (estadual ou municipal);
- d) custo médio da ligação domiciliar de água, dividido em custo do investimento e custo de operação do serviço, segundo projetos-padrão que levem em conta a escala de serviço, as alternativas tecnológicas e o nível de governo responsável pela produção;
- e) custo médio da ligação domiciliar de esgoto, segundo a composição do custo (captação, tratamento e deposição), a escala do serviço, a região e o nível de governo responsável pela produção;

- f) custo médio da ligação domiciliar de esgoto, dividido em investimento e custo de operação, segundo projetos-padrão que levem em conta a escala do serviço, as alternativas tecnológicas e o nível de governo responsável pela produção;
- g) custo médio (por domicílio atendido) de programas alternativos de água e esgoto para populações carentes - poços artesianos, fossas sépticas, torneira pública e outros.

PARTE 2 - ESTIMATIVAS PARA O PARANÁ

1 HABITAÇÃO

1.1 SITUAÇÃO ATUAL

A atuação do setor público no atendimento às necessidades habitacionais da população, assenta-se, basicamente, no Sistema Financeiro da Habitação - SFH - e no Banco Nacional de Habitação - BNH -, cuja instituição, em 1964, tinha como objetivo fundamental promover a construção e aquisição da casa própria, especialmente pelas classes de menor renda.

Tendo em vista esse objetivo, a clientela atendida pelo SFH pode ser dividida como se segue:

- a) **Mercado Popular** - abrangia, inicialmente, a faixa de renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e, atualmente, de 1 a 5; representa a área de atuação das COHAB, ou habitações construídas diretamente pelo BNH para populações de baixa renda;
- b) **Mercado Econômico** - faixas de renda familiar de 3 a 10 salários mínimos, mas preferencialmente acima de 5 salários mínimos, a serem atendidas através de Cooperativas, Hipotecas e Entidades Sociais;
- c) **Mercado Médio** - faixas de renda familiar superiores a 10 salários mínimos a serem atendidas através de agentes privados do Sistema Brasileiro de Poupança e Empréstimo-SBPE-, Sociedades de Crédito Imobiliário-SCIS-, Associações de Poupança e empréstimo-APES-, Caixas Econômicas e RECON.

O atendimento ao mercado popular corresponde a uma intervenção direta do setor público, através de Companhias Habitacionais que atuam como agentes promotores e financeiros dos programas habitacionais. Para os demais mercados, o atendimento se dá através do repasse de recursos de financiamento.

Essa segmentação do mercado habitacional segundo a clientela-alvo dos diferentes agentes do SFH não abrange a fração da população cujos rendimentos são inferiores a 1 salário mínimo mensal e que, portanto, não é beneficiária dos programas habitacionais oficiais.

Existem no Paraná três Companhias Habitacionais: duas de âmbito municipal, a COHAB-LD no município de Londrina e a COHAB-CT no município de Curitiba e Região Metropolitana, que atende também ao município de Paranaguá; e uma de âmbito estadual, a COHAPAR, cuja área de atuação abrange todos os municípios não atendidos pelas anteriores.

Em quase 20 anos de operação, o BNH financiou, em todo o país, pouco mais de 1,1 milhão de moradias para o mercado atendido pelas COHAB. Do total de contratos de financiamento do SFH, a "área de interesse social" (mercado popular e econômico) participa com pouco mais de 50% e, dentro desta, os programas destinados - principalmente a partir de 1974-75 - aos estratos de mais baixa renda, como PROMORAR, PROFILURB, e FICAM são contemplados com apenas 7,5% dos financiamentos concedidos pelo SFH e 14,2% daqueles destinados à área de interesse social.

Essa mesma distribuição, em termos de unidade de valor-UPC-, indica que do total aplicado até 1978, apenas 30,8% destinou-se à área de interesse social. Às COHAB coube aproxi-

madamente 10%, destinando-se os restantes 20% ao mercado econômico. As aplicações em Desenvolvimento Urbano atingem a quarta parte do total, enquanto as aplicações do SBPE e do RECON atingem a respectivamente 21% e 12,8%. A evolução posterior (1979 a 1982) mostra um crescimento constante do volume aplicado na área de interesse social, que chega a representar cerca de 50% do total em 1982, cabendo às COHAB uma faixa próxima a 20%.*

No Paraná, a atuação do setor público, através de suas três Companhias de Habitação, chegou a concluir até janeiro de 1983, 69 665 unidades, estando em obras outras 7 915 unidades e em fase de início 4 113 (tabela 1).

TABELA 1 - UNIDADES HABITACIONAIS PRODUZIDAS OU EM PRODUÇÃO, NO PARANÁ - AGO/1964 A 1983

AGENTE	NÚMERO DE UNIDADES HABITACIONAIS OBJETO DE EMPRÉSTIMOS CONTRATADOS					TOTAL
	Por Iniciar	Em Andamento		Concluídas		
		Infra	Construção	S/Plano de Comercialização	C/Plano de Comercialização	
COHAPAR	36	-	2 767	1 701	33 340	37 844
COHAB-CT	3 357	-	964	188	20 178	24 687
COHAB-LD	720	-	4 184	402	13 856	19 162
TOTAL	4 113	-	7 915	2 291	67 374	81 693

FGNTE: BNH - Diretoria de Programas Habitacionais - CONSO/SUPLA/DINF, APUD - Política Habitacional: Um Programa Popular no contexto de um governo democrático; alternativas para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná. São Paulo, 1983

1.1.1 Déficit Habitacional

A explicitação das necessidades habitacionais embora guardando relação direta com o tamanho da população, deve ser qualificada através de alguns indicadores relativos à densidade de ocupação dos domicílios, tamanho médio das famílias, condições habitacionais do domicílio, etc.

*Ver essas informações em detalhe no estudo POLÍTICA Habitacional: um programa popular no contexto de um governo democrático; alternativas para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná. São Paulo, 1983. Especialmente as tabelas 5 e 6 na p.30-1.

Na medida em que as informações censitárias disponíveis não permitem que se façam todas essas qualificações de forma globalizada, serão feitas algumas aproximações entre diferentes indicadores visando estabelecer limites para a definição de clientela potencial dos programas habitacionais levados a efeito pelo setor público.

Inicialmente, duas questões precisam ser levantadas no sentido de esclarecer o âmbito dentro dos quais se está trabalhando. De um lado, tem-se o grau relativamente elevado de arbitrariedade na definição da adequação das condições residenciais do ponto de vista técnico, que não necessariamente corresponde às preferências da família. Essas vão ser determinadas não apenas pelas condições objetivas da residência em si mas também por sua localização, acesso à infra-estrutura, ao trabalho, escolas, etc., variáveis que por sua vez dependem do tamanho, composição, classe social da família, etc. A avaliação concreta desse conjunto de condições objetivas e subjetivas implicaria a elaboração de pesquisas diretas junto aos moradores que permitissem a mensuração do grau de satisfação de suas condições residenciais.

De outro lado, a arbitrariedade dos padrões utilizados torna-se mais grave quando a definição de "adequação" está vinculada a uma estratégia de eliminação do déficit habitacional. Isso porque, embora do ponto de vista técnico uma habitação possa ser considerada deficitária, do ponto de vista da família, a mesma pode ser encarada como adequada.*

*Esse tipo de desajuste é muito comum no caso de populações faveladas que são deslocadas para conjuntos habitacionais situados em áreas periféricas e distantes de seu local de trabalho. MUNHOZ, Tânia M.T. Une intervention de l'état dans l'espace urbain: le plan de "desfavelamento" de la Ville de Curitiba. Paris, 1981. Tese, Doutorado, Université de Paris.

Além disso, as estimativas de déficit tendem a ser extremamente variáveis nas condições de uma economia como a paranaense, que vem superpondo as atuais dificuldades oriundas da crise econômica a um intenso processo de urbanização, onde o empobrecimento da população se combina com situações de desemprego e maior pressão sobre a oferta de serviços públicos à população de baixa renda. Um exemplo significativo pode ser dado pela própria estimativa de déficit da COHAB-CT em 1979, com base nas inscrições feitas junto à Companhia, que atingiram 30 mil inscritos. Ao longo do período 1979-82, foram construídas 15 mil moradias e, nesse último ano, o número de inscritos alcançava novamente a cifra inicial de 30 mil.

Portanto, os indicadores apresentados a seguir devem ser considerados com cautela e devidamente interpretados, especialmente em função das limitações relativas às informações censitárias sobre as quais se está trabalhando.

Cabe destacar também que na análise que se segue considerou-se o total de domicílios existentes na zona urbana e rural, embora não existam programas habitacionais voltados para a área rural (a não ser de forma embrionária), uma vez que se partiu da consideração de que o Estado deve atuar de maneira global, atendendo a toda a população.

Da mesma forma, ao se considerar a distribuição da clientela por faixa de renda, a análise não ficou limitada à população na faixa de 1 a 5 salários mínimos, clientela-alvo das Companhias Habitacionais; considerou-se também a população cujo rendimento mensal é inferior a 1 salário mínimo, visto representar uma parcela da população não atendida pelos programas habitacionais existentes e que, do ponto de vista da análise

de políticas sociais, deveria ser objeto de maior atenção.

Inicialmente, pode-se formular um indicador do déficit habitacional absoluto, correspondendo à necessidade de novas habitações para atender às famílias que não as possuem, ou seja, as famílias conviventes secundárias (conceituadas pelo IBGE como sendo duas ou três famílias, de no mínimo duas pessoas cada, ocupando um mesmo domicílio particular, além da família principal) às quais se acrescentem os domicílios improvisados (ou seja, aqueles que embora não tendo sido construídos para fins residenciais estivessem cumprindo essa função na data do censo,² (tabela 2).

TABELA 2 - NECESSIDADE DE DOMICÍLIOS PARA ATENDER ÀS FAMÍLIAS QUE NÃO OS POSSUEM, NO PARANÁ - 1980

	ZONA URBANA	ZONA RURAL	TOTAL
Famílias Conviventes Secundárias	-	-	73 902*
Domicílios Improvisados	1 788	1 532	3 320
TOTAL	-	-	77 222

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980

*Correspondem a 216 603 pessoas

Entretanto, como foi visto, o âmbito de atuação das COHAB é a população na faixa de renda de 1 a 5 salários mínimos. Assim, torna-se necessário estabelecer quanto da clientela indicada acima precisa ser atendida pelo poder público preferencialmente.

Tomando-se o indicador de déficit habitacional absoluto, verifica-se que do total de 77 222 domicílios necessários,

²FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico Paraná 1980. Rio de Janeiro, 1983. t.6.

45,9% encontram-se na faixa de mais de 1 a 5 salários mínimos,* correspondendo a 35 403 domicílios.

Além disso, uma parcela do déficit habitacional absoluto corresponde às famílias cuja renda mensal domiciliar é inferior (ou igual) a 1 salário mínimo e que, portanto, encontram-se à margem dos programas oficiais de financiamento. No Paraná, em 1980, essa parcela correspondia a 49,2% do déficit habitacional absoluto, ou seja, 38 022 domicílios necessários.**

Em síntese, o déficit habitacional absoluto obtido a partir da conceituação apresentada anteriormente aparece na tabela 3.

TABELA 3 - DÉFICIT HABITACIONAL ABSOLUTO, NO PARANÁ - 1980

FAIXAS DE RENDA	DOMICÍLIOS	
	nº	%
TOTAL	77 222	100,0
+ de 1 a 5 s.m.	35 403	45,9
até 1 s.m.	38 022	49,2

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980

Outro conjunto de indicadores permite medir o déficit habitacional relativo, ou seja, procura avaliar a qualidade da habitação do ponto de vista de sua "adequação" ou do ponto de vista de sua "propriedade".

*O Censo Demográfico de 1980 não fornece a proporção de domicílios improvisados por faixas de renda. Assim, utilizou-se a mesma percentagem das famílias conviventes secundárias.

Outro ajuste que teve de ser feito refere-se à estratificação por faixas de renda, onde se considerou a população com mais de 1 até 5 salários mínimos, visto que o Censo engloba numa mesma categoria os que ganham até 1 salário mínimo.

**Esse total inclui as famílias conviventes secundárias cuja renda mensal domiciliar vai até 1 salário mínimo e também aquelas que não têm rendimentos. A proporção de domicílios improvisados para essa faixa de renda corresponde à percentagem de famílias conviventes secundárias.

As informações disponíveis no Censo Demográfico permitem medir a adequação das condições residenciais quanto aos materiais de construção utilizados e quanto à densidade domiciliar.*

A adequação dos domicílios, quanto à durabilidade dos materiais de construção utilizados, parte da avaliação de seus três componentes principais (piso, paredes e teto) e, na medida em que pelo menos dois desses componentes tenham por base materiais duráveis, o domicílio é considerado durável (e, portanto, adequado), caso contrário, é considerado rústico (tabela 4).

TABELA 4 - ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES DOMICILIARES QUANTO À DURABILIDADE DOS MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO, SEGUNDO NÚMERO DE MORADORES, NO PARANÁ - 1980

NÚMERO DE MORADORES (pessoas)	DOMICÍLIOS PERMANENTES		
	TOTAL ¹	Adequados	Inadequados
01	71 765	69 136	2 499
02	198 490	194 575	3 596
03	274 072	269 918	3 761
04	300 533	296 400	3 708
05	255 848	252 223	3 292
06 a 10	473 230	465 105	7 477
Mais de 10	29 560	29 057	478
TOTAL	1 603 498	1 576 414	24 811

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980

¹Inclusive os domicílios particulares permanentes ocupados sem declaração de material das paredes

Observa-se assim que, do total dos domicílios perma-

*A sugestão e operacionalização desses indicadores, bem como suas limitações e das informações a eles subjacentes, estão discutidos em: VETTER, David Michel. Problemas conceituais e operacionais na avaliação da "adequação" das condições residenciais através de indicadores elaborados com dados dos Censos e das PNAD. Revista Brasileira de Estatística, Rio de Janeiro, 42(168): 284, out./dez. 1981.

mentes ocupados, 98% são considerados adequados e 2% inadequados.*

Dado o nível de agregação da informação censitária, não é possível verificar qual a proporção do déficit habitacional relativo à durabilidade dos materiais de construção utilizados que corresponde aos domicílios nas faixas de renda até 1 e de mais de 1 a 5 salários mínimos. Entretanto, é de se supor que praticamente todos os domicílios inadequados do ponto de vista desse indicador concentrem-se nessas faixas de menor nível de renda.

Porém, é possível calcular outro indicador de déficit habitacional relativo a partir da avaliação da adequação das condições residenciais do ponto de vista de sua densidade de ocupação.

Em termos ideais, dever-se-ia contar com informações referentes à quantidade de espaço disponível para cada morador (ou seja, a densidade domiciliar) e à separação de funções dentro do domicílio (tais como preparação de alimentos, higiene pessoal, repouso e interação social).

A indicação do número de pessoas por cômodo e por dormitório são as informações disponíveis que mais se aproximam desses indicadores e, apesar de suas limitações,** são apresentadas a seguir.

Cabe esclarecer que a informação relativa ao número de cômodos fornecida pelo Censo refere-se a

*Entretanto, na medida em que aparentemente o Censo utilizou como critério para a classificação dos domicílios em duráveis ou rústicos apenas o material das paredes, pode estar havendo uma superestimação dos domicílios adequados na medida em que, se o domicílio tem paredes de material durável e teto e piso em material rústico, ele deveria ser considerado como rústico e, no entanto, está sendo classificado como durável. In: Op. cit. nota 2, p. XXXIX.

**Ver a esse respeito detalhada discussão feita por Vetter em estudo já citado.

Todos os compartimentos integrantes do domicílio (inclusive banheiros e cozinhas) separados por paredes, inclusive os existentes na parte externa do prédio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens e depósitos e outros compartimentos utilizados para fins não residenciais. Como dormitórios consideram-se os quartos e outras dependências que estivessem servindo de dormitórios em caráter permanente.³

Tomando-se como adequada a definição de densidade domiciliar que considera até 1 pessoa por cômodo ou 2 pessoas por dormitório, e combinando esses dois tipos de informação é possível chegar a um indicador conjunto da adequação da densidade domiciliar, com quatro situações possíveis: um extremo, a adequação da densidade por cômodo e por dormitório; intermediariamente, a adequação da densidade por cômodo e inadequação por dormitório ou a inadequação da densidade por dormitório com adequação da densidade por cômodo; e, em outro extremo, a inadequação da densidade por cômodo e por dormitório. Tem-se, portanto, as situações quantificadas na tabela 5.

TABELA 5 - DOMICÍLIOS PARTICULARES, SEGUNDO A DENSIDADE, POR CÔMODO E DORMITÓRIO, NO PARANÁ - 1980

DENSIDADE POR DORMITÓRIO	DENSIDADE POR CÔMODO	
	Adequada (até 1 morador/cômodo)	Inadequada (Mais de 1 morador/cômodo)
Adequada (até 2 moradores/dormitório)	925 179	58 670
Inadequada (mais de 2 Moradores/dormitório)	177 822	436 506

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6, p.112

³Op. cit. nota 2, p.XLIII (grifo da equipe).

Portanto, do ponto de vista da densidade domiciliar, tem-se que 57,9% dos domicílios estão adequados, 27,3% estão inadequados e 14,8% estão parcialmente inadequados.

Resta calcular qual a proporção dos domicílios inadequados, segundo o conceito de densidade domiciliar, que corresponde às faixas de renda de até 1 salário mínimo e de mais de 1 até 5 salários mínimos.

Inicialmente, é possível calcular a adequação da densidade de ocupação domiciliar, combinada por cômodo e dormitório, para os domicílios onde a renda mensal domiciliar vai de mais de 1 até 5 salários mínimos (tabela 6).

TABELA 6 - DOMICÍLIOS COM RENDA MENSAL DOMICILIAR DE MAIS DE 1 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS, SEGUNDO A DENSIDADE POR CÔMODO E DORMITÓRIO, NO PARANÁ - 1980

DENSIDADE POR DORMITÓRIO	DENSIDADE POR CÔMODO	
	Adequada (até 1 morador/cômodo)	Inadequada (mais de 1 morador/cômodo)
Adequada (até 2 moradores/dormitório)	502 359	40 385
Inadequada (mais de 2 moradores/dormitório)	116 705	310 086

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6, p.112

Esses resultados indicam que de um total de 972 300 domicílios, onde a renda mensal domiciliar vai de mais de 1 até 5 salários mínimos, 52% podem ser considerados como adequados do ponto de vista da densidade domiciliar por cômodo e dormitório, 16% são parcialmente inadequados e 32% são absolutamente inadequados.

Assim, no que tange ao déficit habitacional relativo à adequação da densidade domiciliar, tem-se que de um total de 436 506 domicílios inadequados, 71% encontra-se na faixa de renda que corresponde à atuação das COHAB.

No que se refere aos domicílios cuja faixa de renda mensal é inferior a 1 salário mínimo ou não têm rendimento, os de densidade domiciliar inadequada representam 18,44% do total de domicílios, conforme explicitado na tabela 7.

TABELA 7 - DOMICÍLIOS COM RENDA MENSAL DOMICILIAR ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO, SEGUNDO A DENSIDADE POR CÔMODO E POR DORMITÓRIO, NO PARANÁ - 1980

DENSIDADE POR DORMITÓRIO	DENSIDADE POR CÔMODO	
	Adequada (até 1 morador/cômodo)	Inadequada (mais de 1 morador/cômodo)
Adequada (até 2 moradores/dormitório)	153 595	10 016
Inadequada (mais de 2 moradores/dormitório)	22 634	80 535

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t. 6

Portanto, de um total de 266 780 domicílios, cuja renda mensal domiciliar vai até 1 salário mínimo, 58% são adequados do ponto de vista da densidade domiciliar combinada por cômodo e dormitório, 12% são parcialmente inadequados e 30% absolutamente inadequados.

Sinteticamente, o déficit habitacional relativo à densidade domiciliar, segundo sua distribuição por faixa de renda aparece na tabela 8.

TABELA 8 - DÉFICIT HABITACIONAL RELATIVO À DENSIDADE DOMICILIAR, NO PARANÁ - 1980

FAIXAS DE RENDA	DOMICÍLIOS INADEQUADOS	
	Absoluto	Percentual
TOTAL	436 506	100,0
+ de 1 a 5 s.m.	310 086	71,0
Até 1 s.m.	80 535	18,4

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6

É possível ainda calcular outro indicador do déficit ha-

bitacional relativo à propriedade dos domicílios,⁴ onde se agrega:

- a) proporção de domicílios próprios considerados rústicos que eram, em 1980, 24 811 (ou seja, 1,55% do total de 1 603 498 domicílios particulares permanentes ocupados);*
- b) proporção de domicílios alugados onde o rendimento mensal domiciliar vai até 5 salários mínimos, equivalendo a 244 573 domicílios, ou seja 15,25% do total;
- c) proporção de domicílios cedidos, ou seja, 21,63% que correspondem a 346 867 domicílios;
- d) proporção de domicílios com outra condição de ocupação, em número de 34 666, ou 2,16% do total.

Chega-se, assim, a um déficit habitacional de 40,59% do total de domicílios particulares permanentes ocupados, correspondendo a 650 917 domicílios, onde a noção de déficit está diretamente relacionada ao conceito de propriedade do domicílio.

Também esse indicador pode ser calculado para a faixa de renda mensal de 1 a 5 salários mínimos que corresponde à faixa de atuação das COHAB. chegando-se aos seguintes valores (calculados sobre o total de domicílios particulares permanentes, onde a renda mensal domiciliar vai de mais de 1 até 5 salários mínimos):

*Na verdade, a informação fornecida pelo Censo Demográfico não discrimina do total de domicílios rústicos, quais os que são próprios. Porém, dada sua pequena representatividade no total, considerou-se os mesmos sem essa discriminação.

⁴CALSING, Elizeu Francisco & ISUANI, Ernesto Aldo. Indicadores de desenvolvimento sócio-econômico da população e dos municípios. Brasília, CNRH/UNICEF/BNDES, 1983.

- a) proporção de domicílios alugados onde o rendimento domiciliar vai de mais de 1 até 5 salários mínimos, equivalendo a 214 597 ou 22,1%;
- b) proporção de domicílios cedidos, 219 155 ou 22,5%;
- c) proporção de domicílios com outra condição de ocupação, 19 991, ou seja, 2,1%.

