

SERVICOS e POLÍTICA
PÚBLICOS e DE SAÚDE

DOCUMENTO Nº

1

SAÚDE

na Perspectiva
do Município

planejamento e execução

SERVIÇOS PÚBLICOS E POLÍTICA DE SAÚDE

**SAÚDE NA PERSPECTIVA DO MUNICÍPIO:
PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO
Documento nº 1**

**CONVÊNIO
MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA
DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - PROGRAMA
PEPS**

CURITIBA

MAIO 1991

159s Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - Fundação Édison Vieira.

Serviços públicos e política de saúde : documento nº 1: Saúde na perspectiva do município - planejamento e execução / Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - Fundação Édison Vieira. - Curitiba : IPARDES, 1991.

79p.

Convênio IPARDES/Ministério da Saúde-Secretaria de Ciência e Tecnologia-Programa PEPS.

1.Sistema de saúde. 2.Serviços de saúde. 3.Paraná. I.Título.

CDU 614.2(816.2)

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL

CARLOS ARTUR KRÜGER PASSOS - Secretário

FERDINANDO SCHAUBURG - Diretor Geral

IPARDES - FUNDAÇÃO ÉDISON VIEIRA

MARIANO DE MATOS MACEDO - Diretor-Presidente

UBIRATAN ULISSES T. BARCELLOS - Secretário Geral

MARIA INÊS CERVENKA DE FREITAS - Coordenadora de Pesquisa

JOSÉ MORAES NETO - Coordenador do Centro Estadual de Estatística

EQUIPE TÉCNICA

Maria de Lourdes Urban Kleinke - Coordenadora - Documento nº 1 - Carla Maria Naves Ferreira (economista), Maria de Lourdes Urban Kleinke (socióloga) - Documento nº 2 - Rosângela Diniz Chubak (socióloga), Rosilda Leopoldino (socióloga) - Documento nº 3 - Neda Mohtadi Doustdar (socióloga), Valéria Vila Verde Revelles Pereira (socióloga) - Técnica com participação parcial - Clayr Carvalho Cruz (historiadora) - Estagiários - Simone Bonacordi (ciências sociais), Mara Lúcia da S. Schilichta (ciências sociais)

APOIO TÉCNICO OPERACIONAL

Mary K. Franco Mendonça e Mauro Barbosa da Silva (programação e análise), Sachiko Araki Lira (análise estatística)

Maria Dirce Marés de Souza (normalização bibliográfica)

Maria Cristina Ferreira (editoração), Marise Manoel (revisão), Léia Rachel Castellar (processamento de texto),

Edson Luiz Rigoni (reprodução)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS ANEXAS.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
1 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.....	9
2 ALGUNS PONTOS E INFLEXÃO DA PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AIS... 	15
3 PRIMEIROS RESULTADOS DO PROCESSO DE MUDANÇA.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
ANEXO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

LISTA DE TABELAS ANEXAS

A.1	Produção de consultas, disponibilidade de horas médicas, produção de atendimento básico e rendimento de pessoal de enfermagem do serviço municipal de saúde, segundo municípios amostrados, no Paraná - 1986.....	58
A.2	Despesas realizadas com saúde pelas prefeituras e transferências do convênio AIS ao serviço municipal de saúde, segundo municípios amostrados, no Paraná - 1986.....	62
A.3	Número de consultas, atendimentos básicos, procedimentos odontológicos e internações no serviço municipal de saúde, segundo municípios amostrados, no Paraná - 1986.....	66
A.4	Valores pagos pelo convênio AIS ao serviço municipal de saúde, por tipo de serviço, segundo municípios amostrados, no Paraná - 1986.....	70
A.5	Despesa realizada com saúde pelas prefeituras, participação na despesa realizada total e variação percentual, segundo municípios amostrados, no Paraná - 1985-87.....	74

INTRODUÇÃO

A política de Ações Integradas de Saúde (AIS) consistiu no primeiro passo efetivo para se enfrentar o compromisso de vencer dificuldades tradicionais do setor público no que se refere a um atendimento eficiente e a respostas aos anseios da sociedade por uma assistência à saúde integral e universalizada.

Em suas premissas, essa política reafirma pontos centrais contidos em várias propostas que, nos últimos anos, permearam a discussão de mudanças no setor saúde, como a valorização das atividades básicas, a atuação hierarquizada com sistema de referência e com mecanismos de integração e a regionalização dos serviços.

Os caminhos de implementação das AIS se encontram na articulação e redefinição de funções dos três níveis de governo, visando evitar superposições e lacunas de serviços essenciais. Para tanto, tem-se por referência um formato de organização da rede de serviços - recuperado sempre que se discute a reestruturação do setor - que define, para a esfera municipal, a responsabilidade com serviços básicos (atendimento básico, consultas, procedimentos odontológicos e exames simples) e a competência estadual para serviços de especialidades (consultas, exames de diagnose e terapia). À esfera federal e universidades, cabem os serviços de maior complexidade. Ao setor privado, por sua vez, cabe a complementação, quando inexistentes ou insuficientes os serviços da rede pública.

Esse conjunto de intenções não tem contrapartida jurídica nem administrativa provida de poder e competência para contribuir efetivamente na sua própria concretização e avanço.

Da ótica jurídica, foi estabelecido convênio como instrumento para formalizar a transferência de recursos do Ministério de Previ-

dência e Assistência Social (MPAS) às instituições públicas, tendo como base de repasse a produção realizada, sem, contudo, serem previstos critérios que diferenciem esse pagamento por serviço, segundo a competência do conveniente, transpondo apenas para o campo político o compromisso - que, obrigatoriamente, também deveria ser firmado formalmente - de observar as mudanças de atuação previstas pelas AIS.

Por outro lado, são conhecidas as resistências administrativas pelas dificuldades de previsão e programação de ações dependentes de fontes de recursos dessa natureza por trazerem em si o risco de descontinuidade de sua renovação, o que depende da presença no poder de segmentos alinhados com essas intenções e da capacidade de negociação, articulação e pressão das estruturas conveniadas.

Da perspectiva administrativa, a criação de instâncias colegiadas,⁴ com atribuição de gerir e planejar a integração interinstitucional, assim como o processo de reversão do padrão de atendimento, não foram suficientes para suprir as deficiências jurídicas do convênio, mesmo porque não foram dotadas de poder decisório para impor aos governantes o compromisso de uma atuação efetiva, de modo a romper com o modelo de atendimento das diversas instituições públicas envolvidas e, até mesmo, enfrentar as divergências de ordem mais geral entre os interesses público e privado.

É inegável que, do ponto de vista administrativo, houve avanço no sentido de se reconhecer a importância da participação das diferentes categorias sociais, presentes na prestação e utilização dos serviços, como co-participantes na eleição de prioridades e definições programáticas da produção de serviços. Entretanto, note-se

⁴Foram estabelecidos mecanismos de gestão e controle para cada um dos níveis de governo, como: CIPLAN, que em nível federal reunia representantes dos ministérios da Saúde, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência Social; CIS e CIMIS, respectivamente, em nível estadual e municipal, que incluíam, além de representantes de cada uma das esferas de governo com ações no setor, representantes de segmentos organizados da sociedade.

que, para a efetiva representação do interesse coletivo, não bastam a consciência da necessidade de mudança e a definição de um projeto político. É fundamental que se tenha alcançado em torno desse projeto um grau de organização social capaz de obter dos governantes, dos executores da política e dos membros integrantes das instâncias gestoras o compromisso de sua representação.