Assim, encontrou-se um déficit habitacional da ordem de 46,7%, correspondendo a 453 743 domicílios com renda mensal domiciliar de 1 a 5 salários mínimos.

O cálculo desse indicador de déficit habitacional relativo à propriedade dos domicílios, estimado para as faixas de renda até 1 salário mínimo mensal (ou sem rendimento), foi o seguinte:

- a) proporção de domicílios alugados onde o rendimento mensal vai até 1 salário mínimo, representando 29 976, ou seja, 11,2%;
- b) proporção de domicílios cedidos, 100.775, o que equivale a 37,7% dos domicílios dessa faixa de renda;
- c) proporção de domicílios com outra condição de ocupação, 12 210 ou 4,6%.

Obteve-se um déficit habitacional relativo da ordem de 53,5% , correspondendo a 142 961 domicílios cuja renda mensal domiciliar vai até 1 salário mínimo.

Sintetizando, o déficit habitacional relativo à propriedade dos domicílios, segundo as faixas de renda que vêm sendo consideradas, encontra-se na tabela 9.

TABELA 9 - DÉFICIT HABITACIONAL RELATIVO À PROPRIEDADE DOS DOMICÍLIOS, NO PARANÁ - 1980

FAIXAS DE RENDA	DOMICÍLIOS		%(B/A)
	TOTAL (A)	Déficit (B)	
TOTAL	1 603 498	650 917	40,59
+ 1 a 5 s.m.	972 300	453 743	46,66
Até 1 s.m.	267 571	142 961	53,42

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6

Vale a pena lembrar que os diferentes indicadores do déficit habitacional aqui apresentados representam aproximações sucessivas à quantificação das necessidades habitacionais, para diferentes clientela.

Pode-se dizer que o déficit habitacional absoluto (que corresponde à necessidade de domicílios para atender às pessoas que não os possuem) representa o limite inferior à estimativa de déficit, enquanto o indicador de déficit habitacional relativo, que corresponde às necessidades das famílias que não são proprietárias de seus domicílios, representa o limite superior das estimativas feitas. Entre esses dois limites, os demais indicadores de déficit habitacional relativo - quanto à durabilidade dos materiais utilizados e quanto à densidade domiciliar - representam necessidades de reconstrução, reformas e/ou ampliações dos domicílios existentes, bem como podem indicar necessidades de novos domicílios.

Na tabela 10 estão resumidos todos os indicadores obtidos, segundo os diferentes conceitos do déficit habitacional, para as faixas de renda que estão sendo consideradas.

TABELA 10 - INDICADORES DO DÉFICIT HABITACIONAL, POR FAIXA DE RENDA, NO PARANÁ - 1980

DISCRIMINAÇÃO	FAIXAS DE RENDA		
	Até 1 s.m.	Mais de 1 a 5 s.m.	TOTAL
Déficit Absoluto			
Absoluto	38 022	35 403	77 222
Percentual	49,2	45,9	100,0
Déficit Relativo			
Quanto à Durabilidade			
Absoluto	-	-	24 811
Percentual	-	-	100,0
Quanto à Densidade			
Absoluto	80 535	310 086	436 506
Percentual	18,4	71,0	100,0
Quanto à Propriedade			
Absoluto	142 961	453 743	650 917
Percentual	22,0	69,7	100,0

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6

1.1.2 Funcionamento das Políticas Habitacionais

As condições de funcionamento das políticas públicas na área habitacional serão avaliadas sob duas óticas:

- a) quanto à efetividade, isto é, em que grau as metas governamentais e/ou as necessidades sociais são atendidas. Nesse caso, cabe considerar inicialmente que o funcionamento da política habitacional no Estado reflete intrinsecamente o encaminhamento dado à política nacional para o setor e pode-se dizer que a política habitacional efetivada a partir da constituição do SFH e do BNH não atingiu os objetivos inicialmente previstos. O crescimento do déficit habitacional para as populações de mais baixa renda do País era, em 1977, cerca de oito vezes mais rápido do que o atendimento promovido sob o patrocínio do BNH.⁵ Uma série de fatores reforçam a baixa efetividade da política habitacional no atendimento à população mais carente:

- i) as exigências de comprovação de renda e de estabilidade na sua obtenção constituem limitação intransponível para todos aqueles que militam no subemprego ou desemprego disfarçado, ou mesmo para aqueles que são atingidos pela rotatividade no emprego formal, face às facilidades que o instituto do FGTS faculta aos empregadores;

⁵POLÍTICA habitacional: um programa popular no contexto de um governo democrático; alternativas para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná. São Paulo, 1983.

- ii) a atual crise econômica - com o desemprego e subemprego atingindo níveis jamais alcançados - vem agravar a situação das famílias de baixa renda que já tinham precário acesso às condições de moradia;
- iii) o incentivo à especulação imobiliária, como resultado direto do tipo de política do BNH, fez com que a moradia tivesse não apenas um valor de uso, mas principalmente um alto valor de troca, privilegiando os detentores de maiores rendas e informações em detrimento das famílias de mais baixa renda;
- iv) a retenção especulativa de glebas vazias contribuiu para o descontrolado processo de ocupação e uso do solo urbano, tornando o acesso à terra dotada de infra-estrutura e equipamentos essenciais vedado às famílias de mais baixa renda, visto que o preço da terra urbanizada é muito elevado. Acompanha esse processo, a expulsão dessas famílias para áreas periféricas, onde permanecem desassistidas e desprovidas do acesso a equipamentos essenciais (saneamento, transporte, educação, saúde, etc);
- v) o tipo de ocupação do solo movido pela especulação imobiliária acaba constituindo-se em fator de inviabilização de programas habitacionais adequados às condições orçamentárias da população mais carente, pois o custo do

terreno interfere significativamente no custo da produção, acentuando, de forma cada vez mais crescente, a incompatibilidade entre o poder aquisitivo da população e os preços dos imóveis;

- vi) também o custo da construção tem crescido mais rapidamente que os salários, o que repercute na esfera das soluções dos agentes promotores da habitação popular. Como consequência, esses programas acabam reduzindo a qualidade e o tamanho da habitação, além de estarem sistematicamente ocupando áreas urbanas mais periféricas, ao mesmo tempo em que cresce a impossibilidade de atender às populações de mais baixa renda.

A efetividade da política habitacional do Paraná não escapa a esses condicionantes fixados a nível nacional e a meta estabelecida pela atual gestão governamental (1983-86) de construir 90 mil habitações - cifra que praticamente corresponde à atuação das COHAB no Estado desde o início de seu funcionamento até dezembro de 1982 - certamente esbarrará não apenas nas dificuldades acima citadas mas também numa progressiva redução de recursos do SFH, fato que se vem observando desde o início dos anos 80. A alternativa encontrada pelo Estado para contornar essas dificuldades, ou seja, a alocação de recursos orçamentários do Tesouro do Estado em Programas Habitacionais - embora efetiva do ponto de vista de uma maior li-

berdade de ação e de um direcionamento à população de mais baixa renda - é modesta em termos da meta fixada. Em princípio, serão atendidas cerca de 1 300 famílias, em 47 municípios, em sistema de mutirão, com um custo bastante reduzido e pagamento compatível por parte do mutuário.

A outra ótica de análise das condições de funcionamento do setor habitacional refere-se à:

- b) equidade, isto é, o grau de concentração na distribuição dos benefícios sociais por categorias sócio-econômicas da população.

Como se explicitou anteriormente, a população de mais baixa renda vem sendo sistematicamente alijada do SFH, não apenas em função de sua operação mas também em virtude da deterioração das condições econômicas dessa mesma população-alvo.

Além disso, não há espaço no SFH para a população cujo rendimento é inferior a 1 salário mínimo, fração essa que correspondia a 14,7% da população do Estado em 1980, num total de 1 107 845 pessoas.*

Por outro lado, a população-alvo da atuação das Companhias Habitacionais, que corresponde àquelas famílias cujo rendimento mensal familiar vai de mais de 1 até 5 salários mínimos, representa 62% da população, ou seja, 4 711 309 pessoas; e a população que compõe o mercado econômico (área de atuação das

*Considerou-se nesse total as famílias sem rendimentos e aquelas cuja renda mensal domiciliar vai até 1 salário mínimo. Estimativas feitas com base no Censo Demográfico do Paraná, 1980, t.6, p.40.

cooperativas, institutos, etc.), cuja renda mensal familiar vai de 3 a 10 salários mínimos, corresponde a 13,7% da população total de famílias, equivalendo a 1 030 039 pessoas.

Já, a população cuja renda mensal familiar é superior a 10 salários mínimos corresponde a 8,5% da população, ou 638 088 pessoas, compondo o mercado médio. No entanto, em seus quase vinte anos de funcionamento, a nível nacional, o SFH dirigiu cerca de 40% dos financiamentos habitacionais para o mercado médio, 26% para o mercado econômico e 28% para o mercado popular.⁶

1.2 PERSPECTIVAS PARA 1990

A análise das perspectivas para 1990, referente às necessidades habitacionais, considera inicialmente o tamanho esperado para a população nesse ano. Essa informação, no entanto, deve ser qualificada pela ocupação média dos domicílios.

Aplicando-se a taxa média de ocupação dos domicílios observada em 1980 à estimativa de população para 1990 é possível estimar o número de domicílios para esse último ano (tabela 11).

TABELA 11 - ESTIMATIVA DE NÚMERO DE DOMICÍLIOS, NO PARANÁ - 1990

SITUAÇÃO	POPULAÇÃO-1990*	TAXA MÉDIA DE OCUPAÇÃO-1980**	DOMICÍLIOS 1990
TOTAL	9 006 637	4,6917	1 919 696
Urbana	6 220 084	4,4374	1 401 741
Rural	2 786 553	5,1071	545 623

FONTE: *Estimativas - IPARDES

**Dados Brutos - IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6

⁶Op. cit. nota 5, p.30.

Assim, o acréscimo esperado no número de domicílios entre 1980 e 1990 é de cerca de 20%, ou seja, 316 198 domicílios.

Para o cálculo do número de domicílios que representarão o âmbito da política habitacional no Estado até o final da década, é necessário partir das carências constatadas em 1980, segundo as estimativas de déficit que representam os limites superior e inferior de sua variação, considerando as diferentes faixas de renda da clientela potencial dos programas habitacionais levados a efeito pelo setor público no Estado (ou seja, a população na faixa de renda mensal de 1 a 5 salários mínimos que corresponde à área de atuação das COHAB e a população cuja renda mensal vai até 1 salário mínimo, que não é atendida pelos programas habitacionais patrocinados pelo SFH). Assim tem-se o déficit habitacional em 1980:

a) absoluto (para atender às famílias que não possuem domicílios):

i) para população na faixa de renda de mais de 1 a 5 s.m. = 35 000 domicílios;

ii) para população com renda mensal até 1 s.m. (ou sem rendimento) = 38 000 domicílios.

b) relativo (para atender às famílias que não são proprietárias):

i) para população na faixa de renda de mais de 1 a 5 s.m. = 453 000 domicílios;

ii) para população com renda mensal até 1 s.m. (ou sem rendimento) = 142 000 domicílios.

Desses montantes serão descontadas as unidades habitacionais construídas entre 1981 e 1983, em número de 31 548,*

*Desse total, 24 090 representam unidades concluídas pela COHAPAR e 7 458 unidades concluídas pela COHAB-CT. Esses valores serão descontados apenas do déficit para a faixa de renda de mais de 1 a 5 s.m., clientela a que se destinaram.

chegando-se ao déficit habitacional em 1984:

a) absoluto:

i) para 1 a 5 s.m. = 4 000 domicílios;

ii) para até 1 s.m. = 38 000 domicílios.

b) relativo:

i) para 1 a 5 s.m. = 422 000 domicílios;

ii) para até 1 s.m. = 142 000 domicílios.

A esse saldo se adicionarão os novos domicílios resultantes do acréscimo de população entre 1980 e 1990, correspondentes às faixas de renda consideradas (tomados com base na mesma proporção de domicílios dessas faixas de renda observada em 1980), ou seja, cerca de 192 000 novos domicílios para a população com renda mensal domiciliar de mais de 1 a 5 s. m. e, aproximadamente, 53 000 novos domicílios para a população na faixa de renda de até 1 salário mínimo.

Dessa forma, em função da estimativa das carências tomada como ponto de partida, tem-se os seguintes montantes para o déficit habitacional em 1990:

a) absoluto (para atender às famílias que não possuem domicílios):

i) para mais de 1 a 5 s.m. = 196 000 domicílios;

ii) para até 1 s.m. = 91 000 domicílios.

b) relativo (para atender às famílias que não são proprietárias):

i) para mais de 1 a 5 s.m. = 614 000 domicílios;

ii) para até 1 s.m. = 195 000 domicílios.

O déficit habitacional absoluto representa o limite inferior para a estimativa das carências habitacionais, enquanto o déficit relativo, o seu limite superior. Vale ressaltar que essa estimativa de carências futuras a serem atendidas traz sub-

jacente não apenas o atual nível de atribuição de competência assumido pelo poder público estadual e municipal (ou seja, a população nas faixas de renda de 1 a 5 salários mínimos), bem como aquele grupo populacional que tem ficado à margem dos programas habitacionais existentes, composto pelas famílias sem rendimento ou cuja renda mensal domiciliar vai até 1 salário mínimo, que corresponde à faixa de população na pobreza absoluta e que deveria constituir-se em clientela prioritária das políticas sociais levadas a efeito pelo poder público.

É importante ressaltar que esses limites estimados para a variação do déficit habitacional representam apenas indicações do escopo que deverá abranger uma Política Habitacional socialmente orientada, sendo esses limites variáveis em função da evolução das condições sócio-econômicas da população, bem como em função do ritmo que o processo de urbanização/migração venha a assumir.

1.3 REQUISITOS FINANCEIROS

Partindo-se das perspectivas previstas para a evolução do déficit habitacional até 1990, cabe agora estimar o volume de recursos necessários para permitir a ampliação dos Programas Habitacionais, no sentido de atender às carências calculadas, em seus diferentes níveis.

Tomando-se como custo médio por unidade a ser construída o valor de 600 UPC, tem-se o seguinte montante de recursos necessários para 1990:*

*Valor da UPC em janeiro/84 = Cr\$ 7 545,98. Esse custo médio, estimado a preços de hoje, incorpora uma parte da construção em regime de mútirão.

- a) para atender ao déficit habitacional absoluto:
- i) para mais de 1 a 5 s.m. = 117 600 000 UPC
(Cr\$ 887 bilhões);
 - ii) Para até 1 s.m. = 54 600 000 UPC (Cr\$ 412 bilhões).
- b) para atender ao déficit habitacional relativo:
- i) para mais de 1 a 5 s.m. = 368 400 000 UPC
(Cr\$ 2,8 bilhões);
 - ii) para até 1 s.m. = 117 000 000 UPC (Cr\$ 882 bilhões).

Um primeiro aspecto a destacar refere-se ao fato de que o crescimento do déficit habitacional é significativamente superior ao ritmo de ampliação dos programas existentes. Assim, tem-se para 1990 um déficit superior ao existente em 1980. No entanto, o crescimento dos recursos aplicados nos Programas Habitacionais vem decrescendo em termos reais a partir de 1980.

Considerando a evolução dos recursos disponíveis para aplicação no Estado entre 1980 e 1983, com Programas Habitacionais, verifica-se que a parcela de recursos à conta do Tesouro estadual é bem pouco significativa em relação aos recursos próprios que, no caso, representam basicamente operações de crédito junto ao SFH. Apenas em 1983 a participação do Tesouro torna-se mais expressiva, principalmente em virtude da redução em termos nominais dos recursos repassados pelo SFH (tabela 12).

TABELA 12 - RECURSOS PARA PROGRAMAS HABITACIONAIS, SEGUNDO FONTES (COHAPAR), NO PARANÁ - 1980-83
(Em Cr\$ milhão a preços de 1983*)

ANO	RECURSOS DO TESOURO ESTADUAL	RECURSOS PRÓPRIOS	TOTAL
1980	167,0	43 315,6	43 482,6
1981	213,7	24 422,5	24 636,2
1982	76,5	31 434,6	31 511,1
1983	1 424,6	9 158,1	10 582,7

* FONTE: Paraná, Governo do Estado. Mensagem à Assembleia Legislativa - 1982, 1983 e 1984

*Deflador: IGP - DI, col 2, FGV

As perspectivas de crescimento para os recursos disponíveis são bastante modestas em função das dificuldades econômicas e financeiras que o país vem atravessando. É de se supor, portanto, que a defasagem entre o déficit habitacional e os recursos disponíveis para enfrentá-lo tenda a aumentar sensivelmente.

Mesmo considerando-se que a meta estabelecida pelo atual Governo - construção de 90 mil novas habitações - venha a ser atendida até 1986 (para o que estima-se como necessário um montante de recursos da ordem de Cr\$ 407 bilhões), ainda assim o déficit absoluto apenas se reduziria para 106 000 novas habitações e o déficit relativo, para 524 000 habitações.

Portanto, as perspectivas de atendimento às necessidades habitacionais no Estado estão severamente limitadas pelos recursos disponíveis e agravam-se sobremaneira face às dificuldades enfrentadas pela população-alvo dos Programas Habitacionais levados a efeito pelo Estado.

De fato, há uma incompatibilidade básica entre o crescimento da renda da clientela potencial (geralmente assalariados, cujos rendimentos têm evoluído em níveis inferiores aos da inflação) e o crescimento dos custos da construção, que vem acompanhando de perto os índices inflacionários. Fica comprometida, assim, a própria concepção básica de eficiência da Política Habitacional, caracterizada pelos níveis de estoque e inadimplência alcançados e pela inacessibilidade ao mercado, que exclui do sistema exatamente a população situada nas faixas de renda mais baixas que tende à favelização, ao cortiçamento ou mesmo a tentar precariamente a própria produção da moradia.

A busca de alternativas que conduzam a uma maior eficiência do sistema tem levado o Estado a procurar maior participação dos poderes públicos municipais, atuando não apenas na redução do custo da construção, mas também na adequação dos projetos às condições locais (tanto em termos dos materiais utilizados, como também dos hábitos e costumes da população).

Da mesma forma, um maior envolvimento da população interessada (autoconstrução) e da comunidade (mutirão) tem permitido reduções de custo de até 50%.*

Em síntese, não podem ser ignoradas as dificuldades que a execução da Política Habitacional vem encontrando, quer do ponto de vista da concepção técnica dos conjuntos habitacionais, das possibilidades de ampliar essa forma de atendimento (dado o custo crescente da construção e/ou rebaixamento da qualidade) e das condições de acesso das populações de mais baixa renda aos programas do BNH.

Também não podem ser ignoradas as restrições que ora preponderam sobre as aplicações do BNH, cujos orçamentos-programa vêm sendo submetidos a progressivas reduções e remanejamentos, seja como decorrência de medidas restritivas de política econômica, seja por conta da acentuada redução dos saldos líquidos do FGTS.

Assim, resta a alternativa para o Estado de buscar a viabilização de uma política habitacional independente, sustentada por um esquema institucional e financeiro cujo funcionamento possa correr em paralelo aos mecanismos geridos pelo BNH.

*Pode-se citar um exemplo fornecido pela COHAB-CT, onde a construção contratada junto a construtoras chegava a 12 ou 13 UPC por m² e a autoconstrução não atingia custos superiores a 6 UPC por m².

2 SANEAMENTO

2.1 SITUAÇÃO ATUAL

A clientela potencial do sistema de saneamento (abastecimento de água e coleta de esgoto) é definida essencialmente a partir da população urbana e, especificamente, está associada às alternativas habitacionais.

Com base nas informações censitárias, é possível caracterizar o atendimento à população no Estado do Paraná em 1980 da forma como aparece na tabela 13.

TABELA 13 - MODALIDADES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E INSTALAÇÕES SANITÁRIAS NA ZONA URBANA, NO PARANÁ - 1980

MODALIDADES	DOMICÍLIOS		PESSOAS	
	Absolutos	Percentuais	Absolutos	Percentuais
Abastecimento de Água	993 546	100,0	4 409 280	100,0
Com Canalização Interna	705 140	71,0	3 090 308	70,1
Rede Geral	633 384	63,7	2 759 244	62,6
Poço ou nascente	69 219	7,0	320 179	7,3
Outra forma	2 537	0,3	10 885	0,2
Sem canalização Interna	288 406	29,0	1 318 972	29,9
Rede geral	115 628	11,6	512 404	11,6
Poço ou nascente	159 461	16,1	750 811	17,0
Outra forma	13 317	1,3	55 757	1,3
Instalação sanitária	970 661	100,0	4 307 029	100,0
Só do domicílio	823 732	84,9	3 716 276	86,3
Rede geral	206 307	21,3	845 372	19,6
Fossa Sêptica	215 675	22,2	974 864	22,6
Fossa Rudimentar	387 010	39,9	1 825 649	42,4
Outro	14 740	1,5	70 391	1,7
Comum a mais de um	121 654	12,5	483 494	11,2
Rede geral	10 174	1,0	35 678	0,8
Fossa Sêptica	15 906	1,6	60 740	1,4
Fossa Rudimentar	90 913	9,4	369 057	8,6
Outro	4 661	0,5	18 019	0,4
Não tem	25 275	2,6	107 259	2,5

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6, p.95

Caracteriza-se, portanto, o atendimento através da rede

geral operada por entidades públicas que atuam no setor em 75,3% dos domicílios e 74,2% da população no que se refere ao abastecimento de água e 22,3% dos domicílios e 20,4% da população para os serviços de esgoto. Restam, portanto, por atender, 25,8% da população urbana com água e 79,6%, com esgoto.*

O atendimento das necessidades na área de saneamento básico é de integral responsabilidade do setor público. No Paraná, o atendimento dos serviços de água e esgoto é conduzido em sua grande maioria pela Companhia de Saneamento do Paraná - SANEPAR -, de âmbito estadual. Atua também nessa área a Fundação SESP (do Governo Federal) que tem a concessão dos serviços em 4 municípios e um número decrescente de autarquias municipais, cuja área de concessão vem sendo absorvida paulatinamente pela concessionária estadual, conforme dados da tabela 14.

O Plano de Ação do Governo Estadual estabeleceu como metas para 1986 atender com água tratada 95% da população urbana em todos os municípios do Estado e ampliar o atendimento dos serviços de esgoto a 28% dessa população.