Mesmo que existam críticas quanto à ausência de instrumentos eficazes e precisos para garantir compromissos bilaterais - MPAS e instituições atuantes no setor -, não se pode perder de vista que a política de AIS foi de extrema importância por desencadear, em nível municipal, a formação de um sistema de saúde sustentado em amplo processo de descentralização e desconcentração das decisões executivas, da alocação de recursos e das atribuições de planejamento para estados e municípios.

Por esse ângulo, a política de AIS representou um salto qualitativo na atuação pública, principalmente por incorporar em suas diretrizes a organização da rede de serviços de saúde que, pela primeira vez, definia atribuições específicas aos serviços municipais e, fundamentalmente, procurava criar meios que tornassem possível reverter os resultados negativos gerados pelas intervenções governamentais anteriores, as quais propiciaram e reforçaram uma atuação isolada dos municípios, sem criar qualquer relação de complementaridade entre os diferentes prestadores.

É importante frisar que esse é o início de um processo mais amplo de desburocratização e democratização do aparelho governamental, para o qual o município era um parceiro insubstituível, tendo em vista a proximidade entre governantes e beneficiários e o domínio do conhecimento da heterogeneidade dos problemas a serem enfrentados, entendendo que somente o controle social do gerenciamento das ações nesse nível garantiria melhor uso dos recursos

alocados.

Nessa perspectiva, constitui-se objetivo deste estudo apreender os primeiros resultados da implantação das AIS no Paraná, avaliando, entre os aspectos de maior importância, o planejamento, enquanto órgão central representado pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS) e pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) - que imprimiu a direção desse processo -, e a prefeitura, como um dos prestadores da rede pública, portanto executor desse processo.

Da ótica do planejamento, pela sua função de estabelecer as referências de inserção do município, ao definir as programações de serviços, cumpre avaliar em que medida as AIS serviram de instrumento para minimizar as dificuldades e iniquidades existentes entre os serviços públicos municipais de saúde, para que, pelo menos a médio prazo, capacite esses municípios para o desempenho adequado de um mínimo de funções necessárias.

Pelo ângulo do município - pela responsabilidade de se estruturar para produzir os serviços que vão garantir seu direito de receber os recursos do convênio -, cabe apreender a importância dos recursos transferidos pelo INAMPS sobre os orçamentos de saúde das prefeituras, a dependência por esses repasses no financiamento das ações de saúde e, sobretudo, a sua coerência com as condições objetivas da prestação de serviços. É importante ressaltar que, neste estudo, a análise está centrada nos serviços de saúde próprios das prefeituras, devidamente mantidos com recursos de seus orçamentos. Portanto, não estão incluídos os gastos e os serviços contratados, conveniados ou próprios da SESA ou INAMPS.

1 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Entende-se que para avaliar a política de AIS não se deve priorizar a análise conceitual de seus princípios, mas enfatizar a análise e avaliação da operacionalização e desempenho dessa política, procurando identificar, através dos resultados obtidos, os acertos, as dificuldades, as resistências político-administrativas e, sobretudo, diagnosticar os pontos de estrangulamento a serem enfrentados para que esse processo, de fato, concretize avanço qualitativo nas condições de atendimento/encaminhamento, haja vista as necessidades e expectativas da sociedade.

Como critério de avaliação dos diferentes resultados obtidos com a rede administrada pelas prefeituras, adotou-se a comparação entre municípios que, pelas características sociais, econômicas e demográficas, encontram-se sujeitos a demandas sociais semelhantes e apresentam condições minimamente comuns de se estruturarem para enfrentá-las.

Para tanto, fez-se necessário distinguir e agrupar os municípios, hierarquizando-os segundo grau de homogeneidade e escala de importância no Estado. Para alcançar esse objetivo, partiu-se para a correção e atualização de uma tipologia já existente,* a fim de absorver as transformações recentes da estrutura produtiva e social do Estado.

Nesse processo, foram utilizados recursos estatísticos do Sistema de Análise Estatística (SAEG), introduzindo-se na análise variáveis que refletissem essas mudanças - população urbana, rural e total, valor da produção setorial e total, ponderadas pelas respec-

*PARANÁ. Governo do Estado. PDU: Política de Desenvolvimento Urbano para o Estado do Paraná. Curitiba, 1974. v.3. Convênio Governo do Estado do Paraná, SUDESUL, SERFHAU, UFPR.

tivas participações nos totais do Estado.

De posse de uma nova tipologia, puderam-se adotar procedimentos para extrair uma amostra de municípios representativa da conformação do Estado, empregando como critério de seleção o porte e escala de funções urbanas. Entretanto, note-se que a amostragem propriamente dita ocorreu para os municípios de menor expressão e com população inferior a 35.000 habitantes, ficando representados cerca de 36%, sendo observadas representação regional e condições sócio-econômicas distintas, enquanto os de maior importância e com funções urbanas de destaque foram todos mantidos.

Assim, chegou-se a uma amostra de 142 municípios hierarquizados em 8 tipos, conforme agrupamento definido pela tipologia, como aparece no quadro 1.

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS DE MUNICÍPIOS

TIPO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	CARACTERÍSTICAS
1	1	Capital
2	1	Principal centro urbano
3	3	Centros urbanos de maior importância
4	13	Região Metropolitana de Curitiba
5	15	Expressão no Estado e regional
6	14	Expressão regional
7	28	18 a 35 mil/hab.
8	67	Menos de 18 mil/hab.
TOTAL	142	

FORTE: IPARDES

A opção por esse procedimento se mostrou mais adequada, uma vez que, para a análise dos resultados do alcance dessa política, particularmente no que se refere aos objetivos de um planejamento mais justo, corroborando os princípios de equidade, fazia-se necessário comparar resultados de estruturas que apresentassem condições minimamente comuns de demanda e de resposta. Nesse sentido, as regionalizações próprias do INAMPS e SESA, comumente empregadas em

análises de nível municipal, mostraram-se insuficientes por se limitarem à referência espacial.

Cabe observar que, por mais homogeneidade que se tenha alcançado nos agrupamentos, uma análise setorial impõe a priorização de alguns aspectos, o que muitas vezes leva a novos reagrupamentos no interior dos próprios tipos, principalmente quando se objetiva apreender os fatores explicativos para um menor ou maior dinamismo em determinada atuação. No caso particular do setor saúde, entendeu-se como fundamental priorizar a realidade das estruturas de serviços e/ou de renda e receita per capita do município.

A análise comparativa permitiu, mesmo que subjetivamente, apreender o grau de compromisso político dos governantes para assumir a problemática da saúde como uma questão premente e como condição *sine qua non* para garantir melhor padrão de vida. Objetivamente, possibilitou terem-se indicativos para a definição de parâmetros ao planejamento, na sua função de acompanhar e corrigir distorções no processo de implantação da política.

Com base em informações referentes à quantidade de serviços programada e respectiva orçamentação, o que implicitamente estipula o teto máximo de produção a ser remunerada com recursos dessa fonte, procurou-se mensurar até que ponto as orientações do planejamento contribuíram para reduzir as desigualdades entre os padrões de atendimento vigentes em cada município.

A avaliação propriamente dita resultou de relações entre:

- a) produção planejada (consultas e atendimento básico) e condições de sua realização (parâmetros horas médicas e pessoal de enfermagem disponível) empregadas como controle mínimo da qualidade com que esses serviços foram previstos;
- b) previsão de recursos (convênio AIS) e condições sócio-

econômicas (indicadores de renda e receita per capita) empregadas como critérios de aferição da maior ou menor necessidade de apoio financeiro.

Com as informações referentes à quantidade produzida, tipo de serviço oferecido e despesa realizada com saúde pelos municípios, procurou-se apreender o grau de estruturação e a capacidade de respostas às demandas da população. Assim, pelo ângulo da execução da política de AIS, recorreu-se a relações entre:

- a) produção prevista e realizada (consulta e atendimento básico) que apontou o grau de inserção dos municípios na política;
- b) produção realizada (consulta e atendimento básico) e condição de sua realização (horas médicas e rendimento de pessoal de enfermagem), que refletiu o padrão de atendimento;
- c) despesa realizada com recursos próprios (prefeitura) e situação sócio-financeira (indicadores de renda e receita per capita), que evidenciou a disposição política e determinou o padrão dos serviços;
- d) despesa realizada com recursos próprios (prefeitura) e transferência realizada (convênio AIS), que explicitou a efetiva fonte de financiamento das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios.

Como parâmetros de referência para a análise, criaram-se intervalos de classes tanto para produção de serviços como para os valores dispendidos pelas prefeituras e transferidos pelo convênio AIS. Os limites considerados foram estabelecidos com base nos resultados da própria amostra, com a finalidade de referenciar os municípios entre si.

A estratificação para serviços de Atendimento Básico (AB)

obedeceu a cinco intervalos de classe, distinguindo-se o 3º, que reúne a maioria da amostra do 1º e 2º, os quais agregam os municípios destacados por apresentarem menor produção, e do 4º e 5º, entendidos como os que registraram maior produção.

Já, para as consultas realizadas e para os valores aplicados pela prefeitura e convênio AIS, em termos per capita foi possível uma estratificação mais simples ao se considerarem apenas três intervalos de classe, sendo que o 2º intervalo concentrou os valores médios e o 1º e 3º, os menores e maiores registros, respectivamente (quadro 2).

QUADRO 2 - INTERVALOS DE CLASSE DEFINIDOS COMO PARÂMETROS DAS QUANTIDADES PER CAPITA DE SERVIÇOS E GASTOS REALIZADOS COM SAÚDE PELAS PREFEITURAS E TRANSFERÊNCIAS DO CONVÊNIO AIS

I POSICÃO INA AMOSTRA	INTERVALOS DE CLASSE			I TRANSFERÊNCIA AIS P/ PREF./HAB.A. (Em Cz\$)
	SERVIÇOS REALIZADOS AB/hab./ano	Cons./hab./ano	Gasto da Prefeitura/ hab./ano (em Cz\$)	
I Inferior	0,06 a 0,59 0,73 a 1,49	0,04 a 0,38	Menos de 19,00	Menos de 21,00
I Média	1,58 a 2,50	0,40 a 0,59	20,00 a 55,00	21,00 a 59,00
I Superior	2,76 a 3,56 3,67 a 10,36	0,61 a 3,02	56,00 e mais	60,00 e mais

FORTE: IPARDES

Cabe ressaltar que, a rigor, a pesquisa de avaliação orienta-se por modelos analíticos capazes de mensurar as mudanças ocorridas, durante ou após a execução da política ou do programa, a partir de comparações com situações anteriores.

No entanto, no caso particular deste estudo, essa condição não se viabilizou devido à forma como as informações eram coletadas pelas instituições responsáveis na execução das políticas de saúde, havendo falta ou precariedade de informações sistematizadas e confiá-

veis. Apenas em 1985, com os primeiros convênios de AIS, criaram-se mecanismos de acompanhamento em nível de municípios, com as informações sendo coletadas de forma mais padronizada para o conjunto das instituições prestadoras de serviços da rede pública.

Frente a esse limite, a avaliação em nível de municípios teve por base os resultados do ano de 1986, ano que efetivamente o convênio AIS foi implantado nos municípios do Estado. Assim, procurou-se antes identificar possíveis problemas desse processo, que propriamente negar os resultados encontrados, mesmo porque essa é a fase de difusão das orientações de mudanças, na qual a importância política de firmar os convênios prevaleceu sobre o grau de estruturação técnico-administrativa existente no setor.

Vale ressaltar a importância dessa opção, não só no sentido de detonar a descentralização das ações de saúde, mas como forma de envolver efetivamente todos os municípios do Estado nos meandros de mais um problema social complexo.

2 ALGUNS PONTOS DE INFLEXÃO DA PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AIS

Não se pode perder de vista a precariedade com que os municípios se integraram ao sistema de saúde e, nesse sentido, cabem sérias críticas ao planejamento que, pela falta de uma boa base de dados, revelou-se inadequado e insuficiente para conduzir esse processo, uma vez que reproduziu e até mesmo acentuou as desigualdades existentes.

Tal constatação fica evidente no planejamento efetuado para o total de municípios da amostra, no qual se identificam graves distorções na definição dos tetos de produção, com resultados acentuadamente assimétricos do ponto de vista da disponibilidade de serviços por habitante - consultas e atendimento básico (tabela A.1).

Observa-se que as localidades de menor porte foram as que, proporcionalmente, receberam maior disponibilidade desses serviços por habitante, embora as pressões sociais por serviços públicos concentrem-se nas municipalidades maiores e mais urbanas.³ Assim, enquanto entre os municípios maiores, apenas três obtêm programação entre 0,70 e 0,90 cons./hab./ano, como limites mais altos do grupo, nas localidades de pequeno porte não só esse limite é bem superior, como se encontram onze municípios nesse patamar e outros treze, bem acima. No referente ao atendimento básico, apenas quatro dos municípios maiores superam a programação de 2,05 AB/hab./ano, obtida pela maioria. Já, entre as localidades pequenas, vinte e uma estão nessa posição, destacando-se Antônio Olinto, Miraselva, Paranapoema, Paulo Frontin e Quitandinha - entre as mais elevadas da amostra (ver

³Nesta análise consideraram-se de menor porte os 67 municípios do tipo 8; como maiores e mais urbanos, os constantes dos tipos 1, 2, 3, 5; do tipo 4, os seis principais da RMC (Almirante Tamandaré, Araucária, Campo Largo, Colombo, Piraquara e São José dos Pinhais).

tabela A.1).