Os índices de carência apresentados anteriormente permitem avaliar a que distância se encontra o atendimento das metas fixadas, caracterizando uma situação mais delicada no que se refere à rede de esgoto, cuja expansão fica comprometida,

*O total a que se referem esses valores corresponde ao total de domicílios e pessoas informantes do Censo para cada um dos quesitos considerados. Tomando-se a população urbana total do Estado em 1980 (4 472 561 habitantes), os índices de atendimento atingidos segundo a SANEPAR eram 79,4% para o abastecimento de água e 19,3% para os serviços de esgoto, caracterizando um nível de carência de, respectivamente, 20,6% e 80,7% em termos globais de atendimento à população-alvo do sistema de saneamento. As diferenças nos índices de atendimento encontrados aqui e acima devem-se, seguramente, às diferentes características das pesquisas que originam os dados utilizados.

TABELA 14 - POPULAÇÃO URBANA ATENDIDA EM SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO, SEGUNDO CONCESSIONÁRIAS, NO PARANÁ - 1980-82

CONCESSIONÁRIAS	ABASTECIMENTO DE ÁGUA			SERVIÇOS DE ESGOTO		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982
SANEPAR						
Sedes Municipais	210	229	250	30	33	33
Distritos	31	33	53	-	-	-
População Atendida	3 137 545	3 482 000	3 649 581	831 650	938 000	969 347
% da Pop. Urbana*	77%	83%	83%	31%	33%	35%
OUTRAS						
Sedes Municipais	71	60	49	7	5	5
População Atendida	412 003	316 073	289 844	32 932	25 253	24 106
% da Pop. Urbana*	79%	79%	79%	18%	18%	18%
TOTAL DO ESTADO						
Sedes Municipais	281	289	299	37	38	38
População Atendida	3 549 548	3 798 073	3 939 425	864 582	963 253	993 453
% da Pop. Urbana*	78%	83%	83%	30%	33%	34%
SEM ABASTECIMENTO	9	11**	11	253	262	272

FONTE: SEIN/SANEPAR

*Considerada a população urbana da área de concessão

**Dos quais 10 constituídas por sedes de municípios criados em 1980-81

inclusive, pela prioridade explicitada no PLANASA, à qual, obviamente, estão condicionados os recursos disponíveis para o setor.

A alternativa buscada pelo Governo Estadual orienta-se para o emprego de novas tecnologias, mais simples e de custo menor, facilitando o uso desses serviços essenciais por parte das pequenas comunidades.

Por outro lado, é possível verificar-se o grau de concentração na distribuição dos benefícios sociais dos serviços de saneamento por categorias sócio-econômicas da população.

Embora apenas indicativos, os dados apresentados na tabela 15 * mostram que o abastecimento de água, através da rede geral, já tem alguma representatividade, mesmo em se tratando de famílias de mais baixa renda; o grupo na faixa de mais de 1 a 5 salários mínimos recebe esse atendimento em 73% dos domicílios. Mas, a faixa de população com renda inferior a 1 salário mínimo, ou sem rendimento, apresenta um elevado nível de carência em relação a esse serviço; mais de 50% dos domicílios nessa faixa de renda não são abastecidos pela rede geral.

TABELA 15 - PROPORÇÃO DE DOMICÍLIOS URBANOS ATENDIDOS PELA REDE GERAL DE ÁGUA E ESGOTO, SEGUNDO FAIXAS DE RENDA, NO PARANÁ - 1980

MODALIDADES	RENDA MÉDIA MENSAL DOMICILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)					TOTAL	
	Até 1 SM	Mais de 1 a 5 SM	Mais de 5 a 10 SM	Mais de 10 SM	Sem declaração	ABS	%
	%	%	%	%	%		
Abastecimento de água	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	993 546	100,0
Rede Geral	46,4	73,3	90,0	93,4	75,4	749 012	75,4
Poço, nascente, outra forma	53,6	26,7	10,0	6,6	24,6	244 534	24,6
Instalação Sanitária (escoadouro)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	970 661	100,0
Rede Geral	5,4	15,2	39,5	56,3	33,9	216 481	22,3
Fossa séptica, rudimentar e outro	86,3	82,4	60,1	43,6	63,4	728 905	75,1
Não tem	8,3	2,4	0,4	0,1	2,7	25 275	2,6

FONTES: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6

*O Censo Demográfico não apresenta a distribuição dos domicílios urbanos atendidos com água e esgoto, segundo faixas de renda. Utilizou-se, portanto, a mesma distribuição de renda apresentada para o total de domicílios.

De forma mais significativa tem-se, no que se refere ao sistema de esgoto, uma maior iniquidade no atendimento à população, pois apenas nas faixas de renda superior a 10 salários mínimos ganha alguma representatividade o atendimento pela rede geral, atingindo a mais de 50% dos domicílios dessas faixas.

De modo geral, é bastante elevada, em todas as faixas de renda, a porcentagem de domicílios atendidos por fossa séptica, rudimentar ou outro tipo de escoadouro e, nas faixas de renda inferiores a 1 salário mínimo, quase 10% dos domicílios não têm qualquer tipo de instalação sanitária.

Essa distribuição dos serviços de saneamento, de forma diretamente proporcional à renda dos domicílios, torna-se mais perversa quando se considera que 16,7% dos domicílios paranaenses têm como renda média mensal até 1 salário mínimo, 60,6% estão na faixa de mais de 1 a 5 salários mínimos, 13,3% dos domicílios estão na faixa de 5 a 10 salários mínimos e 8,7% têm renda mensal domiciliar superior a 10 salários mínimos.*

Finalmente, é possível avaliar a adequação dos domicílios quanto às instalações de água e esgoto.

Consideraram-se como adequados aqueles domicílios cujas instalações sanitárias se acham ligadas à rede geral de esgoto, ou que possuem fossa séptica, e como inadequados aqueles dotados de fossa rudimentar, ou outro tipo de escoadouro, bem como os totalmente desprovidos de instalação. Note-se que aqueles domicílios com instalação de esgoto em comum com um outro (ou com mais de um) domicílio foram considerados como desprovidos de instalação.

*Conforme IBGE - Censo Demográfico de 1980, t.6, p.112.

Quanto ao abastecimento de água, foram considerados como adequados aqueles domicílios ligados à rede geral, ou com poço ou nascente e mesmo outra forma de abastecimento, desde que tivessem canalização interna. Aqueles sem canalização interna foram considerados inadequados (tabela 16).

TABELA 16 - ADEQUAÇÃO DOS DOMICÍLIOS URBANOS QUANTO ÀS INSTALAÇÕES DE ÁGUA E ESGOTO, NO PARANÁ - 1980

MODALIDADES	DOMICÍLIOS	
	Adequados	Inadequados
Abastecimento de Água	705 140	288 406
Instalações Sanitárias	421 982	548 679

FONTE: IBGE - Censo Demográfico, 1980, t.6, p.95

Portanto, analisando-se as condições do abastecimento de água e esgoto, sob o prisma de sua adequação às necessidades residenciais, novamente verifica-se que em 71% dos domicílios as condições de abastecimento de água são adequadas e em 43%, as instalações sanitárias também o são. Convém enfatizar que os critérios de adequação aqui considerados são enfocados do ponto de vista das condições habitacionais e não do ângulo da prestação dos serviços.

2.2 PERSPECTIVAS PARA 1990

A estimativa das necessidades de serviços de saneamento para 1990 está diretamente relacionada às necessidades habitacionais, ou seja, ao incremento esperado no número de domicílios, além da redução das carências observadas.

Considerando-se apenas os domicílios urbanos, o acréscimo esperado é de 407 232, equivalendo a 41% a mais que o número de domicílios existentes em 1980, aos quais corresponderão número equivalente de ligações de água e esgoto.

Deduzindo-se desse total o número de ligações feitas em 1981, 1982 e 1983 é possível estabelecer qual a necessidade de novas ligações até 1990 (tabela 17).

TABELA 17 - LIGAÇÕES RESIDENCIAIS DE ÁGUA E ESGOTO EFETUADAS, NO PARANÁ - 1981-83

ANO	ÁGUA	ESGOTO
1981	48 530	30 536
1982	95 186	38 355
1983	60 621	19 054
TOTAL	204 337	87 945

FONTE: SEIN/SANEPAR

Além disso, entretanto, é necessário acrescentar a essa estimativa de novas ligações, os valores correspondentes ao déficit observado em 1980, ou seja, 244 534 domicílios para água e 754 180 domicílios para esgoto.*

Obtêm-se então, em resumo, a estimativa das carências conforme tabela 18.

TABELA 18 - ESTIMATIVA DA CARÊNCIA POTENCIAL, NO PARANÁ - 1990

	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	REDE DE ESGOTO
Carência em 1980*	244 534	754 180
Novas ligações (1981-83)	204 377	87 945
Δ domicílios (1980-90)**	386 870	264 700
Carência potencial	427 067	930 935

FONTE: IPARDES

*Refere-se aos domicílios, na zona urbana, não atendidos pela rede geral

**Refere-se a 95% do acréscimo no número de domicílios, de acordo com a meta do PLANASA, para 1990, para o abastecimento de água e 65% dos domicílios em termos de esgoto

*Calculado a partir das informações da tabela 13 e referente aos domicílios não atendidos pela rede geral.

Porém, não necessariamente aqueles domicílios que não estão ligados à rede geral de esgoto deveriam estar. Isso porque as condições técnicas podem indicar, em função de características do terreno, do relevo, etc., que uma solução alternativa seja perfeitamente adequada. Assim, é possível estimar as carências potenciais, no que se refere à rede de esgoto, partindo-se de noções de carência distintas. Ou seja, numa primeira hipótese pode-se admitir como tecnicamente aceitável o escoadouro através de fossa séptica, além do atendimento pela rede geral e, nesse caso, a carência observada em 1980 reduz-se em 30%. Numa segunda hipótese, admite-se que parte do acréscimo no número de domicílios a serem atendidos terá como escoadouro fossa séptica, reduzindo-se, portanto, a carência potencial a ser suprida pela rede geral. Essas hipóteses estão quantificadas na tabela 19.

TABELA 19 - ESTIMATIVA DA CARÊNCIA POTENCIAL, NO PARANÁ - 1990

	ESGOTO*	ESGOTO**
Carências em 1980	522 599	522 599
Novas ligações (1981-83)	87 945	87 945
Δ Domicílios (1980-90)	264 700	201 172
Carência potencial	699 354	635 826

FONTE: IPARDES

*Aceitou-se como adequado o escoadouro por rede geral ou fossa séptica

**No número de novos domicílios a serem atendidos, descontou-se 24% que corresponde aos domicílios a serem atendidos por fossa séptica, mantendo-se sua proporção observada no total em 1980. Trata-se, inclusive, de uma hipótese otimista, na medida em que a tendência esperada para a década é de aumento do grau de urbanização no Estado, de forma concentrada nas maiores cidades

No caso dos serviços de saneamento, os diferentes níveis que o atendimento, por parte do setor público, pode assumir dependem muito mais de condições técnicas associadas à

prestação do serviço de que propriamente de outras alternativas de clientela a ser atendida. Isso porque, pelo porte assumido pelos investimentos a serem feitos e pela própria indivisibilidade na produção, é indiscutível que o atendimento das necessidades nessa área é de integral responsabilidade do setor público. E, além disso, nas estimativas anteriores de carência potencial já se procurou incluir variações indicativas de diferentes opções técnicas quanto à forma possível de atendimento.

Caberia ainda avaliar outras formas que poderiam assumir os serviços de saneamento, a partir do estabelecimento de uma diferenciação regional e, principalmente, da consideração de diferentes tamanhos de cidade e, portanto, de opções tecnológicas alternativas para ampliação dos serviços. Entretanto, ao nível agregado de análise com que se está trabalhando, essas considerações ficam prejudicadas. Da mesma forma, não está sendo confrontada a possibilidade de prestação de serviço de saneamento por autarquias municipais vis à vis ao atendimento prestado pela concessionária estadual.

Resta ainda calcular a carência potencial em termos de serviços de saneamento associada à expansão do déficit habitacional. Para tanto, serão consideradas as informações relativas à adequação dos domicílios quanto ao abastecimento de água e serviços de esgoto, no sentido de se obter a carência observada em 1980.* Descontando-se deste total as novas ligações residenciais efetuadas entre 1981-83, tem-se a carência resi-

*Calculada com base nas informações apresentadas na tabela 16.

dual, à qual serão acrescentados os novos domicílios a serem atendidos até 1990 (tabela 20).

TABELA 20 - ESTIMATIVA DA CARÊNCIA POTENCIAL, NO PARANÁ - 1990

	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	REDE DE ESGOTO
Carência em 1980 (domicílios inadequados)	288 406	548 679
Novas ligações (1981-83)	204 337	87 945
Δ Domicílios (1980-90)*	386 870	201 172
Carência potencial	470 939	661 906

FONTE: IPARDES

*Refere-se a 95% do acréscimo no número de domicílios, de acordo com a meta do PLANASA, para 1990, para o abastecimento de água e 65% dos domicílios em termos de esgoto. Desse último valor, descontou-se ainda 24% que corresponde aos domicílios a serem atendidos por fossa séptica, mantendo-se sua proporção observada no total em 1980. Trata-se, inclusive, de uma hipótese otimista, na medida em que a tendência esperada para a década é o aumento da urbanização no Estado, de forma concentrada nas maiores cidades

2.3 REQUISITOS FINANCEIROS

A estimativa dos requisitos financeiros necessários para que o Estado atenda às novas ligações de água e esgoto, bem como supra as carências constatadas, considera faixas de variação para os valores relativos ao custo do investimento e aos custos operacionais. Essa variação está associada a diferentes padrões técnicos decorrentes da natureza do serviço prestado. Assim, tem-se, segundo informações da SANEPAR:

a) para abastecimento de água:

Investimento: 6 a 15 ORTN por habitante atendido

Custo Operacional: direto - 1,8 a 2,5 ORTN por ligação,

indireto - 0,5 a 1,0 ORTN por ligação.

A composição do custo do investimento, nesse caso, é

a seguinte: a captação e adução representam de 20% a 30% do total, o tratamento varia entre 10% e 20%, enquanto a distribuição, incluindo reservação, representa de 70% a 50% do total do investimento, variando de acordo com requisitos técnicos dos projetos. O custo operacional direto refere-se a gastos com pessoal, energia, produtos químicos, manutenção, etc., enquanto o custo operacional indireto refere-se a despesas administrativas. A composição do custo operacional é a seguinte: os serviços representam de 50% a 40%, os materiais utilizados perfazem 30% a 35% e o equipamento absorve de 20% a 25% do total do custo operacional;

b) para a rede de esgoto, tem-se:

Investimento: 15 a 28 ORTN por habitante atendido

Custo Operacional: direto - 0,8 a 1,5 ORTN por ligação,
indireto - 0,2 a 0,6 ORTN por ligação.

O custo de investimento apresenta a seguinte composição: 40% do total refere-se à rede coletora (incluindo ramais e ligações), cerca de 20% corresponde aos emissários e aproximadamente 40% representa o tratamento e a disposição final.

Já, a composição do custo operacional apresenta as seguintes variações: de 60% a 55% representa despesas com serviços, de 30% a 35% refere-se ao custo do material, enquanto o custo do equipamento está em torno de 10% do total.

A partir dessas informações, é possível estimar os requisitos financeiros associados às diferentes hipóteses quanto

ã carência potencial em 1990. Para tanto, serão utilizados coeficientes técnicos fornecidos pela SANEPAR que permitem a transformação dos valores fornecidos em termos de habitante atendido para valores por ligação, ou seja, uma taxa média de ocupação de 4,4 habitante/economia e 1,25 economia/ligação residencial para água; e uma taxa média de ocupação de 5 habitante/economia e 1,25 economia/ligação residencial para esgoto. Com isso, os custos de investimento passam a ser de 33 a 82,5 ORTN/ligação para água e de 94 a 175 ORTN/ligação para esgoto.

A tabela 21 apresenta as estimativas feitas para o montante de recursos necessários ao atendimento das carências previstas, na área de saneamento, para 1990.

Verifica-se que esse montante de recursos é bastante afetado pelo elevado peso dos investimentos necessários, principalmente no que se refere aos sistemas de esgoto, em relação aos custos operacionais. Para o abastecimento de água, os requisitos em termos de investimento são substancialmente inferiores, embora seu custo operacional seja mais elevado que nos sistemas de esgoto.

Na medida que as carências em termos de esgotos são bastante superiores em relação ao abastecimento de água, resulta que uma política de saneamento que almeje uma ampla cobertura da população urbana do Estado terá um significativo impacto em termos de necessidades de recursos de investimento.

Resta acrescentar a essas estimativas o montante de recursos necessários para a manutenção da rede já existente. Utilizando-se as informações relativas ao custo operacional direto e indireto para a rede de água e esgoto e multiplicando-se pelo número de ligações existentes em janeiro de 1984,

TABELA 21 - REQUISITOS FINANCEIROS PARA PROGRAMAS DE SANEAMENTO E HABITAÇÃO, NO PARANÁ - 1990

PROGRAMA	CARÊNCIA POTENCIAL (DOMICÍLIO) ¹	INVESTIMENTO*		CUSTO OPERACIONAL*				TOTAL*		REQUISITOS FINANCEIROS (EM Cr\$ MILHÕES)**	
				Direto		Indireto					
		Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Saneamento											
Água	430 000	14 190	35 475	774	1 075	215	430	15 179	36 980	114 540	279 050
Esgoto - 1ª hipótese	930 000	87 420	162 750	744	1 395	186	558	88 350	164 703	666 687	1 242 846
2ª hipótese	700 000	65 800	122 500	560	1 050	140	420	66 500	123 970	501 808	935 475
3ª hipótese	630 000	59 220	110 250	504	945	126	378	59 850	111 573	451 627	841 928
Habitação											
Água	470 000	15 510	38 775	846	1 175	235	470	16 591	40 420	125 195	305 009
Esgoto	660 000	62 040	115 500	528	990	132	396	62 700	116 886	473 133	882 019

FONTE: IPARDES

¹Ver item 2.2

*Requisitos Financeiros em 1 000 ORTN

**Valor da ORTN de janeiro de 1984 = Cr\$ 7 545,98

tem-se a estimativa de necessidade de recurso/ano (tabela 22).

TABELA 22 - NECESSIDADE ANUAL DE RECURSOS OPERACIONAIS PARA
ÁGUA E ESGOTO, NO PARANÁ

	ÁGUA	ESGOTO
Ligações Existentes		
Residenciais	736 015	173 719
Outras	65 198	22 350
TOTAL	801 213	196 069
Recursos Necessários em ORTN/ano:		
Mínimo	1 842 790	196 069
Máximo	2 804 246	411 745
Recursos Necessários em Cr\$ 1 000/ano:*		
Mínimo	13 905 656	1 479 533
Máximo	21 160 784	3 107 020

FONTE DOS DADOS BRUTOS: SANEPAR

*A preços da ORTN de janeiro/84 = Cr\$ 7 545,98

Deve-se ressaltar, entretanto, que no caso dos serviços de saneamento a comunidade participa, através do pagamento de tarifas, do seu financiamento. A questão que se coloca, portanto, está nas fontes de recursos disponíveis para o Estado atuar no setor e que, tradicionalmente, são operações de crédito internas, vinculadas ao PLANASA, de onde provêm cerca de 95% dos recursos.

Entretanto, face à dimensão dos recursos necessários para a plena consecução de uma política no setor, há necessidade de buscar-se alternativas tecnológicas mais simples e de menor custo, onde seja possível uma estratificação do tipo de atendimento prestado face ao tamanho (e condições físicas) dos núcleos urbanos que se procurará atender. Essa discussão, bem como a possibilidade de um maior envolvimento do poder público municipal nos Programas de Saneamento, deverá ser objeto de avaliação na etapa seguinte do trabalho.

3 EDUCAÇÃO

3.1 SITUAÇÃO ATUAL

No Brasil, o ensino regular está dividido em três graus: o ensino básico ou 1º grau, o ensino médio ou 2º grau, e o ensino superior ou 3º grau. Existindo ainda o ensino especial, destinado aos deficientes físicos e mentais; o ensino profissionalizante; o ensino de pós-graduação; e o ensino supletivo, para os que não cursaram o 1º e/ou 2º grau do ensino regular na época adequada.

O 1º grau do ensino regular, obrigatório por lei para as crianças na faixa de 7 a 14 anos de idade, será o objeto da análise feita a seguir.

3.1.1 Clientela Potencial

No Paraná, em 1980, a popula o residente na faixa de 7 a 14 anos atingia o montante de 1 588 424⁷ pessoas, das quais 861 184 (54,2%) na zona urbana e 727 240 (45,8%) na zona rural.

Tratando-se de educa o básica, era de se esperar que praticamente toda a popula o da faixa etária correspondente fosse atingida. Fixando-se o atendimento desejável em 95%* da

*Considerando-se em 5% o total de crianças deficientes físicas ou mentais, que não demandam o ensino regular, mais aquelas que por op o dos pais não freqüentam a escola.

⁷FUNDA O IBGE. Censo Demográfico Paraná 1980. Rio de Janeiro, 1983. t.3.

população e sabendo-se que em 1980 a taxa de escolarização das crianças de 7 a 14 anos foi de 81,7%* (conforme tabela 23), tem-se uma diferença de 13,3%, ou seja, 200 697 crianças desta faixa de idade, que deveriam ter sido atendidas, ficaram fora da escola, naquele ano.

A situação agrava-se quando se considera apenas a população de 7 anos, aquela que deveria ingressar no sistema, pois em 1980 somente 71,5% das crianças dessa idade estavam na escola, restando por atender 23,5% ou 46 650 crianças. Na análise posterior serão levantadas hipóteses sobre as causas pelas quais estas crianças ficaram fora da escola.

3.1.2 Matrículas

O total de matrículas no 1º grau, no Paraná, em 1980 era de 1 520 921** alunos. Desse total, 92,6% frequentava a rede pública de ensino, sendo 842 061 (55%) alunos matriculados na rede escolar estadual e 565 822 (37%) matriculados na rede municipal e os 7,4% restantes, num total de 112 429, alunos frequentavam a rede particular de ensino.