Essa situação, quando analisada da perspectiva das condições de prestação desses serviços, é ainda mais séria, pois não existe nenhuma lógica na relação entre a programação da quantidade de serviços e as condições objetivas de produção expressas na disponibilidade de horas médicas e/ou número de profissionais de enfermagem. Nesse sentido, cabe notar que para a mesma proporção de profissionais de enfermagem, ou de horas médicas, correspondem programações de serviços bem distintas. Assim, para uma carga horária em torno de 78h/ano/1.000 hab., constataram-se programações entre 0,25 a 0,99 cons./hab./ano; do mesmo modo, para 0,2 prof. de enf./1000 hab., foram estipulados tetos que variam de 0,9 a 6,5 AB/hab./ano.

São exemplos, Colombo e Campo Largo, dos principais municípios da RMC que, com disponibilidade semelhante (0,40 e 0,38 prof. de enf./1000 hab.), foram contemplados com programações bem distintas (3,24 e 1,14 AB/hab./ano, respectivamente). Ainda sob esse aspecto, vale notar Leopólis e Paranacity, municípios pequenos, com disponibilidade de profissionais de enfermagem inferior aos primeiros (0,03 e 0,1 prof. de enf./1000 hab.), porém com programações bem mais elevadas (2,23 e 4,76 AB/hab./ano).

No que se refere a consultas, são exemplos, na mesma direção, Curitiba e Ponta Grossa, para os quais as diferenças na disponibilidade de horas médicas não estão contempladas na programação de consultas (respectivamente, 133 e 54 h/ano/1.000 hab. para 0,36 e 0,37 cons./hab./ano). A comparação com municípios pequenos também é válida; Rebouças, com menor disponibilidade que Curitiba, recebeu programação muito superior (97 h/ano/1000 hab. e 1,62 cons./hab./ano). Já, São João do Triunfo, com a maior disponibilidade do conjunto (176 h/ano/1.000 hab.), fica com a programação mais baixa (0,35 cons./hab./ano).

No entanto, embora a programação tenha beneficiado os municípios pequenos, ao se contrapor a previsão de consultas com o que efetivamente foi realizado, as localidades grandes apresentam relativamente resultados mais próximos ao teto estabelecido, respectivamente 50% e 37%. Já, no que se refere ao atendimento básico, fica mais evidente o quanto as programações foram elevadas, pois ainda é menor o número de municípios que alcançam o teto, cerca de 22% dos pequenos e 42% dos grandes.

Porém, as distorções em relação aos parâmetros de horas médicas e números de profissionais de enfermagem se mantêm, visto que o tempo de 15 minutos, estabelecido como mínimo necessário para consultas, não foi observado em cinquenta e oito municípios, constatando-se casos extremos em que se gastaram, no máximo, 3 minutos - Alto Piquiri, Roncador e São Mateus do Sul; e, em vinte e nove municípios, os profissionais de enfermagem apresentaram rendimento muito acima do limite preconizado de 100%.

Ao mesmo tempo, pode-se afirmar que a disponibilidade de recursos humanos não é fator limitante para possíveis aumentos de demanda, considerando-se que em sessenta e um municípios há excesso de horas médicas e, em noventa e nove, constata-se ociosidade de profissionais de enfermagem.

Diante desses resultados, emergem dois tipos de problemas: a dispersão de esforços e recursos dos governos municipais, evidenciada naquelas localidades, que produzem abaixo de sua capacidade; e, o comprometimento da qualidade dos serviços, desde que as quantidades informadas tenham sido efetivamente realizadas. Isso reflete dificuldades de estruturação político-institucional capazes de reverter o perfil e resgatar a credibilidade dos serviços públicos.

Paralelamente aos problemas que advêm das condições dos serviços e do planejamento, tem-se a incoerência da forma de repasse

dos recursos prevista no convênio frente aos objetivos e estratégia da política.

Se a intenção é corrigir as distorções dos serviços municipais, e com isso diminuir a iniquidade social, seria fundamental que o critério de transferências de recursos privilegiasse a adoção de mecanismos redistributivos, compensando as localidades que apresentam maiores dificuldades na estruturação de serviços, e não apenas procurasse, com o pagamento por produção, aumentar a produtividade e simplificar técnica e administrativamente a relação INAMPS/prefeituras.

Na ausência desse requisito, o comportamento das transferências do convênio assume caráter concentrador favorável aos municípios que apresentam maiores quantidades de produção, independentemente das condições em que foram realizadas.

Por outro lado, o convênio também não prevê nenhum instrumento de acompanhamento e avaliação das aplicações desses recursos, no sentido de assegurar sua utilização na reorganização dos serviços e no seu ajuste às carências da população.

Nesse contexto, a função do planejamento ficou restrita à tarefa de estabelecer a programação dos serviços e, por conseguinte, o teto de captação dos recursos. Nesse sentido, é preponderante que os parâmetros de referências não sejam tratados rigidamente, caso contrário, abdica-se da oportunidade de usar a previsão como instrumento formal, mantendo-a estrategicamente acima da capacidade de atendimento, com vistas a garantir maior estímulo e apoio a municípios de reconhecida debilidade econômica, social e financeira.

Essa posição fica clara quando se verifica que esse não foi um procedimento comum ao conjunto da amostra. Entretanto, em várias ocorrências dessa natureza, nas quais as quantidades previstas ficaram acima da capacidade comprovada, não há argumentos que justifi-

quem essas escolhas.

De um modo geral, até o momento, foram levantados alguns dos principais problemas inerentes à política de AIS e seu planejamento. Todavia, acredita-se que em se avançando para uma análise detalhada, no plano dos diferentes tipos de municípios, pode-se chegar a um maior entendimento das dificuldades que marcaram os primeiros esforços para a efetivação dos serviços de saúde municipais, com a perspectiva de uma integração mais ampla da rede pública do Estado.

3 PRIMEIROS RESULTADOS DO PROCESSO DE MUDANÇA

De acordo com os procedimentos metodológicos, os primeiros resultados a serem avaliados se referem aos serviços de Curitiba, que, pela característica de município-capital, encontra-se no grupo 1 da tipologia.

O serviço municipal de Curitiba foi apontado, anteriormente, como exemplo das falhas de um planejamento que desconsiderou as condições efetivas de produção e as exigências típicas de um município desse porte. Todavia, volta a ser importante exemplo da precariedade dos instrumentos de planejamento, para imprimir a direção das ações de saúde, e da irracionalidade nos gastos da prefeitura, para manter a estrutura de serviços existente, tendo em vista que cumpriu apenas 65% das consultas previstas e 48% dos atendimentos básicos. Situa-se, assim, entre os serviços da amostra que, paralelamente à elevada ociosidade de seus profissionais, registraram os mais baixos coeficientes de produção - 0,29 cons./hab./ano e 1,04 AB/hab./ano (ver tabela A.1).