No ensino de 1º grau, composto de oito séries, há unidades escolares que ministram apenas as quatro primeiras, o que leva muitos alunos a abandonarem a escola nessa fase, deixando de cursar as séries terminais.

*A taxa de escolarização obtida a partir das informações da FUNDEPAR é mais elevada que a que se obtém utilizando os dados do IBGE (70,7%), isto porque o levantamento da FUNDEPAR é realizado em abril/80 e o do IBGE em setembro/80, sendo que nesse último já está descontada parte da evasão escolar, a ocorrida no período de abril a setembro.

**Essa informação e todas as que se referem a dados de matrícula foram obtidas junto à Fundação Educacional do Paraná - FUNDEPAR.

Por isso, observando-se o total de matrículas por série (tabela 23), nota-se que as quatro séries iniciais concentram 70% (1 057 856) das mesmas, restando 30% (463 065) das matrículas para as quatro séries finais.

Na rede de ensino estadual, a distribuição de matrículas entre as séries iniciais e finais do 1º grau é mais homogênea, 52,8% dos alunos estão nas quatro primeiras séries e os restantes 47,2%, nas quatro últimas. Já, na rede municipal ocorre uma elevada concentração de matrículas, 95,8% nas séries iniciais, restando apenas 4,2%, ou 23 656 alunos, nas séries terminais, isto porque as escolas municipais em sua maioria não oferecem matrícula nas séries terminais e, ainda, na zona rural, mantêm escolas com uma só sala de aula, onde funcionam turmas multisseriadas de 1.^a a 4.^a séries.

3.1.3 Capacidade de Atendimento

Em 1980, existiam no Estado do Paraná 22 621 salas de aula na zona urbana (tabela 24) e 11 338, na zona rural (tabela 25), totalizando 35 959 salas de aula. Arbitrando-se uma área média de 30 m² por sala,* tinha-se no total do Estado 1 078 770 m² de salas de aula por turno. Admitindo-se que a metade dessa área fosse utilizada em dois turnos e sabendo-se que o Conselho Estadual de Educação na Deliberação 26/72 -art. 24 fixa o limite mínimo de 1 aluno/m², haveria lugar para 1 618 155 alunos, 6,4% a mais que os 1 520 921 efetivamente matriculados.

*Segundo especialistas do setor, as salas de aula urbanas têm em média 45m² de área e as da zona rural variam muito, desde 10m²/sala até 45m²/sala, arbitrando-se para essas média em 15 m²/sala.

TABELA 23 - TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO DE 1º GRAU, NO PARANÁ - 1980

IDADE	POPULAÇÃO ESCOLARIZÁVEL (1)	POPULAÇÃO ESCOLARIZADA (2)	1º GRAU (%)								TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO (%)	
			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª		
Menos de 7	196 347	34 198	34 092	105	1	-	-	-	-	-	-	17,4
7	198 527	141 952	121 531	20 235	174	12	-	-	-	-	-	71,5
8	198 225	180 254	97 404	64 784	17 504	377	5	-	-	-	-	90,9
9	197 093	189 402	58 814	60 676	54 900	14 541	451	10	-	-	-	96,1
10	204 324	188 516	35 255	44 274	53 016	42 817	12 522	563	16	13	-	92,3
11	198 846	180 278	21 398	29 325	41 165	43 249	33 674	10 871	560	36	-	90,7
12	200 962	166 366	13 291	19 617	29 209	34 844	33 531	26 595	8 525	754	-	82,8
13	192 642	143 752	6 961	10 828	17 920	23 831	27 500	26 500	21 986	8 166	-	74,6
14	197 805	107 870	2 998	5 299	8 913	13 078	19 751	20 548	19 617	17 666	-	54,5
Σ 7 a 14	1 588 424	1 298 390	357 652	255 038	222 881	172 749	127 544	85 087	50 704	26 635	-	81,7
15	193 104	68 219	948	1 806	3 168	5 131	12 832	14 566	14 739	14 969	-	35,3
16	189 144	40 857	219	400	778	1 460	8 106	9 280	9 926	10 688	-	21,6
17	184 316	26 136	84	147	187	400	5 157	6 172	6 628	7 351	-	14,2
18	178 062	16 497	15	34	47	122	3 288	3 957	4 396	4 638	-	9,2
19	172 052	10 630	18	22	33	76	2 232	2 528	2 738	2 983	-	6,2
Σ 5 a 19	916 608	162 339	1 284	2 409	4 213	7 189	31 675	36 503	38 427	40 639	-	17,7
SUBTOTAL	2 701 459	1 494 927	393 028	257 552	227 195	179 938	159 219	121 590	89 131	67 274	-	55,3
+ de 19	-	25 994	16	27	25	75	6 722	6 148	6 400	6 581	-	-
TOTAL	-	1 520 921	393 044	257 579	227 220	180 013	165 941	127 738	95 531	73 855	-	-

FONTE DOS DADOS BRUTOS: ¹IBGE - Censo Demográfico do Paraná, 1980, t.3²FUNDEPAR

TABELA 24 - SALAS DE AULA DA ZONA URBANA E ACRESCIMO DE SALAS DE AULA, EM NÚMERO E ÁREA, NA REDE ESTADUAL DE ENSINO, NO PARANÁ - 1979-81

DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA	JUL/79 (1)	Δ 1979 (2)	Δ 1980 (2)	Δ 1981 (2)	Δ 1982 (3)	Δ 1983 (4)	Δ 1984 (4)
Federal							
nº	124	-	-	-	-	-	-
m²	-	-	-	-	-	-	-
Estadual							
nº	12 962	564	832	848	1 059	581	463
m²	-	50 150	77 900	80 200	89 287	50 457	40 056
Municipal							
nº	2 772	-	-	-	-	-	-
m²	-	-	-	-	-	-	-
Particular							
nº	5 363	-	-	-	-	-	-
m²	-	-	-	-	-	-	-
SUBTOTAL	21 225	-	-	-	-	-	-

FONTE: ¹FUNDEPAR - Atualização do Levantamento de Prédios Escolares - 1979²SIEE/SEED - FUNDEPAR - Listagem de estabelecimentos de ensino - 1980³GOVERNO DO PARANÁ - Mensagem à Assembleia Legislativa - 1983⁴GOVERNO DO PARANÁ - Mensagem à Assembleia Legislativa - 1984

OBS.: (-) Dado não disponível

TABELA 25 - NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS E SALAS DE AULA NA ZONA RURAL, NO PARANÁ - 1979-80

DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA	1979		1980		(e)	(f)	(g)
	Estabelecimentos com séries term. de 1º Grau (1)		(2)				
	Estabelecimento (a)	Salas (b)	Estabelecimentos com 1 sala (c)	Estabelecimentos c/ 2 ou + salas (d)	(d) - (a)	(e) x 2	TOTAL DE SALAS (b)+(c)+(f)
Federal	-	-	4	1	1	2	6
Estadual	97	533	813	598	501	1 002	2 348
Municipal	119	464	7 635	1 410	1 291	2 582	10 681
Particular	16	207	32	48	32	64	303
TOTAL	232	1 204	8 484	2 057	1 825	3 650	13 338

FONTE: ¹FUNDEPAR - Atualização do Levantamento de Prédios Escolares - 1979²SIEE/SEED - FUNDEPAR - Listagem de estabelecimentos de ensino - 1980

OBS.: (e) Deduziu-se do total de estabelecimentos com 2 ou + salas aqueles, cujo número de salas era conhecido em 1979

(f) Multiplicou-se a diferença por 2 admitindo-se a hipótese mínima de esses estabelecimentos possuírem só duas salas de aula

(g) Portanto, o total de salas de aula em 1980 é igual à soma das salas de aula dos estabelecimentos com séries terminais do 1º grau em 1979 (b), com as salas de aula dos estabelecimentos que só possuíam uma sala de aula em 1980 (c), mais as salas de aula dos estabelecimentos que possuíam 2 ou + salas e que ofereciam só as séries iniciais do 1º grau (f).

3.1.4 Evasão e Reprovação

O abandono da escola pelos alunos antes de concluído o ciclo básico é um dos problemas mais sérios que afetam a área da educação no Paraná; na tabela 26 observa-se que para o total do 1º grau, a taxa média de evasão foi de 12,2%, sendo as taxas mais elevadas nas séries terminais do que nas iniciais.

Analisando-se a tabela 27, nota-se que apenas 16% das 450 875 crianças que ingressaram na 1ª série em 1972, chegaram a 8ª série em 1979, concluindo o ciclo básico.

Observando-se somente as matrículas das quatro primeiras séries, verifica-se que 35% das crianças matriculadas na 1ª série em 1972 chegaram a 4ª série em 1975. Esse percentual evoluiu 10 pontos em 7 anos, pois, das crianças matriculadas na 1ª série em 1979, 45% chegaram a 4ª série em 1982.

Uma das metas do atual Governo é fazer com que, em 1987, cerca de 60% das crianças que ingressaram na 1ª série concluam a 4ª série, ou seja, permaneçam pelo menos quatro anos na escola.

O índice de reprovação na escola também é um problema grave com que se defrontam os administradores públicos do Paraná. Nota-se na tabela 28 que a taxa média de reprovação no 1º grau foi de 14,5%, sendo esse um dos fatores que leva à evasão.

Essas elevadas taxas de evasão e reprovação são um indicador de baixo rendimento do sistema escolar; porém, informações de especialistas do setor indicam que as razões desses fatos devem ser buscadas mais na situação sócio-econômica das famílias que no próprio sistema escolar.

TABELA 26 - TAXA DE EVASÃO, POR DEPENDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS, SEGUNDO AS SÉRIES DO 1º GRAU, NO PARANÁ - 1980

(Em %)

SÉRIE	ESTADUAL			MUNICIPAL			PARTICULAR			TOTAL		
	Urbana	Rural	Urbana + Rural	Urbana	Rural	Urbana + Rural	Urbana	Rural	Urbana + Rural	Urbana	Rural	Urbana + Rural
1. ^a	12,5	16,3	13,2	11,1	19,2	17,2	7,8	12,4	8,2	11,6	18,8	15,2
2. ^a	7,0	8,9	7,3	7,0	12,3	10,8	3,3	6,1	3,6	6,5	11,7	8,8
3. ^a	6,8	9,0	7,1	6,6	11,7	10,2	3,3	6,3	3,6	6,4	11,2	8,3
4. ^a	6,2	8,1	6,5	6,3	10,8	9,3	3,3	7,2	3,5	5,9	10,3	7,6
TOTAL 1. ^a a 4. ^a	8,5	11,7	9,0	8,3	15,0	13,1	4,8	8,8	5,1	8,1	14,4	10,9
5. ^a	19,4	24,0	19,6	15,3	19,4	16,6	6,8	14,9	7,6	18,2	21,7	18,4
6. ^a	16,0	17,9	15,1	11,3	16,4	13,1	5,8	10,8	6,2	14,9	16,6	15,0
7. ^a	15,0	16,9	15,1	9,6	14,0	10,8	5,7	9,8	6,0	14,0	15,6	14,0
8. ^a	11,1	8,9	11,0	7,6	5,2	7,2	3,6	8,6	3,7	10,2	8,4	10,2
TOTAL 5. ^a a 8. ^a	16,2	18,9	16,3	12,4	16,8	13,8	5,6	12,2	6,2	15,1	17,6	15,3
TOTAL	12,3	13,2	12,4	8,7	15,0	13,1	5,1	10,0	5,5	11,0	14,6	12,2

FONTE DOS DADOS BRUTOS: FUNDEPAR

TABELA 27 - EVOLUÇÃO DA MATRÍCULA INICIAL, POR SÉRIES DO 1º GRAU, NO PARANÁ - 1972-82

ANO	SÉRIES DO 1º GRAU							
	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	7. ^a	8. ^a
1972	450 875	237 057	190 459	138 368	167 505	71 710	51 619	46 806
1973	448 523	241 931	203 655	151 371	159 536	93 472	57 981	41 901
1974	446 484	240 288	208 051	162 588	150 476	107 573	69 725	43 797
1975	439 264	238 567	196 273	157 169	150 149	107 756	90 524	61 258
1976	444 866	247 559	203 011	157 872	148 831	109 311	86 659	69 758
1977	447 365	253 122	211 275	164 761	151 609	113 637	88 471	67 556
1978	439 376	265 136	216 405	171 574	156 932	116 552	92 377	69 819
1979	408 767	270 318	223 954	173 006	167 086	121 222	94 183	73 125
1980	393 044	257 579	227 220	180 013	165 941	127 738	95 531	73 855
1981	372 358	255 887	219 848	185 831	167 740	123 949	97 310	73 407
1982	377 633	252 276	221 104	182 316	177 336	125 345	94 316	75 041

FONTE: FUNDEPAR

TABELA 28 - TAXA DE REPROVAÇÃO, POR DEPENDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS, SEGUNDO AS SÉRIES DO 1º GRAU, NO PARANÁ - 1980

(Em %)

SÉRIE	ESTADUAL			MUNICIPAL			PARTICULAR			TOTAL		
	Urbana	Rural	Urbana + Rural	Urbana	Rural	Urbana + Rural	Urbana	Rural	Urbana + Rural	Urbana	Rural	Urbana + Rural
1. ^a	19,6	24,1	20,5	23,6	25,6	25,1	13,7	20,2	14,3	20,1	25,3	22,8
2. ^a	12,5	9,7	12,1	14,3	9,8	11,1	9,6	11,5	9,7	12,6	9,8	11,4
3. ^a	11,5	7,3	10,9	13,8	6,4	8,6	8,8	9,5	8,8	11,8	6,6	9,6
4. ^a	7,9	4,3	7,5	9,5	3,4	5,4	7,6	8,6	7,7	8,3	3,6	6,5
TOTAL 1. ^a a 4. ^a	13,6	14,0	13,7	16,8	15,1	15,6	10,4	14,0	10,7	14,1	14,9	14,5
5. ^a	18,0	13,1	17,8	20,6	9,9	17,2	15,1	14,1	15,0	17,9	12,3	17,5
6. ^a	16,7	10,2	16,4	15,5	6,5	12,3	13,4	12,3	13,3	16,3	9,3	15,9
7. ^a	13,6	7,2	13,3	12,9	6,6	11,2	11,1	9,0	11,0	13,3	7,2	13,0
8. ^a	8,5	4,4	8,3	4,5	2,1	4,0	7,2	5,8	7,2	8,2	4,2	8,1
TOTAL 5. ^a a 8. ^a	15,2	9,9	14,9	16,2	7,8	13,6	12,2	12,0	12,2	15,0	9,6	14,6
TOTAL	14,4	13,2	14,2	16,8	15,0	15,5	11,1	13,3	11,3	14,5	14,6	14,5

FONTE DOS DADOS BRUTOS: FUNDEPAR

3.1.5 Grau de Cobertura

Considerando-se o Estado como um todo e com base em indicadores médios, não é possível fazer-se menção de ociosidade ou de sobreutilização de instalações e/ou recursos. Por informações de especialistas do setor, sabe-se que a situação na zona rural difere em muito da situação na zona urbana e, nesta, existem diferenças entre as áreas centrais e as periféricas das cidades.

3.1.6 Zona Urbana

3.1.6.1 Clientela Potencial

Em 1980, no Paraná, a população residente na zona urbana, da faixa de 7 a 14 anos, chegava a 861 184 pessoas.

Desse total, esperava-se que 818 125 (95%) estivessem na escola, mas, na tabela 29, constata-se que eram 836 159 as crianças dessa faixa etária matriculadas no 1º grau. Essa quantidade de matrículas, maior que a esperada, ocorre porque na faixa de 8 a 13 anos as matrículas suplantam o total da população. A explicação disso está, provavelmente, no fato de que existem crianças que residem na zona rural e optam por matricular-se em escolas da zona urbana.

Observando-se a mesma tabela 29, nota-se que só não foram plenamente atendidas, em 1980, as crianças de 7 e 14 anos. A situação é mais grave no que tange à população de 7 anos, pois, das 100 486 matrículas esperadas, 13 480 (12,7%) não foram realizadas, deixando essas crianças de ingressar no sistema de ensino.

Tratando-se o problema a nível de Estado, fica difícil

TABELA 29 - NÚMERO DE MATRÍCULAS, POR IDADE E SÉRIE, E TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO DO 1º GRAU, NA ZONA URBANA, NO PARANÁ -1980

IDADE	POPULAÇÃO ESCOLARI- ZÁVEL (1)	POPULAÇÃO ESCOLARI- ZADA (2)	SÉRIES DO 1º GRAU								TAXA DE ES- COLARIZAÇÃO (%)	
			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª		
Menos de 7	104 289	25 765	25 692	73	-	-	-	-	-	-	-	24,7
7	105 775	87 006	70 018	16 868	119	1	-	-	-	-	-	82,3
8	106 027	107 317	46 322	45 975	14 730	286	4	-	-	-	-	101,2
9	106 518	111 664	24 026	34 675	40 249	12 258	446	10	-	-	-	104,8
10	109 749	111 661	12 860	21 670	31 762	32 615	12 183	542	16	13	-	101,7
11	107 556	113 283	7 903	13 000	21 203	27 676	32 345	10 579	544	33	-	105,3
12	108 503	112 205	4 645	7 997	13 648	19 455	31 667	25 681	8 371	741	-	103,4
13	106 333	107 121	2 396	4 407	7 921	12 262	25 606	25 087	21 393	8 049	-	100,7
14	110 723	85 902	955	1 992	3 708	6 189	18 029	19 049	18 724	17 256	-	77,6
Σ 7 a 14	861 184	836 159	169 125	146 584	133 340	110 742	120 280	80 948	49 048	26 092	-	97,1
15	108 954	57 711	244	644	1 214	2 404	11 561	13 311	13 876	14 457	-	53,0
16	107 871	36 030	73	134	292	664	7 185	8 356	9 148	10 178	-	33,4
17	106 267	23 438	29	72	71	207	4 603	5 485	6 053	6 918	-	22,1
18	104 143	14 733	1	9	25	54	2 887	3 505	3 928	4 324	-	14,1
19	101 500	9 464	6	5	21	51	1 971	2 233	2 431	2 746	-	9,3
Σ 15 a 19	528 735	141 376	353	864	1 623	3 380	28 207	32 890	35 436	38 623	-	26,7
Subtotal	1 494 208	1 003 300	195 170	147 521	134 963	114 122	148 487	113 838	84 484	64 715	-	67,1
+ de 19	-	23 103	13	13	14	55	5 884	5 466	5 639	6 019	-	-
TOTAL	-	1 026 403	195 183	147 534	134 977	114 177	154 371	119 304	90 123	70 734	-	-

FORNE DOS DADOS BRUTOS: ¹IBGE - Censo Demográfico do Paraná, 1980, t.3

²FUNDEPAR

conjecturar sobre as razões que levaram essas crianças a não ingressar na escola: talvez um problema localizado de falta de vagas nas escolas de determinada região, talvez a má situação econômico-financeira dos pais, talvez falta de motivação dos pais para mandarem as crianças à escola, ou outros motivos.

3.1.6.2 Matrículas

O total de matrículas do 1º grau na zona urbana em 1980, era de 1 026 403 alunos, englobando inclusive crianças fora da faixa de 7 a 14 anos. Desse total, 753 912 (73,5%) matriculados na rede estadual, 168 488 (16,4%), na rede municipal e 103 637 (10,1%), na rede particular.

Na rede estadual urbana, a distribuição de matrículas era quase eqüitativa entre as séries iniciais (49,6%) e finais (50,4%), enquanto na rede municipal urbana ocorria elevada concentração de alunos nas séries iniciais (90,3%), permitindo constatar que a oferta de vagas para as séries terminais do 1º grau está concentrada na rede estadual de ensino.

3.1.6.3 Capacidade de Atendimento

Quanto às instalações, havia em 1980 22 621 salas de aula (tabela 24) nas zonas urbanas do Estado. Considerando-se a área média de 45m²/sala, existiam 1 017 945m² de salas de aula, que poderiam ser utilizadas em dois turnos, pela manhã e à tarde, resultando numa capacidade total de 2 035 890m². Aceitando-se o limite de 1 aluno/m², a disponibilidade era de 2 035 890 vagas. No entanto, admitindo-se a recomendação dos técnicos da FUNDEPAR para limitar cada turma a 35 alunos, a disponibilidade de vagas se reduziria para 1 583 470. Mesmo

assim, qualquer que seja o limite adotado, constata-se que a oferta de vagas era bastante superior ao número de alunos matriculados (1 026 403).

Analisando-se apenas a rede escolar estadual, havia 14 358 salas de aula em 1980, resultando na disponibilidade de 1 292 220 vagas - considerando 1 aluno/m² - ou 1 005 060 vagas - considerando 35 alunos/turma. Como o total de matrículas na rede urbana estadual foi de 753 912 alunos, constata-se que sobraram conforme o limite adotado, 42% ou 25% das vagas, respectivamente.

Quanto aos recursos humanos, o total de professores na zona urbana, em 1980, era de 38 904 docentes (tabela 30), resultando na relação de 27 alunos/professor. Somente na rede estadual, os professores eram 28 438, resultando também em 27 alunos/professor.

Entretanto, é necessário ressaltar que nessas relações estão-se considerando todos os docentes em exercício efetivo, havendo uma certa superestimação, pois, em 1984, segundo a SEAD/RHE, o percentual dos afastados para exercer outras funções ou em licença é de 36%, e não foi possível obter a mesma informação para 1980.

Aplicando-se esse percentual sobre o total de professores do Estado e da rede estadual, a relação aluno/professor, em ambos os casos, sobe para 41, portanto, mais elevada que o desejável (35 alunos/professor), mas, ainda assim, inferior ao limite de 45 alunos/professor (1 aluno/m²).

Com os dados da mesma tabela 30, tem-se a relação de 296 alunos/técnico e 56 alunos/pessoal administrativo para o total do Estado; e 306 alunos/técnico e 55 alunos/pessoal adminis-

TABELA 30 - PESSOAL DOCENTE, TÉCNICO E ADMINISTRATIVO NOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO DE 1º GRAU, POR DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA, NO PARANÁ - 1980

ZONA	1º GRAU			
	Estadual	Municipal	Particular	TOTAL
Urbana				
Docentes	28 438	6 016	4 430	38 904
Técnicos	2 470	541	461	3 472
Administrativos	13 692	2 929	1 784	18 405
Rural				
Docentes	3 745	13 157	381	17 289
Técnicos	24	68	36	128
Administrativos	705	1 544	119	2 368
TOTAL				
Docentes	32 183	19 173	4 811	56 193
Técnicos	2 494	609	497	3 600
Administrativos	14 397	4 473	1 903	20 773

FONTE: FUNDEPAR

OBS.: A diferença entre o somatório das colunas estadual, municipal e particular e o total corresponde ao efetivo das escolas federais

trativo para a rede urbana estadual, considerando-se que o ideal, indicado na Resolução 01/84 da Secretaria de Estado da Educação, é de 250 alunos/técnico e 60 alunos/por pessoal administrativo, a situação atual é razoável ressaltando-se, no entanto, uma relativa carência de pessoal técnico.

3.1.6.4 Evasão e Reprovação

Nas zonas urbanas do Paraná a taxa média de evasão, em 1980, era de 11,0% no total do 1º grau.

Na tabela 26, observa-se que a taxa de evasão de 11,6% na 1ª série vai decrescendo até a 4ª, resultando na taxa média de 8,1% para as quatro primeiras séries. Na 5ª série ocorre um salto, passando a taxa de evasão para 18,2%, voltando a decrescer até resultar na média de 15,1% para as séries terminais nos estabelecimentos de todas as dependências administrativas.

Considerando-se apenas a rede de ensino particular urbana, verifica-se que a mesma apresentava as menores taxas de evasão, enquanto as maiores estavam na rede estadual. Naquela, a média era de 5,1% e nessa de 12,3%.

Isso já é uma indicação de que as condições sócio-econômicas da população explicam, em parte, o rendimento do sistema escolar.

Quanto à reprovação no 1º grau urbano, a taxa média era de 14,5% (ver tabela 28), sendo o menor índice encontrado na rede particular, 11,1%, seguindo-se o da rede estadual, 14,4%, e o da rede municipal, 16,8%. Causam espêcie os índices de reprovação na 1ª série, respectivamente 13,7%, 19,6% e 23,6% para as redes particular, estadual e municipal; valores muito

elevados em relação as médias observadas para o 1º grau como um todo.

3.1.6.5 Grau de Cobertura

Pelas informações apresentadas, pode-se afirmar que, a nível de Estado, a cobertura na área dos serviços de educação básica é suficiente em quantidade.

As instalações físicas (salas de aula) apresentam ociosidade, porém, informações de especialistas do setor indicam que isso ocorre nas áreas centrais das maiores cidades, enquanto há falta de escolas na periferia dessas e nos grandes conjuntos habitacionais de construção recente.

O número de docentes em média está próximo do desejável, o mesmo não se podendo afirmar sobre os técnicos em educação cuja carência é acentuada. Mas, o grande problema é o abandono da escola e a reprovação, principalmente na 1ª série.

3.1.7 Zona Rural

3.1.7.1 Clientela Potencial

Em 1980, a população residente na zona rural, da faixa de 7 a 14 anos, chegava a 727 240 pessoas. Desse total, esperava-se que estivessem na escola 690 878 (95%) crianças. Todavia, na tabela 31 observa-se que eram 462 231 os alunos dessa faixa etária no 1º grau, o que representa 66,9% da taxa de escolarização, restando 228 647 crianças, das quais 33.169 na faixa de 7 anos, fora da escola na zona rural. A razão por que essas crianças permaneceram fora da escola não está suficientemente clara nesta etapa do trabalho. É provável que existam pro-

TABELA 31 - NÚMERO DE MATRÍCULAS, POR IDADE E SÉRIE, E TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO DO 1º GRAU, NA ZONA RURAL, NO PARANÁ - 1980

IDADE	POPULAÇÃO ESCOLARI- ZÁVEL (1)	POPULAÇÃO ESCOLARI- ZADA (2)	SÉRIES DO 1º GRAU								TAXA DE ES- COLARIZAÇÃO (%)	
			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª		
Menos de 7	92 058	8 433	8 400	32	1	-	-	-	-	-	-	9,2
7	92 752	54 946	51 513	3 367	55	11	-	-	-	-	-	59,2
8	92 198	72 937	51 082	18 809	2 954	91	1	-	-	-	-	79,1
9	90 575	77 738	34 788	26 001	14 651	2 283	15	-	-	-	-	85,8
10	94 575	76 855	22 395	22 604	21 254	10 202	379	21	-	-	-	81,3
11	91 290	66 995	13 495	16 325	19 962	15 573	1 329	292	16	3	73,4	
12	92 459	54 161	8 646	11 620	15 561	15 389	1 864	914	154	13	58,6	
13	86 309	36 631	4 565	6 421	9 999	11 569	1 954	1 413	593	117	42,4	
14	87 082	21 968	2 043	3 307	5 205	6 889	1 722	1 499	893	410	25,2	
Σ 7 a 14	727 240	462 231	188 527	108 454	89 641	62 007	7 264	4 139	1 656	543	63,6	
15	84 149	10 508	704	1 162	1 954	2 727	1 331	1 255	863	512	12,5	
16	81 274	4 827	146	266	486	796	921	924	778	510	5,9	
17	78 050	2 698	55	75	116	193	554	687	575	443	3,5	
18	74 480	1 764	14	25	22	68	401	452	468	314	2,4	
19	70 562	1 166	12	17	12	25	261	295	307	237	1,7	
Σ 15 a 19	388 515	20 963	931	1 545	2 590	3 809	3 468	3 613	2 991	2 016	5,4	
Subtotal	1 207 813	491 627	197 858	110 031	92 232	65 816	10 732	7 752	4 647	2 559	40,7	
+ de 19	-	2 891	3	14	11	20	838	682	761	562	-	
TOTAL	-	494 518	197 861	110 045	92 243	65 836	11 570	8 434	5 408	3 121	-	

FORNE DOS DADOS BRUTOS: ¹IBGE - Censo Demográfico do Paraná, 1980, t.3

²FUNDEPAR

blemas localizados de falta de escola ou de dificuldade de transporte para acesso à escola, mas existe também o problema de necessidade do trabalho das crianças para complementar a renda familiar,* a falta de motivação das crianças em frequentar uma escola, cujos ensinamentos estão distantes da sua realidade, etc.

3.1.7.2 Matrículas

O total de matrículas do 1º grau na zona rural, em 1980, foi de 494 518 crianças, englobando inclusive alunos com menos de 7 anos e com mais de 14. Desse total, 88 149 (17,8%) matriculados na rede estadual, 397 334 (80,4%) na rede municipal e 8 792 (1,8%) na rede particular.

Tanto na rede estadual quanto na municipal, as matrículas concentravam-se principalmente nas séries iniciais, 79,6% nas escolas estaduais e 98,1% nas municipais.

3.1.7.3 Capacidade de Atendimento

Quanto às instalações, em 1980 havia 13 338 salas de aula (tabela 25) na zona rural, as quais atenderam, em média,

*À guisa de indicação, o Censo Demográfico de 1980 (tomo 5) apresenta 194 617 crianças de 10 a 14 anos ocupadas no Estado, sendo 132 803 em atividades na agropecuária, extração vegetal e pesca, e 61 814 em atividades urbanas. Não se dispõe de informação equivalente para crianças menores de 10 anos.

Porém, no trabalho IPARDES - Fundação Edison Vieira. Projeto integrado de apoio ao pequeno produtor rural. PRO-RURAL; avaliação do impacto regional, 1ª. fase. Curitiba, 1983, v.1, informações coletadas por amostragem indicam em 1982, para os 61 municípios que compõem a área de estudo, que das crianças na faixa de 7 a 14 anos que nunca estudaram, 26,7% não o fizeram por necessidade de trabalho; das que pararam temporariamente de estudar, 18,4% o fizeram pelo mesmo motivo e das que pararam definitivamente, 39,4% também declararam como motivo a necessidade de trabalhar.

37 alunos cada. As escolas estaduais possuíam 2 348 salas, que em média acomodaram 38 alunos cada, e as municipais, 10 681, com a média de 37 alunos por sala.

Nota-se que as salas já ultrapassam o limite de alunos/sala considerado desejável. Somando-se essa constatação à de que havia muitas turmas multisseriadas e muitas crianças fora da escola, pode-se concluir pela carência de instalações escolares na zona rural.

Quanto aos recursos humanos, o total de professores na zona rural, em 1980, era de 17 289 docentes (tabela 30), resultando na relação de 29 alunos/professor. Os professores na rede estadual eram 3 745, ou 24 alunos/professor, e na municipal, 13 157, resultando em 30 alunos/professor.

Essas relações elevam-se bastante se, a exemplo do item 3.1.6.3, for considerado o afastamento médio de 36% dos professores, passando a média geral a 45 alunos/professor, a média da rede estadual a 37 e a da municipal a 47 alunos/professor.

Com os dados da mesma tabela 30, tem-se a relação de 3 673 alunos/técnico e 125 alunos/pessoal administrativo para a rede estadual; e 5 843 alunos/técnico e 257 alunos/pessoal administrativo na rede municipal.

Esses coeficientes extremamente elevados demonstram a carência de recursos humanos na área da educação no meio rural.

3.1.7.4 Evasão e Reprovação

Na zona rural, em 1980, a taxa média da evasão foi de 14,6%, bem mais elevada que os 11% da zona urbana (tabela 26).

Nota-se, também, que as taxas de evasão por série foram muito altas, 18,8% na 1.^a série e 21,7% na 5.^a série, resultando

em taxas médias de 14,4% para as séries iniciais e 17,6% para as séries finais, isso considerando-se todos os estabelecimentos de ensino da zona rural.

Quando se consideram apenas os estabelecimentos da rede estadual, a taxa de evasão diminui um pouco nas classes iniciais, ficando a média em 11,7%, mas aumenta nas classes terminais para 18,9%.

A rede municipal apresenta as mais altas taxas de evasão nas séries iniciais, 19,2% na 1.^a série, com resultados proporcionalmente melhores que os da rede estadual nas séries terminais, 16,8% em média.

Quanto à reprovação (ver tabela 29), as taxas da zona rural eram um pouco inferiores às da zona urbana, ou seja, o aluno rural tendia mais a abandonar a escola do que a persistir e ser reprovado ao final.

Salta à vista o índice de reprovação na 1.^a série, em torno de 25%, tanto na rede estadual quanto na municipal, significando que de cada quatro crianças matriculadas no 1.^o ano da escola, uma reprova.

O elevado índice de abandono e de reprovação nas escolas rurais é explicado, em parte, pela situação sócio-econômica das famílias, necessidade de trabalhar, não-coincidência entre o calendário escolar e os períodos de safra e entressafra e pela pouca qualificação dos professores que, segundo informações de especialistas do setor, têm formação deficiente ou são leigos, isso é, sem formação. Também, os estabelecimentos de ensino, tanto estaduais quanto municipais, em sua maioria não oferecem as classes terminais do 1.^o grau e são estabelecimentos de uma só sala de aula, o que resulta em piores con-

dições para o aprendizado.

3.1.7.5 Grau de Cobertura

Analisando-se o Estado como um todo, sem atentar para problemas regionais, nota-se que na zona rural a cobertura dos serviços de educação é deficiente, tanto em instalações físicas quanto em recursos humanos. É possível que isso explique o elevado número de crianças na faixa de 7 a 14 anos que permanecem fora da escola, bem como as elevadas taxas de evasão e reprovação.

Como o ensino rural está quase todo (cerca de 80%) sob responsabilidade municipal, cabe discutir até que ponto os municípios vêm tendo condições de proporcionar atendimento adequado às crianças da zona rural, pois, em relação a essas, as crianças da zona urbana são privilegiadas; na cidade há "melhor" distribuição de renda, há maior e mais fácil acesso à informação, etc. E o sistema educacional contribui para acentuar esses privilégios, na medida em que concentra mais e melhores recursos para o atendimento à população urbana, e, ainda aí, reserva os melhores professores, os investimentos mais elevados para as áreas centrais das cidades em detrimento das áreas periféricas.

3.1.8 Conclusão

Do exposto, conclui-se que, em termos globais, as maiores carências estão na zona rural, existindo, no entanto certo déficit de recursos humanos tanto na zona rural quanto na urbana, mais acentuado no que se refere a técnicos da educação - orientadores e supervisores - e a pessoal administrativo do que a

professores.

Mas, o grande problema do setor são as elevadas taxas de evasão e reprovação, e o primordial é saber por que os alunos abandonam a escola.

Sabe-se, ainda sem condições de se fazer afirmações quantificadas, que o problema da evasão passa pelas seguintes variáveis:

- a) a realidade sócio-econômica das famílias que, numa situação de crise econômica, passam a concentrar seus esforços no sentido de assegurar a sobrevivência, lançando mão até do trabalho das crianças menores para completar a renda mínima necessária, deixando de lado, por não essencial, a questão da educação;
- b) o aspecto nutricional das crianças que, mal alimentadas desde a primeira infância, não reúnem condições intelectuais para acompanhar os estudos, reprovando e, em consequência, abandonando a escola;
- c) a inadequação da escola ao universo sócio-econômico-cultural da criança, desmotivando-a com relação ao estudo;
- d) a falta de preparo dos professores, nem sempre aptos a assumirem turmas de condições sócio-econômicas diferentes da sua, na zona rural ou na periferia das grandes cidades;
- e) a falta de pessoal nas áreas de orientação educacional e supervisão, que poderiam suprir em parte a falta de preparo dos professores.

3.2 PERSPECTIVAS PARA 1990

3.2.1 Clientela Potencial

Estima-se que em 1990 a população paranaense na faixa etária de 7 a 14 anos atingirá o montante de 1 637 690 pessoas, distribuídas em 64,7% (1 059 684) na zona urbana, e em 35,3% (578 006) na zona rural.*

A clientela potencial dos serviços de educação em 1990, constituída por 95% dessa população, é de 1 555 806 pessoas, das quais 1 006 700 na zona urbana e 549 106 na zona rural.

3.2.2 Zona Urbana

Considerando-se a clientela potencial das escolas urbanas em 1990 e mantendo-se a mesma participação de 1980 nas matrículas da rede estadual em relação ao total, o Estado deverá atender 927 686 alunos em suas escolas do 1º grau.

Em 1980, a rede estadual urbana contava com 14 358 salas de aula, num total de 646 110m². Adotando-se uma depreciação média de 10% ao ano, haveria necessidade de repor 64 611m² por ano. Até 1983, o Estado construiu mais 2 488 salas, num total de 219 944m² (ver tabela 24) que, descontado o necessário para repor a depreciação das unidades já existentes, resultou num acréscimo de 1 142m². Somando-se as unidades previstas para construção em 1984, tem-se um total de 687 308m² de salas da rede estadual, ou 15 273 salas.

*Conforme estimativa feita pela equipe de Demografia do IPARDES.

Considerando-se as turmas com 35 alunos cada e as escolas funcionando pela manhã e à tarde, a disponibilidade de vagas em 1985 será de 1 069 110.

Comparando-se essa disponibilidade de vagas com a clientela potencial em 1990, tem-se que a oferta excede a demanda em 141 424 vagas ou 13,2%.

Portanto, em relação às instalações físicas urbanas, salvo a ocorrência de carências regionais localizadas, o Estado precisará apenas repor a depreciação da rede escolar até 1990, com a construção de cerca de 70 000m² de salas de aula por ano.

Com relação aos recursos humanos, para manter, em 1990, um professor para cada 35 alunos, supondo-se constante a parcela de 36% de afastamento, além da reposição de óbitos e aposentadorias, o Estado precisará ampliar em 50% o número de professores existentes em 1980, ou seja, contratar mais 14 200 professores.

Da resolução 01/84 da Secretaria de Estado da Educação deduz-se que há necessidade de um supervisor e um orientador educacional, em média, para cada 500 alunos, implicando contratação de mais 50% de técnicos educacionais em relação aos existentes em 1980.

Com base na mesma Resolução 01/84, deduz-se também a necessidade média de pessoal administrativo na relação de 1/60 alunos, ou seja, um total de 15 462 funcionários, que deduzidos os 13 692 existentes, resulta no acréscimo necessário de 1 770 ou 13% a mais que em 1980.

Assim, para que o Estado possa manter a rede urbana de ensino sob sua responsabilidade, em condições de atender à

demanda escolar prevista para 1990, precisará apenas repor a depreciação das instalações e equipamentos atualmente existentes, e deverá ampliar o quadro de docentes e técnicos da educação em cerca de 50%.

3.2.3 Zona Rural

A clientela potencial das escolas rurais em 1990 será de 549 106 crianças na faixa de 7 a 14 anos.

Considerando-se que as matrículas na rede escolar estadual, em relação à população rural, mantenham a mesma participação de 1980, o Estado deverá atender 70 060 alunos em suas escolas rurais; isso porque, em 1990, a proporção de população rural no Estado deverá ser muito menor que no início da década.

Em 1980, o total de salas de aula da rede estadual rural era de 2 348. Considerando-se a depreciação média de 10% ao ano, haveria a necessidade de repor 235 salas por ano.

Como para esse nível de ensino não foi possível atualizar esses números por falta de informações sobre investimentos estaduais na rede escolar rural, descontou-se a depreciação dos últimos três anos e obteve-se para 1984 o total de 1 712 salas de aula. Esse valor, comparado ao total de alunos esperados para 1990, resulta na média de 41 alunos/sala, quando o desejável é 35 alunos/sala.

Ressalte-se que não se está considerando o funcionamento em dois turnos para nenhuma escola, o que talvez possa ocorrer. Independente desse aspecto, pode-se concluir sobre a necessidade de reposição das salas de aula e não pela ampliação de seu número.

Com relação aos recursos humanos, existirá em 1990

carência de técnicos em educação, havendo a necessidade de contratar-se 256 especialistas.

Mas, a maior responsabilidade na área do ensino na zona rural pertence aos municípios. Mantendo-se a mesma participação desses em 1980, a rede escolar municipal deverá atender, em 1990, cerca de 54,6% da população rural em idade escolar, ou seja, 299 812 alunos e, descontando-se a pequena participação da rede particular, restarão cerca de 170 000 crianças fora da escola.

Dada a total falta de informações mais detalhadas e atualizadas sobre a rede de ensino municipal, não se aprofundará sua análise nesta etapa do trabalho.

3.2.4 Conclusão

Tendo em vista o crescimento menos acelerado que se prevê para a população até 1990, a situação do ensino tende a melhorar em termos de sua capacidade de atendimento. Mantidas as atuais condições, haverá no final desta década menos crianças fora da escola do que havia no seu início.

A carência, como já foi indicado, está predominantemente localizada na zona rural, ainda que também haja acentuada necessidade de pessoal para as escolas estaduais urbanas.

É provável que as elevadas taxas de evasão e reprovação continuem a ser o principal problema. Porém, sua solução passa antes por variáveis exógenas ao setor, tais como programas de nutrição, ações básicas de saúde, eliminação do desemprego, melhor distribuição de renda etc., variáveis associadas a uma formulação global de Política Social para o Estado.

3.3 REQUISITOS FINANCEIROS

O volume de recursos necessários para ampliar e manter a parcela do sistema de ensino sob responsabilidade do Estado foi estimado com base em informações de especialistas do setor, uma vez que não foi possível obter informações precisas para 1980.

3.3.1 Custos

Segundo técnicos da FUNDEPAR, uma unidade escolar com alterações de projeto para adaptá-lo aos menores custos da região, no sistema de construção direta, sairá por Cr\$ 140 000,00/m² a preços de janeiro/84, ou 18,55 ORTN, ao passo que a mesma unidade, no sistema de construção por convênio com as Prefeituras Municipais, custará Cr\$ 80 000,00/m², ou 10,6 ORTN. Em ambos os casos, ao custo final deverá ser acrescentado mais 20% referente ao custo dos equipamentos necessários.

Levando-se em conta a depreciação da rede urbana existente, concluiu-se pela necessidade de reposição de 70 000m² ao ano, que no sistema de construção direta custará ao Estado 1 298 700 ORTN ao ano para as instalações físicas mais 259 740 para os equipamentos, resultando num total de 1 558 440 ORTN ao ano para manter a capacidade de atendimento.

Na tabela 32, tem-se os gastos de custeio da rede urbana estadual que, para o 1º grau foi de 901 451 ORTN/mês ou, multiplicando-se por 12 meses, 10 817 412 ORTN ao ano.

Considerando-se a necessidade de ampliar em 50% o quadro de docentes e técnicos em educação e sabendo-se que os mesmos representam 70% do total de pessoal e proporcionalmente mais que 70% do total de gastos com pessoal, arbitrou-se um

TABELA 32 - GASTOS DE CUSTEIO NOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO DA REDE ESTADUAL, SEGUNDO GRAU DE ENSINO E LOCALIZAÇÃO, NO PARANÁ - 1984
(Em cruzeiros correntes)

ESTABELECIMENTO	GASTOS COM PESSOAL (a)	OUTROS CUSTEIOS* (b= 8% . a)	TOTAL DO CUSTEIO	
			(a + b)	EM ORTN
Zona Urbana				
1º grau	6 298 454 661,20	503 876 372,9	6 802 331 034,1	901 451,0
2º grau	219 592 396,70	17 567 391,7	237 159 788,4	31 428,6
1º e 2º graus	3 718 392 705,36	297 471 416,4	4 015 864 121,7	532 185,9
Zona Rural				
1º grau	59 969 398,93	4 797 551,9	64 766 950,8	8 583,0

FONTE: SEAD/RHE

OBS.: Adotou-se o percentual de 8% sobre o total de gastos com pessoal para os outros custeios por ser o valor mais freqüente encontrado em vários estudos de caso e trabalhos já realizados sobre a educação no Paraná;
Outros custeios referem-se a gastos com energia, água, telefone, materiais didáticos e de conservação e limpeza;
Os valores referem-se a janeiro/84 e o valor da ORTN é igual a Cr\$ 7 545,98

acrêscimo de 50% no total dos gastos para fazer face à ampliação de 35% do total de pessoal, resultandó-se aumento de 5 000 000 ORTN ao ano.

Assim, para 1990, o total do custeio com a rede estadual urbana está estimado em 15 817 412 ORTN ao ano. Somando-se a esse valor a previsão para investimento de 1 558 440 ORTN ao ano, tem-se um dispêndio total para o Estado de 17 375 852 ORTN ao ano ou, em valores de 1984, Cr\$ 131 bilhões.