São de causar estranheza esses resultados, considerando-se o desafio político permanente que o município enfrenta para atender às pressões da demanda por serviços essenciais, derivadas do crescente grau de pobreza da população; mais ainda, considerando-se o fato de o município contar, desde meados da década de 70, com uma experiência de serviços baseada no modelo de atenção primária à saúde, tempo suficiente para se ter consolidados esses serviços, com a necessária resolutividade, a ponto de se poder contar com sua efetiva aceitação.

Acredita-se que a falta de credibilidade refletida na demanda por esses serviços se encontra estreitamente ligada à tônica de

valorização dos serviços de caráter mais preventivo, desacompanhados de soluções formalmente estabelecidas para enfrentar a situação de doença.

É fundamental que, mesmo em nível municipal, qualquer esforço no sentido de se estruturarem os serviços de saúde considere os problemas de uma sociedade que convive com doenças. Embora a solução da perspectiva preventiva dependa do enfrentamento dos mais diversos problemas sociais, não se pode prescindir de um sério atendimento curativo. Para tanto, devem estar capacitados para responder com serviços de diagnose, a fim de garantir, no mínimo, o encaminhamento no caso de doenças mais complexas.

Caso contrário, permanecerá a dispersão de esforços com a rede pública municipal, pois, mesmo frente às maiores dificuldades para o acesso aos recursos necessários, a população continuará recorrendo a outros prestadores da rede pública, com sérios riscos de não ver assegurado o seu direito.

Não se trata aqui de negar a importância dos passos em direção à consolidação dos serviços de atenção primária, mas de chamar a atenção para o esforço inócuo da administração dos serviços de Curitiba que, defrontando-se com problemas político-institucionais ao longo dos anos, insistiu em medidas paliativas, sem enfrentar diretamente a questão da doença.

Por outro lado, é válido criticar o desenvolvimento da política de AIS no município, a qual, no 2º ano de convênio, não rompeu as resistências burocráticas, políticas e culturais do próprio setor público, a fim de constituir e institucionalizar canais efetivos entre INAMPS, SESA e Universidade, conferindo aos serviços resolutividade e confiança necessárias.

Essas observações trazem em si uma crítica estrutural a esse conjunto de instituições, que por definições legais estão comprome-

tidas com a integração, base sob a qual é possível viabilizar essa política e formar um sistema de saúde pública.

À parte a problemática da integração interinstituições, é conveniente notar que, para Curitiba conferir aos serviços uma direção capaz de atender às expectativas da população na saúde e doença, é requisito mínimo colocar à disposição do setor um volume maior de recursos. Isso porque, dispendendo cerca Cz\$ 52,00/hab., o que representa 78% do total dos gastos com os serviços municipais, apenas conseguiu sedimentar uma base mínima de atendimento ambulatorial, que opera com baixa produtividade dos recursos disponíveis e restrita efetividade social (tabela A.2).

Vale notar que, mesmo apresentando resultados frágeis, Curitiba concentrou 13,64% do total das transferências do convênio AIS aos municípios do Estado. Porém, em termos per capita, isso equivale a Cz\$ 15,00/hab., abaixo do valor recebido pela maioria dos municípios da amostra. Caso seu movimento atingisse o limiar de sua capacidade, registraria produção mais expressiva, situando-se no limite superior da média dos municípios - 0,53 cons./hab./ano e 3,55 AB/hab./ano e, por conseguinte, acréscimo de 134,50% no valor transferido.

Tal constatação deixa também evidente a necessidade de uma avaliação que, pautada em critérios claros de desempenho, possa rever o perfil dos gastos realizados pela Prefeitura, dotando-os de maior racionalidade e adequação às demandas sociais. Nesse sentido, vale lembrar que soluções de ordem técnica e administrativa podem ser suficientes para alcançar resultados mais significativos, como, por exemplo, a maior difusão dos serviços, com o devido esclarecimento do direito ao acesso universal da rede pública e abertura do atendimento, evitando problema que iniba ou restrinja o acesso, como prioridade de clientela e horários inadequados.

Em contrapartida, nos municípios do tipo 2 e 3, que compreendem os centros urbanos de maior importância no Estado - Londrina, Paranaguá,⁴ Ponta Grossa e Maringá -, o planejamento, até certo ponto, foi menos rigoroso quanto à observação dos critérios para estipular as previsões de serviços. Na definição de consultas garantiu aos três primeiros uma margem de orçamentação acima de sua capacidade de resposta, enquanto para Maringá, ficou no limite real. Inversamente, no caso de atendimento básico, à exceção de Paranaguá, desconsiderou a disponibilidade em termos de pessoal de enfermagem, concorrendo para uma elevada ociosidade, além de submetê-lo a coeficientes em marcas bastante baixas e, com isso, a uma orçamentação inexpressiva. Esse tratamento pesa de modo mais acentuado sobre os serviços de Maringá e Ponta Grossa.

Esse conjunto de municípios é exemplar das contradições de um planejamento que, sem critérios claramente definidos e sem dispor de instrumentos coerentes para apreender as especificidades organizacionais dos serviços municipais, gera distorções no processo da implementação e desenvolvimento da política. Pode-se até considerar justo o privilégio de tratamento conferido a alguns desses municípios; entretanto, fica patente o dano daqueles excluídos desse tratamento ocasional, em particular quando sua produção extrapola a orçamentação prevista.

É inegável a importância de uma previsão mais flexível, porém, considerando-se os resultados atingidos, em particular por Londrina e Paranaguá, percebe-se que, através desses recursos, o planejamento não consegue reforçar as atribuições e responsabilidades dos governos municipais.

Note-se que apenas o município de Maringá alcançou a previsão

⁴Na análise dos serviços públicos municipais de Paranaguá, não foi possível dar destaque à questão do financiamento do setor, pela ausência de informações referentes ao balanço da Prefeitura.

de consultas estabelecida, realizando uma produção no limiar da maioria dos amostrados - 0,42 cons./hab./ano. Entretanto, é condição necessária que as horas médicas disponíveis sejam efetivamente trabalhadas, de modo a assegurar o tempo mínimo necessário na realização de cada consulta. Em condições semelhantes, encontra-se Ponta Grossa, que apenas realizou cerca de 59% das consultas previstas, uma produção bastante inexpressiva - 0,22 cons./hab./ano. Sob esse aspecto, a situação é mais crítica em Londrina, que não garante o mínimo de horas médicas necessárias para um coeficiente de 0,25 cons./hab./ano, o que representa 80,3% do total programado (ver tabela A.1).

Em relação a Paranaguá, é inaceitável que apresente uma inserção tão precária - entre os treze municípios da amostra com menores coeficientes de consultas e os oito com resultados mais baixos de atendimento básico -, sem indicações de se encontrar melhor preparado para um eventual aumento na demanda. Constata-se a possibilidade de resposta mais significativa apenas para o atendimento básico, o qual, no limite de sua capacidade, poderia atingir a média realizada pelos municípios da amostra. Pelo lado das horas médicas, essa disponibilidade representa uma alteração pouco significativa em sua capacidade.

Por outro lado, o fato de Londrina, Maringá e Ponta Grossa terem superado a produção de atendimento básico não concorre para justificar, particularmente nos dois últimos municípios, suas isenções na área de consultas, mesmo porque acompanham a produção da maioria da amostra, sem, contudo, observar adequadamente o rendimento potencial do pessoal de enfermagem.