Vale lembrar que esse valor representa não apenas o acréscimo de investimento e seu custeio, mas também o custeio dos investimentos já realizados.

Para a rede escolar rural sob responsabilidade do Estado, não há condições de prever o volume de investimentos físicos por falta de informações. Também, a previsão para aumento dos gastos de custeio fica prejudicada, em virtude de informação de técnicos do setor de que nem todos os professores que lecionam na zona rural figuram na folha de pagamento da escola, estando muitos lotados na inspetoria de ensino para fins de recebimento do salário, ocorrendo assim, subestimação nos valores constantes da tabela 32.

Todavia, como o ensino rural representará em 1990 apenas 7% do total do ensino mantido pelo Estado, seus gastos de investimento e custeio não serão significativos comparados aos da zona urbana.

3.3.2 Alternativas Para Redução de Custos

Se o investimento for realizado no sistema de construção por convênio com as Prefeituras Municipais, o custo reduz-se em 43%, passando a Cr\$ 80 000,00/m² ou 10,6 ORTN.

Percebe-se que as unidades escolares construídas pelas Prefeituras Municipais apresentam um custo de investimento menor, dado o uso de materiais de produção local e de mão-de-obra própria das Prefeituras. Nesse sistema, o Estado teria um custo total de investimento em instalações e equipamentos de 890 540 ORTN ao ano.

Também o custeio das unidades da rede municipal é mais baixo, dada a menor remuneração dos docentes e demais funcionários desse nível em relação ao do nível estadual. Todavia, isso nem sempre é uma vantagem, pois é preciso levar em consideração a qualidade desse pessoal em termos de formação.

Outra opção para a redução de custos seria a utilização de tecnologias alternativas, como a construção em solo-cimento que já vem sendo realizada experimentalmente no Estado, mas cujas vantagens, em termos de custo, ainda não estão suficientemente dimensionadas.

4 SAÚDE

4.1 SITUAÇÃO ATUAL

Neste item será traçado o perfil da atual situação do sistema de saúde no Paraná, em termos gerais e específicos, com destaque para a participação do Governo Estadual. O ponto de partida é a população residente no Estado, alvo potencial dos serviços de saúde, à qual serão aplicados os padrões estabelecidos pelos organismos internacionais e nacionais afins. A combinação desses dois elementos fornece parâmetros de análise sobre as condições de funcionamento do sistema, em relação à capacidade de atendimento dada pela estrutura física existente.

Dificuldades na obtenção de todos os dados necessários para a análise da situação do Estado para o ano base (1980), levaram a que se utilizasse, nesta fase do trabalho, principalmente os dados para 1981-82. Deve-se levar em conta, também, o fato de que as informações estão sendo apresentadas de maneira agregada para o Estado como um todo e sua posterior desagregação pode apresentar resultados diferentes e identificar situações problemáticas quando consideradas por região ou município, o que será feito em outra etapa.

4.1.1 AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

As ações básicas de saúde têm seus parâmetros definidos pelo Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde-PREVSAÚDE⁸

⁸Op. cit. nota 1.

e, em relação às consultas médicas, são as seguintes as metas estabelecidas: 2,2 consultas primárias por habitante ao ano, estimando-se, ainda, a necessidade de consultas especializadas na proporção de 20% dessas consultas primárias e as de emergência em 15%. Calculou-se, então, para 1981, a partir da comparação com o número potencial de serviços médicos que deveriam ser ofertados, qual o grau de cobertura alcançado pelos serviços efetivamente realizados no Estado (tabela 33).

TABELA 33 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO POTENCIAL DE CONSULTAS POSSÍVEIS DE SEREM OFERTADAS E AQUELAS EFETIVAMENTE OFERTADAS, NO PARANÁ-1981

CONSULTAS MÉDICAS	TOTAL	ESPECIFICAÇÃO		
		Clínicas Básicas	Clínicas Especia- lizadas	Urgência/ Emergên- cia
Através do INAMPS ¹	10 395 561	7 423 052	1 609 321	1 363 188
Através da FSCMR ²	1 009 214
TOTAL	11 404 775	7 423 052	1 609 321	1 363 188
Consultas Potenciais	22 700 000	16 800 000	3 400 000	2 500 000
Diferença	(11 295 225)	(9 376 948)	(1 790 679)	(1 136 812)

FONTES: ¹IBGE - Anuário Estatístico, 1982

²SESB/FSCMR/GPC

OBS.: ... Dado não-disponível

Para o cálculo dessa relação não foram considerados os dados relativos a consultas particulares e efetuadas através dos serviços municipais de saúde, que não estavam disponíveis para esta fase do trabalho.

Com base nos dados apresentados para 1981, chega-se ao grau de cobertura, em número de consultas, dos serviços de saúde no Paraná: a oferta de consultas, de clínicas básicas, teve um índice de cobertura de 44,2%, enquanto as consultas de clínicas especializadas atingiram 47,3% e as de urgência/emergência, 54,5%.

Do total de 3 consultas/ano* a serem ofertadas à população, o Estado, através da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha - FSCMR -, prestou 0,13 consultas/habitante/ano, atendendo a 4,3% da população potencial a ser coberta.

O nível de concentração na distribuição de pessoas que receberam consultas médicas, segundo rendimento familiar, que fornece uma indicação adicional sobre o nível de equidade no atendimento, encontra-se na tabela 34.

TABELA 34 - PESSOAS QUE UTILIZAM SERVIÇOS DE SAÚDE, NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS, POR NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, NO PARANÁ - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	PESSOAS QUE UTILIZAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS					
	TOTAL	Número de Consultas Médicas				
		Nenhuma	1	2	3 ou Mais	Sem Declaração
TOTAL	717 707	36 134	475 558	122 850	58 796	24 369
Até 1	68 336	1 509	43 938	14 636	4 483	3 770
Mais de 1 a 2	142 161	5 997	98 585	21 378	11 020	5 181
Mais de 2 a 3	128 163	9 230	86 854	19 138	7 582	5 359
Mais de 3 a 5	159 490	7 292	102 377	29 263	14 775	5 783
Mais de 5 a 10	128 622	6 866	85 272	23 688	10 628	2 168
Mais de 10	80 831	3 729	52 045	14 262	9 824	971
Sem rendimento ¹	8 376	1 511	5 514	109	484	758
Sem declaração ²	1 728	-	973	376	-	379

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD - 1981

OBS.: ¹Inclusive as famílias cujos componentes receberam somente em benefícios

²Exclusive pensionistas e empregados domésticos

Analisando-se os dados da tabela 34, verifica-se que há uma distribuição relativamente uniforme quanto à utilização dos serviços de saúde nas faixas de mais de 1 até 10 salários mínimos, com uma certa predominância (22% das consultas médicas) na faixa de mais de 3 até 5 salários mínimos. Porém, comparando-se com a estrutura sócio-econômica da população em 1980,

*Com base na agregação de 2,2 consultas primárias/habitante/ano mais 20% (0,44 consultas/habitante/ano) dessas em consultas especializadas e ainda 15% (0,33 consultas/habitante/ano) em consultas de urgência.

tem-se que a procura por atendimento médico é bem maior nas classes de rendimento superior a 3 salários mínimos.* A maior concentração, cerca de 13%, está na classe de rendimento de mais de 10 salários mínimos (correspondendo a apenas 8% da população do Estado), o que representa 11% do total de consultas prestadas. Nas classes de renda mais baixa - mais de 1 a 2 salários mínimos e até 1 salário mínimo** (41% da população total) é muito pequeno o número de pessoas que procuram atendimento - 7,2% e 6,9% respectivamente, sendo que é na faixa que vai de mais de 1 até 5 salários mínimos que se dá a maior concentração de consultas - 60% do total. E, é nas classes de mais de 2 a 10 salários mínimos que há, proporcionalmente à população, a maior procura pelos serviços de saúde - de 10% a 13% das pessoas dessas faixas (tabela 35).

TABELA 35 - RELAÇÃO ENTRE AS PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO, SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, NO PARANÁ - 1980-81

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	POPULAÇÃO (A)	PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE (B)	% (A/B)
TOTAL	7 532 668	717 707	9,5
Até 1	1 049 652	68 336	6,5
Mais de 1 a 2	1 981 353	142 161	7,2
Mais de 2 a 5	2 729 956	287 653	10,5
Mais de 5 a 10	1 030 039	128 622	12,5
Mais de 10	638 088	80 831	12,7
Sem rendimento	58 193	8 376	14,4
Sem declaração	45 387	1 728	3,8

FONTE: A - Estimativa feita pelo IPARDES com base em dados do IBGE - Censo demográfico, 1980, t.6, p.40

B - IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD, 1981

*Nessa comparação entre a população total do Estado e pessoas que utilizaram serviços de saúde, ambas segundo classe de rendimento, considerou-se válido trabalhar com dados de períodos diferentes por se tratar de dois anos imediatamente subsequentes (1980 - dados do Censo Demográfico e 1981 - dados da PNAD).

**Nessa faixa incluem-se as pessoas sem rendimento.

Entre as ações básicas de saúde (clínicas básicas),* tem-se como prioritário o atendimento materno-infantil (obstetrícia e pediatria). A Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social do Estado - SESB - estabelece como padrões mínimos de atendimento 3 consultas/ano à gestante e 1 à puérpera, num total de 4 consultas obstétricas/ano, e 3 consultas/ano a crianças menores de 1 ano. Para as outras duas faixas de atendimento pediátrico (1 a 4 anos e 5 a 14 anos), utilizou-se o padrão geral estabelecido pelo PREVSAÚDE - em média 2,2 consultas básicas ou primárias (tabela 36).

TABELA 36 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO POTENCIAL DE CONSULTAS DE ATENDIMENTO MATERNO-INFANTIL E AQUELAS EFETIVAMENTE OFERTADAS, NO PARANÁ - 1981

CONSULTAS	CONSULTAS OBSTÉTRICAS	CONSULTAS DE PEDIATRIA		
		TOTAL	Menos de 1 Ano	1 a 14 Anos
Através do INAMPS ¹	771 094	1 946 944
Através da FSCMR ²	82 952	480 669	123 552	357 117
TOTAL	854 046	2 427 613
Consultas Potenciais	1 000 000	6 714 000	614 000	6 100 000
Diferença	(145 954)	(4 387 387)

FONTE: ¹IBGE - Anuário Estatístico - 1982

²SESB/FSCMR

OBS.: (...) Dado não-disponível

O grau de cobertura de atendimento obstétrico chega a 85,4% do número potencial de consultas a serem ofertadas no Estado, ao passo que o de atendimento infantil não ultrapassa ao índice de 37% de cobertura. Não se pôde desagregar o atendimento infantil por faixa etária no Estado por falta de dados especificados por grupos de idade correspondentes ao INAMPS. Essa desagregação, que só foi obtida para o atendimento efetuado

*No conceito de clínicas básicas estão englobados: serviços de pronto atendimento, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia e pediatria.

através da FSCMR, permitiria estabelecer o índice de cobertura alcançado com o atendimento às crianças no primeiro ano de vida, considerado prioritário por especialistas do setor.

Da média estabelecida pela SESB de 4 consultas/ano de obstetrícia, o atendimento efetuado através da FSCMR alcançou o índice de 0,3 consultas/ano para cada gestante. Quanto a consultas pediátricas, o índice atingido pelas consultas ofertadas pela FSCMR foi de 0,6 consultas/ano para o total das crianças menores de 1 ano e 0,1 consultas/ano para aquelas entre 1 e 14 anos.

A organização Panamericana de Saúde - OPS -⁹ estabelece que deve haver uma cobertura de 60% das gestantes e 90% das crianças menores de um ano. No total do Estado, foram as seguintes as médias de cobertura alcançadas pelo serviço de saúde em 1981: 77% das gestantes receberam atendimento pré-natal e 55,9% das crianças menores de um ano receberam consulta pediátrica.*

Ao desagregar a informação sobre mulheres que tiveram filho ou estiveram grávidas por faixa de renda familiar, tem-se idéia do grau de concentração na distribuição do atendimento por categoria sócio-econômica. Na tabela 37 pode-se verificar que mesmo as faixas de menor rendimento tiveram uma cobertura superior a 60% da população em referência; fica bastante evidente que esse índice cresce à medida em que aumenta a classe

*Os dados relativos a atendimento pré-natal são apresentados para o período de referência de 1 ano, enquanto para o atendimento infantil, o período de referência é de 1 mês. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, Rio de Janeiro, Fundação IBGE, v.5, t.7, 1981.

⁹ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Plano decenal de saúde para as Américas. Porto Alegre, SUDESUL, 1973.

de rendimento, ultrapassando, inclusive, os 90% de cobertura quando se atinge as últimas faixas.

TABELA 37 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS OU ESTIVERAM GRÁVIDAS, NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR ATENDIMENTO PRÉ-NATAL, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, NO PARANÁ - 1981

CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	MULHERES QUE TIVERAM FILHOS OU ESTIVERAM GRÁVIDAS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES			
	TOTAL	Atendimento Pré-natal		
		Tiveram	Não Tiveram	Sem Declaração
TOTAL	288 512	222 869	65 643	-
Até 1	40 960	25 573	15 387	-
Mais de 1 a 2	84 864	59 470	25 394	-
Mais de 2 a 3	56 109	46 695	9 414	-
Mais de 3 a 5	54 525	45 437	9 088	-
Mais de 5 a 10	28 398	26 723	1 675	-
Mais de 10	13 465	12 385	1 080	-
Sem rendimento ¹	8 953	6 477	2 476	-
Sem declaração ²	1 238	109	1 129	-

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD - 1981

OBS.:¹Inclusive as famílias cujos componentes receberam somente em benefícios

²Exclusive pensionistas e empregadas domésticas

Em relação às consultas odontológicas, a tabela 38 a seguir compara o número potencial de consultas a ser ofertado no Estado com as efetivamente realizadas.

TABELA 38 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO POTENCIAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS POSSÍVEIS DE SEREM OFERTADAS E AQUELAS EFETIVAMENTE REALIZADAS, NO PARANÁ - 1981

CONSULTA	ATRAVÉS DO INAMPS ¹	ATRAVÉS DA FSCMR ²	TOTAL	Nº CONSULTAS POTENCIAIS	DIFERENÇA
Odontológica	2 644 545	227 185	2 871 730	3 800 000	(928 270)

FONTE: ¹IBGE - Anuário Estatístico - 1982

²SES/B/FSCMR/GPC

Havia no Estado uma cobertura de 75% do número potencial de consultas odontológicas em 1981. Desse total, a FSCMR ofertou 0,03 consultas/habitante/ano, enquanto o parâmetro es-

tabelecido nas metas do PREVSAÚDE é de 0,5 consultas/habitante/ano.

Do total de 1 393 526 pessoas que receberam atendimento odontológico em 1981, 200 498, ou seja, 14,4%, foram atendidas através de serviço público.¹⁰ Tomando-se esse dado desagregado, por classe de rendimento familiar, obtêm-se o grau de concentração na distribuição do serviço de atendimento odontológico (tabela 39).

TABELA 39 - PESSOAS QUE TIVERAM ATENDIMENTO DENTÁRIO, NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR TIPO DE ATENDIMENTO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, NO PARANÁ - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	PESSOAS QUE TIVERAM ATENDIMENTO DENTÁRIO NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES						
	TOTAL	Tipo de Atendimento					
		Particular	Credenciado	Serviço Público	Outro	Mais de Um tipo de Atendimento	Sem Declaração
TOTAL	1 393 526	837 919	325 621	200 498	15 554	13 934	-
Até 1	51 194	23 066	12 088	14 907	756	377	-
Mais de 1 a 2	175 218	76 511	50 728	41 828	4 533	1 618	-
Mais de 2 a 3	209 860	94 374	61 082	46 115	3 995	3 294	-
Mais de 3 a 5	318 652	178 572	80 527	53 126	3 027	3 400	-
Mais de 5 a 10	335 120	219 051	80 119	32 382	1 244	2 323	-
Mais de 10	294 853	241 146	39 461	9 704	1 620	2 922	-
Sem rendimentos ¹	5 575	3 144	752	1 300	379	-	-
Sem declaração ²	4 054	2 055	866	1 135	-	-	-

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD - 1981

¹Inclusive as famílias cujos componentes receberam somente em benefícios

²Exclusive pensionistas e empregados domésticos

A maior concentração do atendimento odontológico público está nas faixas de rendimento mensal familiar de mais de 1 até 5 salários mínimos, sendo esse tipo de atendimento sempre superior a 20% do total. Mas, é na faixa de mais de 3 até 5 salários mínimos que esse atendimento apresenta a maior concentração - 26,5%, enquanto a primeira classe - de até 1 salário mínimo - mais aqueles sem qualquer rendimento não recebem além de 8% do total das consultas odontológicas ofertadas pelo

¹⁰ PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, Rio de Janeiro, Fundação IBGE, v.5, t.7, 1981.

setor público, as quais não chegam a 15% do atendimento total.

É interessante notar que mesmo nas primeiras classes de rendimento (incluindo aqueles sem rendimento), o atendimento odontológico através de serviço particular está sempre em torno de 45% do total das consultas, enquanto o atendimento através da previdência oficial e do serviço público é equilibrado - em torno de 28% e 24%, respectivamente. Nas classes de renda superiores, a proporção de consultas particulares aumenta de forma acentuada, principalmente na última - mais de 10 salários mínimos -, quando representam mais de 80% do total.

Com relação à vacinação, a OPS¹¹ estabelece que deve haver uma cobertura de no mínimo 80% da população de 0 a 14 anos, mas não diferencia essa cobertura por grupos de idade. Cabe acrescentar, no entanto, que, segundo especialistas do setor, devem ser vacinadas, preferencialmente, todas as crianças no primeiro ano de vida. Assim, considera-se imunizada toda a população infantil que recebeu as doses únicas das vacinas BCG e anti-sarampo e as terceiras doses ou doses de reforço das vacinas tríplice (DTP) e antipólio (Sabin). Na tabela 40 apresenta-se a relação entre crianças de menos de um ano efetivamente imunizadas e aquelas que deveriam ter sido vacinadas.

TABELA 40 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO POTENCIAL DE CRIANÇAS DE MENOS DE UM ANO A SEREM IMUNIZADAS E AQUELAS EFETIVAMENTE INUMIZADAS, POR TIPO DE VACINA, NO PARANÁ - 1981

POPULAÇÃO	TIPOS DE VACINA			
	BCG	Tríplice (DTP)	Antipólio (Sabin)	Anti-sarampo
Potencial a ser Imunizada	204 612	204 612	204 612	204 612
Efetivamente Imunizada	197 608	97 551	84 412	191 095
Diferença	(7 004)	(107 061)	(120 200)	(13 517)

FORNE DADOS BRUTOS: SESB/FSCMR/GPC

¹¹Dp. cit. nota 9.

Tem-se, assim, que em 1981 96,6% da população de menos de um ano foi imunizada pela vacina BCG e 93,4% contra sarampo, sendo que a população não-coberta no primeiro ano de vida deverá ser atendida nos anos subsequentes, ou seja, até completar 4 anos. O grau de cobertura pela vacina tríplice é de apenas 47,7% das crianças de menos de 1 ano, devendo, também nesse caso, ser complementada até os 4 anos. Pela vacina Sabin (antipólio), somente 41,3% das crianças de menos de um ano foram imunizadas. Porém, nesse caso, a população não coberta pelos serviços de rotina é totalmente atendida pelas campanhas anuais efetuadas pelo Governo, que têm como meta imunizar todas as crianças de até 5 anos.*

Quanto à cobertura do atendimento segundo faixas de renda mensal domiciliar, sua concentração, decrescente a partir da segunda classe para pessoas de até 5 anos vacinadas,** pode ser justificada pela distribuição dessas pessoas em cada classe. Se for comparado o número de pessoas vacinadas, por classe de rendimento, com a população total respectiva, observa-se que os índices de cobertura são equivalentes (90 e 90%); o índice é maior à medida que sobe a classe de rendimento, porém a diferença não é significativa (tabela 41).

*Segundo informações da SESB/FSCMR

**Pessoas que receberam pelo menos uma dose de qualquer vacina.

TABELA 41 - PESSOAS DE ATÉ 5 ANOS, POR RECEBIMENTO DE VACINA, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, NO PARANÁ - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	PESSOAS DE ATÉ 5 ANOS			
	TOTAL	RECEBIMENTO DE VACINA		
		RECEBEM PELOS MENOS UMA DOSE DE QUALQUER VACINA	NÃO RECEBERAM QUALQUER DOSE DAS VACINAS INVESTIGADAS	NÃO SABEM INFORMAR E SEM DECLARAÇÃO
TOTAL	1 198 821	1 123 948	73 146	1 727
Até 1	158 437	141 376	16 685	376
Mais de 1 a 2	347 975	326 560	21 286	109
Mais de 2 a 3	234 811	217 752	15 817	1 242
Mais de 3 a 5	231 378	220 836	10 541	-
Mais de 5 a 10	131 529	126 769	4 760	-
Mais de 10	65 065	62 358	2 707	-
Sem rendimento ¹	24 120	23 147	973	-
Sem declaração ²	5 505	5 128	377	-

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio-PNAD-1981

OBS.: ¹Inclusive as famílias cujos componentes receberam somente em benefícios

²Exclusive pensionistas e empregados domésticos

4.1.2 Internações

O PREVSAÚDE estabelece a meta de internações hospitalares na rede pública em 1% do número de consultas básicas ou primárias. Tendo-se que o número possível de consultas primárias em 1980 estaria em torno de 16 800 mil, então poderia ter havido cerca de 168 mil internações hospitalares no Estado. Porém, nesse ano, foram realizadas 1 135 257 internações através do INAMPS e 20 220 através da FSCMR, num total de 1 154 447 internações.*

As internações efetuadas através das unidades hospitalares da FSCMR representam apenas 12% das internações passíveis de serem realizadas na rede pública instalada no Estado e correspondem a um índice de 2,6 internações/1 000 habitantes/ano (o índice médio estabelecido pela OPS é de 1 internação/1 000 habitantes/ano).

A tabela 42 indica a distribuição das pessoas que estiveram hospitalizadas durante o ano de 1981, segundo a condição de utilização do serviço.