De modo algum essas respostas são esperadas de municípios que se deparam com uma realidade que há muito deveria obrigar seus governantes a enfrentar a questão social. Vale dizer, poder-se-ia, no

mínimo, acreditar que estivessem mais preparados e até mesmo respondendo com maior produção de serviços de atenção primária.

Em tal circunstância, o convênio representaria, em princípio, uma entrada significativa de recursos ao remunerar o que já vinha normalmente sendo realizado, propiciando um alívio de caixa e, com isso, contribuindo para que as prefeituras expandissem os serviços básicos e/ou viabilizassem melhores condições de atendimento à doença.

Evidentemente, apenas Maringá e Ponta Grossa se encaixam nessa posição em que os recursos transferidos podem valer para reforçar a prestação de serviços ambulatoriais. Isso, aparentemente, ocorreu em 1986, quando se capacitaram a prestar consulta porte III.⁹ Porém, frente aos resultados registrados, ainda há muito o que se investir nesses serviços para viabilizar uma estrutura afinada com os objetivos de um atendimento universalizado e em condições de cumprir as atribuições de competência da rede municipal. Para tanto, é preciso ampliar os serviços e habilitá-los para solucionar e/ou encaminhar os problemas de maior complexidade (tabela A.3).

Assim, faz-se necessário que essas prefeituras garantam maior disponibilidade de recursos próprios, no sentido de elevar as quantidades de consultas e de exames que possam derivar desse procedimento, mesmo porque, aos níveis realizados em 1986, as condições de produção chegaram a seu limite. Já, pelo lado dos serviços de atendimento básico, há uma margem para ampliar a produção, que, no limite de sua capacidade, representaria um incremento de, no mínimo, 50% nas transferências do convênio. Entretanto, não havendo essa demanda, cabe rever os gastos procurando maior racionalidade e concentrando recursos em ações de interesse da população (ver

⁹O convênio com os municípios pode ser assinado com base em consultas porte II, que restringiam-se a simples consultas, ou porte III, que também comprometem-se com o ônus dos exames que possam derivar do atendimento.

tabela A.2).

No que se refere a dispêndios com saúde, vale notar que Maringá e Ponta Grossa, respectivamente com gastos per capita de Cz\$ 49,00 e Cz\$ 27,00, acompanharam a maioria dos municípios da amostra e assumem a maior parte das despesas, pois o convênio participa com cerca de 1/3 do gasto total com as ações de saúde municipais.

Inversamente, para a Prefeitura de Londrina, as transferências do convênio respondem por 57% do total dos gastos nos serviços municipais. Na verdade, esses recursos constituíram um outro orçamento de saúde para o município, pois o impacto sobre o gasto da Prefeitura foi de 132%.

Cabe chamar a atenção para o fato de esse município se destacar por realizar gastos com saúde abaixo da média do conjunto da amostra, condição incoerente tendo em conta ser tradicionalmente conhecido pelo seu modelo de assistência à saúde, sem que haja justificativa por parte de suas condições de receita ou renda, pertencente a outras localidades. Nesse sentido, embora esteja entre os vinte e dois municípios da amostra mais beneficiados pelo convênio, o fato de a Prefeitura gastar pouco não permitiu que, mesmo com o forte impacto dessas transferências, a disponibilidade de recursos por habitantes se equiparasse pelo menos aos níveis de Maringá, Ponta Grossa e Curitiba.

Nesse contexto, não há evidências de que os recursos do convênio tenham se constituído em meios para alavancar melhorias nas ações de saúde, uma vez que, com base em seus resultados, mostraram-se necessários para suprir deficiências da produção que vêm realizando. Isso sugere o uso dos recursos para financiar as ações de saúde que já vinham sendo desenvolvidas, posição contrária à esperada, considerando-se a identidade manifestada, desde o primeiro

momento, com as propostas de reforço da atuação pública na área de saúde.

Cabe uma observação ainda quanto à responsabilidade que recai sobre esses quatro municípios. Estão entre os poucos do Estado que, pelas condições técnicas, políticas e institucionais, contam com possibilidades mais concretas de sucesso na prestação de atendimento público, mediante o qual podem referendar a consolidação da política. Diante dessa perspectiva, o compromisso desses municípios vai além de responder à sua própria população, sendo parâmetros para validar a continuidade da política e, com isso, preservar essa fonte de recursos.

No caso particular dos municípios da RMC,⁴ representados no tipo 4, é evidente a importância atribuída pelo planejamento aos serviços de atendimento básico, conferindo-lhes previsões que os colocam entre os municípios da amostra com os maiores coeficientes por habitante. Por outro lado, mesmo observando-se que quatro municípios foram penalizados, não se pode deixar de notar que os demais também obtiveram previsões de consultas bastante elevadas, frente à sua efetiva condição de realizar esses serviços, a considerar a disponibilidade de horas médicas.

Cabe reconhecer a importância dessa atenção por parte do planejamento que, ao reforçar a quantidade de serviços, conseqüentemente prevê maior orçamentação e procura criar meios para influir na melhoria do atendimento, assumindo assim papel estratégico para consolidar e imputar dinâmica nos serviços municipais.

Entretanto, o fato de o planejamento ter dispensado uma aten-

⁴Na medida que se dispõe de informações referentes às previsões, produções de serviços e respectivos repasses efetuados pelo convênio AIS, a análise desenvolvida neste item diz respeito à RMC com um todo, visando obter um quadro que indique o perfil da prestação desses serviços e seu ajustamento aos recursos humanos disponíveis. Entretanto, a análise sobre o impacto nos orçamentos de saúde e a participação desses recursos no financiamento dos serviços municipais restringe-se a Araucária, Campo Largo, Piraquara, Colombo e São José dos Pinhais, para os quais foi possível obter informações compatíveis das despesas realizadas com esse setor pelas prefeituras.

ção maior nesse particular, não garantiu a inserção esperada justamente dos seis municípios da RMC - Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Contenda, Quatro Barras e Rio Branco do Sul-, os quais, a julgar por indicadores econômicos, apresentam, comparativamente aos demais, melhores condições para manter uma estrutura de serviços com capacidade de responder às demandas da população. Isso não só por serem de menor porte, como por terem seu crescimento menos ligado à dinâmica metropolitana e, portanto, não se defrontarem com o mesmo grau de estrangulamento na área social.

No que se refere à produção, esses municípios se distinguem com quantidades expressivas; entretanto, têm nitidamente um maior ajuste de profissionais ligados aos serviços de atendimento básico, enquanto para consultas não adequaram suas redes para exames complementares, restringindo-se a consultas porte II.⁷ Não se percebe, também, uma preocupação com o padrão e qualidade; apenas em um município - Campina Grande do Sul - o critério de 15 minutos por consulta é observado (ver tabelas A.1 e A.3).