TABELA 42 - PESSOAS QUE ESTIVERAM HOSPITALIZADAS, NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL NA ÚLTIMA INTERNAÇÃO, NO PARANÁ - 1981

CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO HOSPITAL NA ÚLTIMA INTERNAÇÃO	TOTAL	%
TOTAL	794 657	100,0
Particular	115 715	14,6
Previdência oficial	590 723	74,3
Sistema de pré-pagamento	8 962	1,1
Sistema de empregador	12 289	1,6
Outra condição	66 592	8,4
Sem declaração	376	-

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD - 1981

*Os dados do INAMPS são do IBGE - Anuário Estatístico 1982 e os da FSCMR foram obtidos no grupo de Planejamento e Controle - GPC da própria Fundação. A grande disparidade entre o padrão estabelecido pelo PREVSAÚDE e os valores encontrados deve-se ao fato de que o padrão refere-se apenas à rede pública, enquanto as internações através do INAMPS referem-se à rede privada.

Vê-se que a predominância (74,3%) é daquelas pessoas que estiveram hospitalizadas pela previdência oficial, não se tendo, no entanto, a proporção das que foram internadas através de convênio nos hospitais públicos ou particulares.

4.1.3 Recursos Humanos em Saúde

Os parâmetros para o número de profissionais em saúde estabelecidos pela OPS são os seguintes: para cada 10 000 habitantes deve haver 8 médicos, 4,5 enfermeiras, 14,5 auxiliares de enfermagem e 2 dentistas. A relação entre os padrões e o número efetivo de profissionais é dada pela tabela 43.

TABELA 43 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO POTENCIAL DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE E AQUELES EM ATIVIDADE, NOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS E PARTICULARES, NO PARANÁ - 1979

NÚMERO DE PROFISSIONAIS	PESSOAL MÉDICO		PESSOAL PARAMÉDICO	
	Médico	Dentista	Enfermeiro	Técnico e Auxiliar de Enferm.
Desejável	6 100	1 500	3 400	11 100
Em atividade	7 966	989	435	2 663
Diferença	1 866	(511)	(2 965)	(8 437)

FONTE: IBGE - Anuário Estatístico - 1982

OBS.: O número desejável de profissionais foi calculado com base na população residente no Estado em 1980

Como já foi mencionado anteriormente, considerou-se válida a comparação entre os profissionais existentes em 1979 e o número desejável para 1980, tendo em vista ser esse um dado que não deve variar de maneira significativa de um ano para outro. Tem-se então que, em relação ao número de médicos a situação geral do Estado é satisfatória, apresentando um índice de 10,4 médicos/10 000 habitantes, índice superior ao padrão da OPS; no entanto, essa relação pode apresentar índices diferentes

quando desagregada por região ou município. Quanto aos dentistas, existem apenas 989 para cobrir uma necessidade de 1 526 profissionais atuando na área. Em relação à população do Estado, o índice é de 1,3 dentistas/10 000 habitantes. O número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem está muito aquém do desejável, ambos apresentando índices iguais a 0,6 e 3,5 profissionais, respectivamente, para cada 10 000 habitantes. Para o pessoal de saúde atuando nas unidades do Governo Estadual, a relação profissionais/10 000 habitantes em 1983 era a seguinte: 1 médico, 0,1 dentista, 0,1 enfermeiro e 1,5 auxiliares de enfermagem.* O número de profissionais atuando no serviço de saúde pública no Estado estava disponível apenas para janeiro de 1984, data do último levantamento (tabela 44).

TABELA 44 - PESSOAL EM ATIVIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA, SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTO, NO PARANÁ - 1984

ESTABELECIMENTO	PESSOAL MÉDICO		PESSOAL PARAMÉDICO		
	Médico	Dentista	Enfermeiro	Técnico e Auxiliar de Enfermagem	Atendente de Saúde
Unidades Sanitárias	680	156	53	163	987
Hospitais	169	10	27	118	18
Unidade Central	46	4	7	14	9
TOTAIS	896	170	87	295	1 309

FONTE: SESB/GPC - dados de pessoa das unidades sanitárias (exceto técnico e auxiliar de enfermagem)

SESB/FSCMR/DRH - Estatística de Cargos - jan/84 - para as demais informações

SESB/GRHS - dados sobre pessoal estatutário

OBS.: Nos números referentes a pessoal médico (médico e dentista) estão incluídos os sanitaristas. Atendente de saúde equivale, na FSCMR, ao Agente de Saúde A

*Esses índices foram obtidos através da relação entre os profissionais da SESB e da FSCMR em 1984 e a população para esse mesmo ano estimada pelo IPARDES (8 087 861 habitantes): IPARDES - FUNDAÇÃO EDISON VIEIRA. Paraná: características demográficas e projeções da população, por microrregião, até 1990. Curitiba, 1983. 105f.

4.1.4 Capacidade Física Instalada

4.1.4.1 Estabelecimentos de Saúde

A estrutura física da rede de saúde sugerida pelo PREVSAÚDE, e adotada pela Secretaria de Saúde do Estado, prevê unidades de atendimento cujos tamanhos, perfis de funcionamento, equipe de pessoal e equipamentos variam de acordo com o contingente populacional a ser coberto e os níveis de atuação a que se destinam (quadro 1).

QUADRO 1 - CAPACIDADE DE ATENDIMENTO/DIA DAS UNIDADES SANITÁRIAS, SEGUNDO O TIPO DE ATENDIMENTO, NO PARANÁ

TIPO DE ATENDIMENTO	TIPO DE UNIDADE (ATENDIMENTO/DIA)			
	POSTO DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE		
		Transição	Tipo I	Tipo II
Consulta Médica				
Geral	-	16	80	128
Especializada	-	-	-	64
Consulta Odontológica	-	8	8	16
Exame Laboratorial	-	80	160	320
Atendimento Social*				
Individual	-	16	16	64
Grupo	-	1	1	6
Consulta de Enfermagem*	-	-	-	32
Atendimento de Enfermagem*	32	64	224	384
Consulta Psicológica	-	-	-	8
Triagem sócio-econômica*	32	32	32	128
Pré-Consulta*	40	40	120	200
Pós-consulta*	40	40	120	200
Visita Domiciliar	8	8	8	16
Imunização*	80	160	480	800
Aplicação de Testes*	-	-	80	160
Aplicação de Injeções	80	160	240	400
Contingente Populacional Possível de ser coberto	Até 2 000	até 20 000	Mais de 20 000	Sedes de Distritos Sanitários

FONTE: SESB/ FSCMR

*Atividades concorrentes em termos de pessoal para atendimento.

O posto de saúde - unidade de saúde mais simples - é operado por atendentes treinados para execução de ações básicas, relativas à atenção elementar de nível primário. Os centros de saúde são unidades mais complexas que os postos, com atendimento médico permanente e laboratório básico. O centro de saúde mais simples - o de transição - deve ser operado por um médico generalista e profissionais de nível médio elementar. Está situado em cidades de 2 a 6 mil habitantes, podendo dar cobertura a um contingente populacional de até 20 mil habitantes. A unidade seguinte, centro de saúde tipo I, caracteriza-se por apresentar mais recursos que a unidade anterior, contando com ambulatorios especializados e atendimento permanente. Situa-se em cidades de médio e grande porte e conta com pessoal de nível superior, médio e elementar. Se necessário, pode conter módulos de atendimento permanente de emergência. Permite dar cobertura a núcleos de até 36 mil habitantes. O centro de saúde tipo II tem como característica atender a algumas especialidades de caráter estratégico, definidas em função da demanda local prevalecente. Atua a nível de ações secundárias e também pode possuir unidade de emergência. Situa-se em sedes de distrito sanitário.

O modelo proposto, entretanto, não discute qual a composição desejável, nem o número de unidades necessárias para dar cobertura adequada às necessidades de núcleos que tenham um contingente populacional entre, por exemplo, 36 mil e 140 mil habitantes, os quais comportariam centros de saúde tipo II, que são implantados somente em sedes de distritos sanitários. Existem no Estado 16 municípios com população dessa

dimensão,* dos quais somente 11 - sedes de distritos sanitários - são atendidos por uma unidade desse nível.

O PREVSAÚDE também define a composição do sistema hospitalar, o qual teria início em uma unidade mista, ou seja, um estabelecimento de saúde com características de unidade sanitária, acrescida de até 50 leitos, para atender a localidades com 5 mil a 20 mil habitantes. O hospital local com capacidade de 50 a 150 leitos deverá estar localizado em municípios com mais de 20 mil habitantes. O hospital regional ou distrital, com capacidade de 150 a 250 leitos, está dimensionado para sedes de distritos sanitários e suas áreas de abrangência. No topo da hierarquia está o hospital de base, com capacidade de até 500 leitos, estruturado para atender demandas em medicina clínico-cirúrgica em todas as especialidades e em regime ambulatorial e hospitalar.

Da mesma forma que para as unidades sanitárias, não existe uma indicação clara, no documento citado, da forma como deve ser distribuída a rede hospitalar no Estado.

A estrutura física de atendimento de saúde, segundo quantidade e tipo de estabelecimentos, aparece na tabela 45.

TABELA 45 - NÚMERO E TIPO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, SEGUNDO A ENTIDADE MANTENEDORA, NO PARANÁ - 1981-82

ANO	Posto de Saúde		Centro de Saúde		PAM/POL		Pronto-Socorro		Unidade Mista		Hospital		TOTAL		
	Priv	Publ	Priv	Publ	Priv	Publ	Priv	Publ	Priv	Publ	Priv	Publ	Priv	Publ	Total
1981 ¹	37	171	10	332	332	332	3	1	1	2	579	60	962	898	1 860
1982 ²	18	207	7	353	244	329	2	-	-	-	559	75	830	964	1 794

FOONTE: ¹Ministério da Saúde- Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - 1981

²SESB/FSCMR/GPC, com base no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde - 1982 (dados preliminares sujeitos a retificação)

*Dados elaborados pela SEPL/CEP, com base na população urbana total (sede de município mais sede de distrito).

Quanto aos estabelecimentos mantidos exclusivamente pelo Governo do Estado, sua composição, em dezembro de 1981, é apresentada na tabela 46.

TABELA 46 - NÚMERO E TIPO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MANTIDOS PELO GOVERNO DO ESTADO - 1981

NÚMERO	POSTO DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE				TOTAL DE UNIDADES
		Transição	Tipo I	Tipo II	Especializado	
Unidades	187	206	89	19	1	502

FONTE: SESB/FSCMR/GPC

OBS.: Os centros de Saúde tipo II estão localizados nas sedes de distrito (excluída a Capital) e o centro de Saúde especializado está localizado na Capital.

A capacidade de atendimento das unidades sanitárias em 1981 foi obtida a partir da combinação dos dados de capacidade de atendimento/dia dessas unidades (ver quadro 1) com o número existente de cada tipo de estabelecimento (ver tabela 46).

A tabela 47 apresenta um resumo da capacidade de atendimento das unidades sanitárias estaduais, segundo os principais tipos de atendimento por elas ofertados.

TABELA 47 - CAPACIDADE DE ATENDIMENTO/ANO DAS UNIDADES SANITÁRIAS, SEGUNDO OS PRINCIPAIS TIPOS DE ATENDIMENTO, NO PARANÁ - 1981

TIPO DE ATENDIMENTO	POSTO DE SAÚDE	CENTROS DE SAÚDE			TOTAL
		Transição	Tipo I	Tipo II	
Consulta Médica					
TOTAL	-	725 120	1 566 400	802 560	3 094 080
Geral	-	725 120	1 566 400	535 040	2 826 560
Especializada	-	-	-	267 520	267 520
Consulta Odont.	-	326 560	156 640	66 880	586 080
Imunização (nº de doses)	3 291 200	7 251 200	9 398 400	3 344 000	23 284 800

FONTE: Dados Brutos SESB/FSCMR

OBS.: Não está incluída a capacidade de atendimento do Centro de Saúde Metropolitano (Curitiba), para a qual não existem parâmetros. Para o cálculo de atendimento anual, considerou-se o ano com 220 dias úteis (mesmo padrão usado pela FSCMR)

Em relação a consultas médicas, foi utilizada apenas 32,6% da capacidade instalada, enquanto das consultas odontológicas possíveis, foram ofertadas 38,8%. Em relação à imunização (dada pelo número de doses de vacina aplicadas), ofertou-se apenas 16,3% do total possível de ser aplicado, dada a capacidade de atendimento das unidades sanitárias.

A estrutura de pessoal necessário para que seja possível o atendimento estabelecido pela capacidade da rede física já instalada é apresentada na tabela 48.

TABELA 48 - ESTRUTURA DE PESSOAL NECESSÁRIO PARA ATUAR NAS UNIDADES SANITÁRIAS DO ESTADO - 1981

NÚMERO	PESSOAL MÉDICO			PESSOAL PARAMÉDICO	
	Médico	Dentista	Enfermeiro	Técnico e Aux. Enfermagem	Atendente de Saúde
Profissionais	771	333	38	127	1 136

FONTES: Dados Brutos SESB/FSCMR

OBS.: No número de médicos necessários estão incluídos os sanitaristas. O atendente de saúde equivale ao Agente de Saúde A da FSCMR. Não está incluído o número de pessoal necessário para dar atendimento no Centro de Saúde Metropolitano (Curitiba) por não haver parâmetros definidos para ele

Ao comparar os dados da tabela acima com os do pessoal em atividade nas unidades sanitárias estaduais, dados pela tabela 44 - excluídos aqueles que estão lotados na unidade central e no Centro de Saúde Metropolitano de Curitiba* - tem-se que o número de médicos atuando nessas unidades corresponde

*Os profissionais que trabalham na unidade foram excluídos por não participarem diretamente na prestação dos serviços de saúde, enquanto os lotados no Centro de Saúde Metropolitano de Curitiba - em número de 90 médicos e sanitaristas, 56 dentistas, 4 enfermeiros, 24 técnicos e auxiliares de enfermagem e 55 atendentes de saúde - não foram considerados dada a inexistência de uma estrutura de pessoal estabelecida como parâmetro para o seu pleno funcionamento.

a 76% da necessidade estabelecida de acordo com suas capacidades de atendimento. O número de dentistas representa cerca de 30% do pessoal necessário para atuar somente nas unidades sanitárias. O número atual de enfermeiros excede em cerca de 29% o mínimo estabelecido para esses profissionais. Já, o número de técnicos e auxiliares de enfermagem é praticamente igual ao número necessário (ultrapassa-o em apenas 9%), enquanto os atendentes representam cerca de 82% daqueles que deveriam estar atuando nas unidades sanitárias. Cabe salientar que esse perfil deve apresentar-se de forma distinta na medida em que esses dados sejam desagregados por região.

4.1.4.2 Leitos Hospitalares

O número de leitos necessários para atender à demanda na rede pública foi calculado com base no número de internações potenciais (168 mil) e na média de permanência no hospital (8 dias/paciente/leito). Então, para atender às internações possíveis, seriam necessários cerca de 3 600 leitos. Mas, a OPS determina que não deve ser usada, de forma permanente, mais do que 80% da capacidade instalada dos leitos. Disto resulta que, na realidade, a rede pública no Estado deve possuir perto de 4 500 leitos.

Do total de 36 109 leitos existentes em 1981 no Estado, 5 448 pertenciam a hospitais públicos.¹² Esse dado revela uma situação favorável - há no Estado cerca de 20% a mais de leitos

¹²BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Cadastro de estabelecimentos de Saúde-Brasil 1981. Brasília, 1982. 2v.

do que o necessário, donde se conclui que:

(....) as deficiências dizem respeito mais à racionalização do atendimento; a distorção mais grave é o privilégio da oferta de serviços hospitalares em detrimento da rede básica ambulatorial, gerando custos incompatíveis com os recursos disponíveis pelo setor público.¹³

Entretanto, estes números não levam em conta a distribuição destes leitos por regiões, o que propiciaria um perfil de concentração distinto. A maioria dos leitos contratados pelo INAMPS (64,6%) está nas regiões de Curitiba, Londrina, Ponta Grossa, Cascavel, Apucarana e Guarapuava.¹⁴

A rede pública do Estado, composta por 15 hospitais em 1981, possuía 2 461 leitos (45% do total de leitos públicos), dos quais 607 de curta permanência (com uma média de 7 dias/paciente/ano) e 1 854 de longa permanência (com uma média de 163/dias paciente/ano). Todos os hospitais de curta permanência trabalham com ociosidade média de 14% de suas capacidades de ocupação, enquanto os de longa permanência atendem, em alguns casos, um número de pacientes superior à capacidade máxima de ocupação desejável. Esses últimos, por serem hospitais especializados e por suas características próprias, devem ser analisados isoladamente.

¹³FUNDAÇÃO DE SAÚDE CAETANO MUNHOZ DA ROCHA. Projeto de extensão da cobertura das ações de saúde mediante a interiorização e municipalização dos serviços no Estado do Paraná. Curitiba, 1984. 40p.

¹⁴Id. ibid. p.8

4.1.5 Conclusão

O nível de equidade quanto à utilização dos serviços de saúde, dado pela condição sócio-econômica das pessoas que os procuram, apresenta uma distribuição bastante uniforme para a classe de renda de mais de 1 até 10 salários mínimos (tabela 49). As três primeiras classes (0 até 3 salários mínimos) concentram 48,4% das pessoas que utilizaram os serviços de saúde, enquanto aquelas situadas nas duas classes de rendimento seguintes (de mais de 3 até 10 salários mínimos) representam 40,1% das pessoas que procuram atendimento médico.

TABELA 49 - PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE, NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS, POR TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCURADO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR, NO PARANÁ - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS							
	TOTAL	Tipo de Estabelecimento Procurado						
		Posto ou Centro de Saúde	Hospital Público	Hospital Clínica ou Consultório Particular	Ambulatório de Empresa ou Sindicato	Outro	Mais de Um Tipo de Estabelecimento	Sem Declaração
TOTAL	717 707	148 956	64 236	421 267	29 497	17 285	16 090	376
Até 1	68 335	13 405	10 102	37 439	5 507	753	1 130	-
Mais de 1 a 2	142 161	33 805	17 736	76 978	7 277	3 994	1 994	376
Mais de 2 a 3	128 163	33 369	20 444	65 816	4 099	2 437	1 998	-
Mais de 3 a 5	159 490	32 416	15 849	92 260	6 007	6 746	6 212	-
Mais de 5 a 10	128 622	24 431	15 333	79 559	4 446	1 835	2 916	-
Mais de 10	80 831	7 210	3 800	64 302	2 161	1 520	1 838	-
Sem rendimento ¹	8 376	3 943	863	3 570	-	-	-	-
Sem declaração	1 728	376	109	1 243	-	-	-	-

FONTES: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAO - 1981
Exclusiva pensionistas e empregadas domésticas

OBS.: ¹Inclusive as famílias cujos componentes receberam somente em benefícios

Das pessoas que utilizaram serviços de saúde em 1981, 34,2%¹⁵ o fizeram através da rede pública,* procurando o atendimento em postos e centros de saúde, hospitais ou outro tipo de estabelecimento público. Desse conjunto, 57,3% corresponde

¹⁵Op. cit. nota 10. tabela 12.4

*O total do atendimento na rede pública inclui os serviços prestados através dos postos e centros de saúde e dos hospitais públicos.

a pessoas sem rendimento ou com renda de até 3 salários mínimos, determinando uma concentração bastante significativa nas faixas de menor renda.

A procura de atendimento em postos ou centros de saúde e hospital público é maior na faixa de população que está situada nas classes de até 5 salários mínimos (inclusive as sem rendimento) e representa cerca de 38% do total de atendimento, caindo para aproximadamente 30% nas duas classes seguintes e não chegando a 15% do total das pessoas cujo rendimento familiar é superior a 10 salários mínimos.

O elevado percentual de pessoas que buscaram serviços de saúde na rede privada (65,8%) justifica-se pela condição do atendimento, ou seja, convênios efetuados principalmente com a Previdência oficial - 48% dos atendimentos efetuados nessa rede (tabela 50). Nas faixas de renda de mais de 1 até 5 salários mínimos, a utilização da rede privada através de convênio com a Previdência nunca é inferior a 55%. Na faixa de mais de 5 até 10 salários mínimos, a proporção entre o atendimento particular e através de convênio com a Previdência oficial é equilibrada, enquanto na última (mais de 10 salários mínimos), é predominante a procura por serviço particular (58%). Deve-se acrescentar, também, que do total de pessoas beneficiadas com atendimento na rede privada através de convênio com a Previdência, 49,7% estão nas classes de rendimento mensal de até 3 salários mínimos.

Embora cause estranheza, não é possível justificar, com base nos dados disponíveis, o relativo equilíbrio da utilização da rede privada através de atendimento particular e da Previdência oficial pelas pessoas sem rendimento e com renda de até

TABELA 50 - PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE PRIVADA NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTOS MENSAL FAMILIAR, NO PARANÁ - 1981

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	PESSOAS QUE UTILIZARAM SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE PRIVADA NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 1 MÊS							
	TOTAL	CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO						
		Particular	Previdência Oficial	Sistema de Pré-pagamento	Sistema do Empregador	Outros	Mais de Um Tipo de Atendimento	Sem Declaração
TOTAL	472 260	175 053	227 032	10 514	27 394	28 864	2 918	485
Até 1	42 560	15 490	17 528	2 264	486	6 792	-	-
Mais de 1 a 2	89 862	27 638	49 825	1 617	3 101	7 926	755	-
Mais de 2 a 3	71 709	20 427	42 741	756	2 683	3 507	486	109
Mais de 3 a 5	108 204	34 467	60 749	1 299	6 825	4 487	377	-
Mais de 5 a 10	87 129	36 260	35 205	2 286	7 931	3 881	1 190	376
Mais de 10	67 874	39 419	17 524	2 182	6 368	2 271	110	-
Sem rendimento ¹	3 679	864	2 705	110	-	-	-	-
Sem declaração	1 243	488	755	-	-	-	-	-

FONTE: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD - 1981

OBS.: ¹Exclusive Pensionista e empregados domésticos.

Inclusive as famílias cujos componentes receberão somente em benefícios.

1 salário mínimo - 35,4 e 43,8%, respectivamente. A proporção de atendimento através de convênio com a Previdência oficial chega a 60% do total de pessoas da classe de mais de 2 até 3 salários mínimos, decrescendo de maneira bastante significativa até chegar à última classe - mais de 10 salários mínimos -, onde cerca de 26% do atendimento é procurado através da Previdência, predominando, então, o atendimento particular - 58%.