Os elevados coeficientes obtidos de atendimento básico e consulta levam a crer que esses serviços constituem uma importante referência para a população, o que torna fundamental insistir no seu maior ajuste, mesmo porque as quantidades produzidas asseguraram recursos por habitante equiparáveis aos de localidades cujas estruturas viabilizaram melhor padrão de atendimento.

É inegável que, nesse primeiro momento, a melhoria do padrão de atendimento ficou comprometida, uma vez que não foram instituídas formas de controle e orientação quanto à prestação dos serviços e à aplicação dos recursos transferidos. A implantação dessa política

⁷Em Bocaiúva do Sul, embora a rede municipal já contasse com um hospital, somente no final do ano de 1986 é que passa a produzir consultas porte III. Entretanto, desse conjunto de municípios, é o que apresenta menor coeficiente de consulta/hab., 0,22, e menor disponibilidade de horas médicas.

ficou na dependência do funcionamento de instâncias, como a CIMS, que, em fase de criação, tiveram, na maioria dos casos, atuação muito tímida; além disso, por serem dotadas de poderes apenas deliberativos, e não decisórios, tiveram margem muito estreita para desempenhar tais funções.

É nesse sentido que, ao lado da necessidade concreta de um compromisso político dos governos locais para enfrentar problemas sociais, particularmente os referentes à saúde, impõe-se que o planejamento central assuma o papel coordenador de uma proposta, desenvolvendo uma ação contínua de controle, advertência e orientação, como parte fundamental de um processo de preparação da descentralização do sistema de saúde.

Para o outro conjunto da RMC - Araucária, Almirante Tamandaré, Campo Largo, Colombo, Mandirituba, Piraquara e São José dos Pinhais -, não se pode fazer a mesma avaliação no tocante ao apoio garantido pelos recursos do convênio AIS. Entretanto, são os principais merecedores de uma atenção particular, face às dificuldades enfrentadas pelo poder público municipal para responder, eficientemente, às pressões sociais derivadas do crescimento desordenado de seus municípios, consequência do impacto mais direto da expansão urbana da capital.

Desse conjunto, apenas o município de Araucária possui uma estrutura de serviços básicos mais consolidada, a qual certamente lhe permitiu uma maior assimilação e identificação com a proposta de política de AIS e lhe garantiu ingressos de recursos bastante significativos, situando-o, em termos per capita, entre os mais elevados da amostra, sem contudo receber por serviços de internações, como os demais. Considerando-se a contraparte da Prefeitura, fica com uma disponibilidade apenas superada por outros dois municípios de pequeno porte - Santo Antonio do Caiuá (Cz\$ 493,00) e Florestópolis

(Cz\$ 608,00) -, enquanto Araucária registra uma soma de Cz\$ 268,00 (ver tabela A.2).

É importante notar que Araucária é o município da RMC com maior concentração industrial, sediando inclusive uma unidade de processamento da Petrobrás, o que lhe confere situação privilegiada em termos de finanças municipais.

Muito embora a equipe de saúde se encontre em desajuste com a produção realizada, pois há uma margem excedente de horas médicas e grande disponibilidade de pessoal de enfermagem, é oportuno destacar que os procedimentos de atendimento básico e consulta por habitante foram bastante expressivos - 3,35 e 0,77, respectivamente -, comparados aos resultados obtidos pelos demais municípios da amostra (ver tabela A.1).

Assim, o ingresso dos recursos transferidos pelo convênio à Prefeitura de Araucária pode assumir caráter particular de incentivo à diversificação de sua área de atendimento - mesmo nos limites da competência do município -, através do aperfeiçoamento dos recursos humanos existentes, ou investimentos que contribuam para viabilizar uma atuação capaz de enfrentar a multiplicidade de ações necessárias para a prevenção e combate à doença. Nesse caso, vale observar a dualidade dos problemas a serem enfrentados, pois além do atendimento àqueles passíveis de controle e erradicação, que ainda não foram resolvidos, vê-se obrigado a atuar no sentido de atenuar efeitos nocivos à saúde da população, provenientes do desenvolvimento acentuado da industrialização no município.

Todavia, no caso dos demais municípios desse conjunto⁹ - onde uma margem de orçamento se constituiria em pré-condição para consolidar as bases do desenvolvimento dos serviços de saúde -, observa-

⁹Almirante Tamandaré, São José dos Pinhais, Colombo, Mandirituba, Piraquara e Campo Largo.

se que houve maior rigor do planejamento quando se tem em conta as previsões de consultas e atendimento básico do outro conjunto da RMC, para os quais os recursos de orçamento próprio não têm sido fator limitante para a construção de estruturas ajustadas à prestação de serviços, em padrões mínimos aceitáveis. É mais evidente sua atuação restritiva no caso particular de São José dos Pinhais, Mandirituba e Piraquara, os quais preenchiam as condições de horas médicas.

É inegável que os municípios mais pressionados pelo processo de metropolização se defrontaram com maiores dificuldades para o cumprimento dos objetivos das AIS, pois fica patente o descompasso entre os serviços: os coeficientes de atendimento básico acompanham, pelo menos, o comportamento mais geral, enquanto os de consultas ficam entre os mais baixos da amostra. Além disso, as equipes, com poucas exceções, guardam significativa ociosidade. Esses resultados obscurecem o fato positivo de esses municípios, com exceção de Mandirituba e Almirante Tamandaré, terem se reaparelhado para prestação de consultas porte III (ver tabelas A.1 e A.3).

Essas dificuldades podem ser melhor avaliadas quando se verifica que, dentre esses seis municípios, apenas Campo Largo se destaca por prestar quantidades elevadas de consultas por habitantes, muito próximas às obtidas por Araucária, sem, contudo, dispor de horas médicas suficientes para garantir o patamar mínimo requerido, de 15 minutos.

Áreas críticas, como Piraquara, São José dos Pinhais e Mandirituba, com elevada disponibilidade de horas médicas, ao produzir 0,24, 0,19 e 0,22 cons./hab./ano, respectivamente, ficam entre os municípios da amostra com os menores coeficientes de produção, o que constitui indicativo de dificuldades na interação população/serviços. Por sua vez, municípios como Colombo e Almirante Tamandaré

têm problemas de desempenho ainda mais sérios, pois, além de apresentarem coeficientes muito baixos - 0,38 e 0,22 cons./hab./ano respectivamente -, foram realizados no limite, em Colombo, e com escassez de horas médicas, em Almirante Tamandaré.

Desse modo, para os municípios que, justificadamente por suas características, requerem maior atenção, os recursos transferidos pelo convênio AIS recuperaram minimamente a capacidade de ação dos governos locais. Situam-se entre o conjunto da amostra com per capita mais baixa, sabendo-se que essas transferências constituem parcelas significativas do total disponível para às ações de saúde e, considerando-se que esses recursos têm forte impacto sobre as despesas destas prefeituras, praticamente duplicando os gastos com os serviços municipais (ver tabela A.2).

Nesse sentido, é inegável que a política de AIS, ao prever o critério de transferências de recursos apenas sob a ótica limitada de pagamento por produção de serviços, inviabiliza uma efetiva redução das diferenças entre os vários serviços municipais e não permitiu uma redistribuição que compensasse municípios com menor capacidade de gerar receitas, o que comprometeu o sustento dos serviços de saúde.