Por outro lado, no que se refere às unidades sanitárias instaladas, de competência estadual, verifica-se que há uma ociosidade bastante significativa quanto à utilização da capacidade instalada, ou seja, na oferta de serviços médicos e odontológicos. O número de pessoal médico (médicos e dentistas) não corresponde à necessidade real dessas unidades, enquanto em relação ao pessoal paramédico (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e atendente de saúde) somente os técnicos e auxiliares de enfermagem excedem o número necessário. No entanto, deve-se salientar que essa carência foi estabelecida em função da capacidade de utilização total das unidades existentes. Na realidade, têm sido prestadas, pela rede estadual de saúde - excluído o Centro de Saúde Metropolitano em Curitiba -, apenas 33% das consultas que poderiam efetivamente ser ofertadas, enquanto o número de médicos corresponde a 76% do total necessário para o pleno funcionamento das unidades.

Portanto, embora existindo uma insuficiência de pessoal médico em relação ao necessário para o funcionamento adequado da rede estadual, esse mesmo pessoal está sendo subutilizado, visto que a ociosidade da rede, em termos de número de consultas possíveis de serem prestadas, é consideravelmente superior. Quanto aos profissionais de odontologia, representam apenas

30% do número necessário, enquanto as consultas por eles prestadas equivalem a 38% daquelas possíveis de serem prestadas pelas unidades. Tomando-se por base, para as unidades sanitárias, a proporção entre paramédicos e médicos, que se estabelece a partir dos dados da tabela 48, tem-se que o número de enfermeiros por médicos é superior ao necessário, enquanto o número de técnicos e auxiliares de enfermagem e o de atendentes de saúde por médico é equivalente.

Dessa análise preliminar, conclui-se que, em termos de Estado, apesar de haver uma subutilização bastante significativa das unidades de saúde, existe também sobreutilização de alguns profissionais habilitados.

Algumas hipóteses, levantadas por especialistas do setor, servirão de base para justificar a baixa utilização dos serviços de saúde da rede pública estadual.

A primeira hipótese explica o baixo atendimento como consequência da reduzida demanda pelos serviços de saúde, seja ela motivada por migrações, restrições financeiras da clientela e mesmo pela falta de informação quanto à utilização dos serviços públicos.

Uma segunda hipótese estaria associada à má distribuição da rede de unidades sanitárias e hospitalares, havendo, por vezes, uma concentração excessiva na zona urbana e carência de unidades de atendimento na zona rural, bem como uma pressão maior em áreas densamente urbanizadas. A isso estariam associadas restrições financeiras para a manutenção da rede física, fazendo com que haja ociosidade da capacidade instalada.

Uma última hipótese seria a da falta de profissionais habilitados para atender às necessidades das unidades estaduais.

A esse fator alia-se a má remuneração e má distribuição geográfica dos profissionais, havendo, em alguns casos, sobreutilização dos recursos humanos disponíveis e, em outros, subutilização pelo excesso de pessoal alocado numa determinada região ou local.

Uma análise mais detalhada, onde as informações sejam trabalhadas isoladamente por região ou município, permitirá que se determine as causas da subutilização da capacidade instalada da rede física, ou mesmo que se determine casos onde a situação apresenta-se normal e outros em que haja sobreutilização. Esse será o objeto do desenvolvimento posterior do trabalho.

4.2 PERSPECTIVAS PARA 1990

Usando os mesmos critérios com os quais se trabalhou no item anterior, para avaliar as condições de funcionamento e a capacidade de atendimento da rede pública de saúde no Estado, serão estimadas as necessidades quanto à oferta de serviços, pessoal e rede física instalada, com base na população estimada para 1990.¹⁶

4.2.1 Ações Básicas de Saúde

Dada a estimativa de que a população total do Estado em 1990 será de 9 006 637 habitantes, dos quais 231 593 menores de 1 ano e 3 013 009 entre 1 e 14 anos, e tomando-se ainda a mesma proporção de mulheres que tiveram filhos ou estiveram grá-

¹⁶IPARDES - FUNDAÇÃO ÉDISON VIEIRA. Paraná: características demográficas e projeções da população, por microrregião, até 1990. Curitiba, 1983. 105f.

vidas em 1981¹⁷ - 3,8% da população total, as quais serão, em 1990, em número de 342 252 -, calculou-se a necessidade de consultas médicas e odontológicas (tabelas 51 e 52).

TABELA 51 - NÚMERO NECESSÁRIO DE CONSULTAS A SEREM OFERTADAS, NO PARANÁ - 1990 (Em mil)

NÚMERO	CONSULTAS MÉDICAS				CONSULTAS ODONTOLÓGICAS
	TOTAL	Clínica Básica	Clínica Especializada	Urgência e Emergência	
Consultas	26 730	19 800	3 960	2 970	4 500

FONTE: IPARDES

TABELA 52 - NÚMERO DE CONSULTAS DE ATENDIMENTO MATERNO-INFANTIL A SEREM OFERTADAS, NO PARANÁ - 1990 (Em mil)

NÚMERO	CONSULTAS OBSTÉTRICAS	CONSULTAS PEDIÁTRICAS		
		TOTAL	Menores de 1 ano	1 a 14 anos
Consultas	1 400	7 300	700	6 600

FONTE: IPARDES

Com relação à vacinação, para que haja uma cobertura total das crianças de menos de 1 ano, devem ser imunizadas em 1990, pela aplicação das vacinas BCG, tríplice (DTP), antipólio (Sabin) e anti-sarampo, 231 593 crianças desse grupo de idade, complementando-se o atendimento daquelas que não foram imunizadas no primeiro ano de vida nos anos seguintes, na medida do necessário.

4.2.2 Internações

A partir do índice de 1% das consultas básicas para as internações hospitalares na rede pública, tem-se que em 1990

¹⁷Op. cit. nota 10.

essas deverão estar em torno de 200 mil. Se as internações efetuadas através da rede estadual mantiverem a mesma proporção observada em 1980 em relação ao total (12%), deverá haver 24 mil internações em hospitais estaduais.

4.2.3 Recursos Humanos em Saúde

Seguindo os parâmetros estabelecidos pela OPS para os profissionais em saúde - 8 médicos, 2 dentistas, 4,5 enfermeiros e 14,5 auxiliares de enfermagem por 10 mil habitantes, obtêm-se a necessidade de pessoal para 1990, no Estado (tabela 53).

TABELA 53 - NÚMERO NECESSÁRIO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE, NO PARANÁ - 1990

NÚMERO	PESSOAL MÉDICO		PESSOAL PARAMÉDICO	
	Médico	Dentista	Enfermeiro	Técnico e Auxiliar de Enfermagem
Profissionais	7 200	1 800	4 000	13 100

FONTES: IPARDES

4.2.4 Estrutura Física

4.2.4.1 Estabelecimentos de Saúde

A estimativa da estrutura física de atendimento do Estado foi feita com base na hipótese de que se mantenha a mesma proporção dos atendimentos efetuados através da FSCMR em 1981 - 8,8% do total do atendimento médico e 7,9% do atendimento odontológico no Estado - e na capacidade de atendimento/ano de cada unidade sanitária instalada. O Estado deverá, então, ofertar em 1990 cerca de 2 300 mil consultas, as quais incluem clínicas básicas e especializadas e atendimento de urgência/emergência, bem como 3 360 mil consultas odontológicas (tabela 54).

TABELA 54 - DISTRIBUIÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO E ODONTOLÓGICO POTENCIAL, POR UNIDADE SANITÁRIA, NO PARANÁ - 1990

CONSULTA	CENTRO DE SAÚDE			TOTAL
	Transição	Nível I	Nível II	
Médica (TOTAL)	552 000	1 150 000	598 000	2 300 000
Odontológica	216 000	100 800	43 200	360 000

FORNE: IPARDES

Comparando-se os dados de capacidade instalado, em 1982, apresentados na tabela 47, com os dados relativos à previsão de atendimento médico e odontológico para 1990, verifica-se que, de modo geral, a rede física já instalada tem condições de atender, com excedente de oferta, à demanda estimada. Para utilizar plenamente a capacidade instalada, o Estado pode, então, ampliar, até 1990, em cerca de 34% o atendimento médico e em cerca de 63% o odontológico.

Quanto aos postos de saúde, sua quantidade varia em função do número de municípios existentes no Estado. Em dezembro de 1982, havia 187 postos em operação, 27 concluídos mas não inaugurados e 15 em construção, para um total de 310 municípios instalados. A carência era então de 81 novos postos de saúde, que em 1990 poderá ou não variar de acordo com o número de municípios que estiverem instalados até aquela data.

4.2.4.2 Leitos Hospitalares

O número de leitos hospitalares da rede pública - calculado com base nas internações previstas para 1990 (200 mil) e na média de permanência no hospital (8 dias/paciente/leito), com uma taxa média de ocupação de 80% - deverá estar em torno de 5 500. A necessidade de leitos estimada para 1990 é equivalente ao número já existente em 1981 (5 448), não havendo,

portanto, necessidade de ampliação.

4.2.5 Conclusão

Verificadas as necessidades de oferta de serviços, pessoal e rede física, no Estado do Paraná, observou-se que a única área em que o estimado, e mesmo o existente, não corresponde ao necessário, é a de recursos humanos. O maior déficit é em relação a enfermeiros e auxiliares de enfermagem que, em termos de Estado, representam hoje 11% e 20%, respectivamente, do número necessário para 1990; os dentistas existentes representam apenas 55% do previsto para aquele ano. A exceção é feita aos médicos que, considerando-se os existentes em 1981, são superiores em número ao necessário para 1990.

Essas considerações são feitas em termos de Estado; a desagregação por regiões poderá apresentar perfis distintos e, portanto, diferentes estimativas de necessidade de recursos humanos e, até mesmo, físicos. Dada a estimativa, em termos de oferta de serviços públicos, a capacidade atual instalada é superior, tanto no que diz respeito à rede física quanto a pessoal, às necessidades estabelecidas para 1990.

4.3 REQUISITOS FINANCEIROS

4.3.1 Ações Básicas de Saúde

Os custos relativos ao investimento físico para as unidades sanitárias estaduais, bem como seu custo de manutenção aparecem na tabela 55.

TABELA 55 - CUSTOS UNITÁRIOS PARA IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DAS UNIDADES SANITÁRIAS, NO PARANÁ

(Em Cr\$ mil)

TIPO DE UNIDADE	ÁREA (m ²)	INVESTIMENTO			CUSTEIO		
		Construção (total)	Equipamentos	Depreciação	Pessoal Técnico	Pessoal Auxiliar	Materiais/Serviços
Posto de saúde	63	9 954	1 730	671	-	2 021	4 674
Centro de Saúde							
Transição	126	19 908	3 680	1 363	2 491	7 787	9 435
Nível I	259	40 922	4 130	2 459	19 843	17 752	18 021
Nível II	779	123 082	36 751	9 829	62 376	36 983	63 933

FONTE: SESB/FSCMR/GPC

OBS.: Preços de fevereiro de 1984

O custo de construção é estimado em Cr\$ 158 mil/m² e o de equipamento é o necessário para cada tipo de unidade

Os postos de saúde são apenas construídos e equipados pela FSCMR; a sua manutenção, tanto em termos de custeio de pessoal, como de materiais e serviços, é feita pelas prefeituras. Os centros de saúde são construídos, equipados e mantidos pela FSCMR.

Para estabelecer os gastos para 1990, a primeira hipótese é de que seja mantida a mesma proporção do atendimento prestado pelo Estado em 1981 (8,8% das consultas ofertadas no Estado como um todo). Tem-se, então, que a rede física instalada continuará a operar com ociosidade; sua capacidade é para prestar mais de 3 milhões de consultas/ano e, nessa hipótese, supõe-se que deverão ser ofertadas 2 300 mil consultas/ano. Assim, o custo de investimento será apenas o necessário para a reposição relativa à depreciação anual dos prédios e equipamentos, 97 859,9 ORTN* uma vez que, havendo ainda ociosidade

*Os dados de custos obtidos na SESB/FSCMR referem-se a fevereiro/84 e, portanto, utilizou-se o valor da ORTN para este mês - Cr\$ 8 285,45.

no sistema, não será necessário construir novas unidades. Os gastos de custeio de pessoal foram estabelecidos em função da necessidade de ampliação do quadro de pessoal determinado a partir das carências estabelecida no item 4.1.5, ou seja, considerou-se que o número de médicos permanece o mesmo e que também não haverá necessidade de ampliar o quadro de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e atendentes de saúde. O acréscimo de dentistas estimado será de apenas 4 profissionais. Assim, tem-se que o custo de pessoal deverá ser da ordem de 1 366 147,9 ORTN/ano. O custo de materiais/serviços, calculado com base no número de consultas ofertadas,** será equivalente a 283 900,0 ORTN/ano. Os gastos totais - investimento e custeio - serão da ordem de 1 747 907,8 ORTN/ano.

Uma segunda hipótese seria a de que a oferta de serviços seja ampliada até o limite da capacidade de atendimento das unidades instaladas, ou seja, em mais 34% do número de consultas estimado para 1.^a hipótese. Ainda neste caso, os gastos com investimento serão os mesmos que os da hipótese anterior - 97 859,9 ORTN. O custeio de pessoal aumentará na medida em que o quadro de pessoal tenha de ser ampliado para prestar um maior atendimento (ver tabelas 44 e 48) e os gastos de materiais/serviços aumentarão proporcionalmente ao número de consultas ofertadas. Os gastos serão então de 1 597 171,4 ORTN/

**Os gastos de materiais/serviços fornecidos pela FSCMR foram calculados com base nos investimentos realizados, ou seja, 40% desses. Para efeitos deste trabalho, considerou-se mais apropriado calcular esses custeios com base nas consultas ofertadas. Assim, tomando-se os custos de materiais/serviços para cada tipo de centro de saúde, fornecido pela FSCMR, e o número de consultas médicas e odontológicas possíveis de serem ofertadas por essas mesmas unidades, chegou-se a um valor médio de Cr\$ 1 000,00/consultas (médica e odontológica).

ano para pessoal e de 444 171,7 ORTN/ano para materiais/serviços. O total de gastos - investimento e custeio - será de 2 139 328,7 ORTN/ano.

Em ambas as hipóteses, a maior parcela de gastos refere-se a gastos de custeio, da ordem de 94% e 95%, respectivamente.

As alternativas de redução dos custos, e mesmo de uma possível ampliação do atendimento, tendo em vista as análises regionais, deverão ser objeto de estudo na fase posterior do trabalho. De fato, com base nas carências regionais, a SESB estabeleceu como meta a extensão da atual rede de unidades sanitárias para 163 postos de saúde municipais rurais; 328 postos de saúde em 64 sedes municipais e 66 centros de saúde até 1986. Isso significa que, muito provavelmente, existem regiões onde há insuficiente capacidade de atendimento e que, portanto, em outras regiões os coeficientes de ociosidade, estabelecidos para a média do Estado, devem estar subavaliados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, Rio de Janeiro, Fundação IBGE, vol.43, 1982. 904p.
- 2 BANCO NACIONAL DA HABITAÇÃO. Departamento de Planejamento e Análise de Custo. BNH-modelo simplificado das necessidades habitacionais-1980/85. s.L., 1982. 69p.
- 3 BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Ensino Médio. Apropriação de custos do ensino a nível de 2º grau. Natal, 1974. 40p. Trabalho apresentado no VI Encontro de Secretários de Educação e Representantes de Conselhos de Educação, Natal, 1974.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de serviços básicos de saúde - PREVSAÚDE. Brasília, 1980.
- 5 _____. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Cadastro de estabelecimentos de saúde-Brasil 1981. Brasília, 1982. 2v.
- 6 _____. Cadastro de estabelecimentos de saúde-Brasil 1982. Brasília, s.d. Listagem preliminar sujeita a ratificação.
- 7 CALSING, Elizeu Francisco & ISUANI, Ernesto Aldo. Indicadores de desenvolvimento sócio-econômico da população e dos municípios. Brasília, CNRH/UNICEP/BNDES, 1983.
- 8 CASTRO, Claudio de Moura. Investimento em educação no Brasil: um estudo sócio-econômico de duas comunidades industriais. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1973. 220p. (Monografia, 12).
- 9 _____. et alii. Ensino técnico: desempenho e custos. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1972. 328p. (Relatório de pesquisa, 10)
- 10 CENTRO BRASILEIRO DE CONSTRUÇÕES ESCOLARES. Estabelecimentos para educação pré-escolar. Rio de Janeiro, 1978. 72p. (Especificações escolares, 6).
- 11 _____. Planejamento de rede escolar: proposta metodológica; rede escolar urbana, 1º grau. Rio de Janeiro, 1981.
- 12 DÍVIDA das Estatais paranaenses. Análise Conjuntural, Curitiba, IPARDES - Fundação Edison Vieira, 5(2) 1-4. abr./maio 1983.
- 13 DÍVIDA do Setor público paranaense. Análise Conjuntural, Curitiba, IPARDES - Fundação Edison Vieira, 5(2) 5-7, maio/jun. 1983.
- 14 ESTUDO de avaliação e ampliação de propostas estaduais na área de educação. São Paulo, 1983. 57p.
- 15 FUNDAÇÃO DE SAÚDE CAETANO MUNHOZ DA ROCHA. Projeto de extensão da cobertura das ações de saúde mediante a interiorização e municipalização dos serviços no Estado do Paraná. Curitiba, 1984. 40p.

- 16 FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO PARANÁ. Atualização do levantamento de prédios escolares-1979; Estado do Paraná. Curitiba, 1980.
- 17 _____. Especificações educacionais, escolares e projetos-modelo 1977. Curitiba, s.d.
- 18 _____. Sugestões para a elaboração de orçamentos educacionais no âmbito municipal. Curitiba, 1967.
- 19 FUNDAÇÃO IBGE. Censo demográfico Paraná 1980. Rio de Janeiro, 1983. t.3, 5,6.
- 20 GOMES FILHO, Waldemar. Fluxo financeiro da educação no Brasil. Rio de Janeiro, MULTISSET, s.d.
- 21 INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. Municipalização: educação e saúde. Rio de Janeiro, 1977.
- 22 INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. Plano de educação. Curitiba, 1968.
- 23 IPARDES-FUNDAÇÃO ÉDISON VIEIRA. Estimativa da renda interna e índice do produto real do Paraná-1970/83; versão preliminar. Curitiba, 1984.
- 24 _____. Paraná: características demográficas e projeção da população, por microrregião, até 1990. Curitiba, 1983. 105f.
- 25 _____. Projeto integrado de apoio ao pequeno produtor rural-PRO-RURAL; avaliação do impacto regional, 1a. fase. Curitiba, 1983. v.4
- 26 MUNHOZ, Tânia M.T. Une intervention de l'etat dans l'espace urbain: le plan de "desfavelamento" de la ville de Curitiba. Paris, 1981. Tese, Doutorado, Université de Paris.
- 27 O ORÇAMENTO do Estado para 1983. Análise Conjuntural, Curitiba, IPARDES-Fundação Edison Vieira, 5(2): 3-9, fev./mar.1983.
- 28 O ORÇAMENTO do Tesouro e da administração descentralizada do Paraná: origem e aplicação dos recursos. Análise Conjuntural, Curitiba, 6(3): 8-12, mar. 1984.
- 29 ORÇAMENTO geral do Estado para 1984: evolução e divisão dos recursos entre os três níveis da administração pública. Análise Conjuntural, Curitiba, IPARDES-Fundação Edison Vieira, 5(10): 1-3, out/nov.1983.
- 30 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Plano decenal de saúde para as Américas. Porto Alegre, SUDESUL, 1973.
- 31 PARANÁ. Governo do Estado. Mensagem; apresentada à Assembléia Legislativa do Estado pelo senhor José Hosken de Novaes Governador do Estado. Curitiba, 1983. 374p.
- 32 _____. Mensagem; apresentada à Assembléia Legislativa do Estado pelo senhor José Richa governador do Estado. Curitiba, 1984. 376p.
- 33 _____. Mensagem; apresentada à Assembléia Legislativa do Estado pelo senhor Ney Braga governador do Estado. Curitiba, 1982. 379p.
- 34 PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação e Cultura. Atualização do levantamento de prédios escolares-1979. Curitiba, FUNDEPAR, 1980. n.p.

- 35 PARANÁ. Despesas operacionais por aluno, da rede municipal, referentes ao exercício de 1976. Curitiba, 1977.
- 36 Despesas operacionais por aluno, da rede municipal, referentes ao exercício 1977. Curitiba, 1977.
- 37 PARANÁ. Secretaria de Estado de Finanças. Autonomia política e dependência financeira: uma análise das relações intergovernamentais. Curitiba, 1982.
- 38 PARANÁ. Secretaria de Estado do Planejamento. Plano de ação-1983-1986. Curitiba, 1983.
- 39 Coordenadoria de Orçamento e Programação. Orçamento anual 1984. Curitiba, 1983.
- 40 PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, Rio de Janeiro, Fundação IBGE, v.5, t.7, 1981; v.6, t.10, 1982.
- 41 POLÍTICA habitacional: um programa popular no contexto de um governo democrático; alternativas para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná. São Paulo, 1983.
- 42 PROGRAMA de expansão e melhoria do ensino. s.L., 1972.
- 43 RECENTES alterações na legislação tributária. Análise Conjuntural, Curitiba, IPARDES-Fundação Edison Vieira, 5(2):3, nov./dez. 1983.
- 44 SALLES, Antonio Carlos. El costo por alumno en las escuelas públicas de la enseñanza regular do 1º y 2º grados del Estado do Paraná. México, D.F., 1983. 224p. Tese, Mestrado, Instituto Politecnico Nacional.
- 45 SILVA, Fernando A. Rezende da & MAHAR, Dennis. Saúde e previdência social: uma análise econômica. Rio de Janeiro, 1974.
- 46 TOBELEM, Alain. Manual de estudos do custo e da qualidade da educação. s.L., 1975. (Relatório Técnico, 13).
- 47 VETTER, David Michel. Problemas conceituais e operacionais na avaliação da "adequação" das condições residenciais através de indicadores elaborados com dados dos Censos e das PNAD'S. Revista Brasileira de Estatística, Rio de Janeiro, 42 (168): 284-314, out./dez.1981.