A ausência de mecanismos redistributivos induziu a repasses irracionais, não condizentes com o objetivo estratégico das AIS de fortalecer os serviços públicos municipais, dotando-os de maior grau de liberdade ao diversificar seus mecanismos de financiamento.

Os quinze municípios de porte médio que integram o tipo 5, devido a esse critério de transferência, também não encontram no convênio o reforço condizente com sua expressão no Estado, como centros de referência regional. De um modo geral, o comportamento dessas transferências não foi muito distinto do dos valores percebidos pelos municípios de maior representatividade no Estado, penalizados

com escassos repasses de recursos por habitantes, o que os colocou entre as localidades da amostra que garantiram menores valores. Porém, vale chamar a atenção para o aparente equilíbrio entre esses valores, sem, contudo, apresentarem semelhanças nas condições da prestação dos serviços, equipe de profissionais e situação sócio-econômica.

Desses municípios, sete,⁹ necessariamente, deveriam receber tratamento diferenciado por apresentarem indicadores de renda e/ou receita que apontam a reduzida capacidade de autofinanciamento dos governos locais para manter estruturas de serviços que atendam aos interesses e necessidades da população. No caso particular de Cascavel, Guarapuava e Foz do Iguaçu, há um agravante: são centros urbanos que aglomeram população maior que 120 mil habitantes, o que impõe serviços com respostas ágeis e diversificados.

Evidentemente, devido à condicionalidade das transferências do convênio, essas localidades foram dotadas com repasses de recursos, em termos per capita inexpressivos, não contribuindo para uma atuação eficaz no saneamento dos problemas de ineficiência e coordenação que subsistem sobre esses serviços.

Vale ressaltar que, embora a importância desses recursos por habitante seja irrisória, representam, para a grande maioria, item relevante da estrutura de gastos com saúde, correspondendo a um grau de dependência superior a 40%. É ilustrativo o caso extremo de Pato Branco, que, do total dispendido nos serviços municipais, 95% foram realizados com recursos provenientes das AIS.

Essa dependência dos orçamentos para saúde se deve ao reduzido grau de manobra financeira desses municípios, o que invariavelmente compromete o papel estratégico dos recursos transferidos pelas

⁹Apucarana, Cascavel, Guarapuava, Foz do Iguaçu, Paranavaí, Pato Branco e União da Vitória.

AIS para expansão da capacidade de atendimento e promoção do planejamento integrado e hierarquizado, visando menor disparidade e/ou maior equidade social.

Desse conjunto de sete municípios, apenas Apucarana se destacou pelos resultados alcançados com os serviços prestados - 0,77 cons./hab./ano e 3,25 AB/hab./ano -, associado à disponibilidade de horas médicas e rendimento dos profissionais de enfermagem. Isso se refletiu no volume de recursos transferidos pelo convênio, levando-o à primeira posição entre os municípios de porte médio e a patamar superior ao da grande maioria da amostra (ver tabela A.1).

Por outro lado, embora os recursos não tenham a mesma importância e ainda que com coeficientes de consultas não tão significativos, em dois desses municípios - União da Vitória e Guarapuava - há indicações de que a política de AIS serviu como impulso, na medida que se habilitaram a prestar consultas porte III (ver tabela A.3).

Essa política não gerou a mesma motivação em municípios como Foz do Iguaçu e Cascavel, onde indicadores como gasto próprio com o setor e cumprimento da previsão são reveladores de que essas prefeituras mantêm uma prestação de serviços no limite do atendimento mínimo de sua responsabilidade. Note-se que Foz do Iguaçu registra elevada produção de consulta, 0,65 cons./hab./ano, sem, contudo, imbuir os serviços de uma dinâmica capaz de forçar o reequipamento da rede, de modo a permitir prestação de consultas porte III; Cascavel, por sua vez, mesmo apresentando essa mudança, não garantiu níveis significativos de consultas - 0,33 cons./hab./ano -, nem tampouco ajustou a produção de atendimento básico a uma relação de profissionais de enfermagem/atendimentos dentro do parâmetro ideal.

Vale destacar que, desse conjunto, os piores resultados correspondem a Pato Branco e Paranavaí, respectivamente, com 0,13 e

0,03 cons./hab./ano Mesmo que, por hipótese, produzissem quantidades de consultas no limite de suas disponibilidades de horas médicas, não atingiriam resultados mais expressivos. Tal situação pode ser atenuada apenas no primeiro, considerando-se a quantidade de procedimentos de atendimento básico realizados por habitantes (1,07).

Por outro lado, chama a atenção o fato de o planejamento destinar a esses dois municípios, independentemente das condições de produção, as menores programações de serviços da amostra. Por conseguinte, o volume de recursos orçados foi insuficiente para provocar uma reação na disposição dos governos locais e retirar do campo formal sua inserção no convênio, colocando efetivamente as ações de saúde entre as prioridades políticas.

Ao mesmo tempo, cabem críticas quanto ao empenho dessas prefeituras, pois é inaceitável que municípios desse porte se eximam de uma atuação séria na área de saúde, por mais impedimentos que possam apresentar pelo lado de suas receitas.

Certamente, para os outros oito municípios do tipo 5, cujos indicadores sócio-econômicos apontam uma situação menos vulnerável, poder-se-ia esperar que investissem de modo a criar condições de funcionamento em padrões mínimos desejados, fazendo do convênio AIS um instrumento capaz de impulsionar e diversificar a estrutura existente, conferindo-lhes maior grau de resolutividade. Entretanto, sob aspectos diferentes, à exceção de Cambé, os resultados frustram essas expectativas.

Nesse sentido, não podem passar despercebidos municípios como Umuarama e Francisco Beltrão que registraram produção de serviços significativa, respondendo com folga ao planejado - embora no caso de Umuarama se verifiquem limites na relação profissionais de enfermagem/atendimentos. O que chama a atenção é o fato de esses serviços terem sido financiados fundamentalmente pelas transfe-

rências do convênio, as quais representaram, respectivamente, 68% e 85% do total dispendido, enquanto as prefeituras realizaram gastos mínimos com recursos próprios de, respectivamente, Cz\$ 9,00 e Cz\$ 4,00, na faixa inferior da escala amostral (ver tabelas A.1 e A.2).

Para Cornélio Procópio e Telêmaco Borba, os resultados não foram mais promissores, pois, pelo ângulo dos serviços, constata-se que a produção realizada foi inexpressiva e, conseqüentemente, foram ínfimas as parcelas de repasses do convênio, indicando que, nesses municípios, a atuação na área de saúde - indiferente à proposta de AIS - não faz parte da prioridade política, o que, de certo modo, vigora em muitos dos municípios da amostra. O fato de Telêmaco Borba ser sede de importante complexo de produção papeleira e contar com estrutura patronal de serviços de saúde, não desobriga a Prefeitura de manter um eficiente serviço, particularmente porque essa atividade inclui o trabalho de caráter temporário, que não prevê essa proteção. A ausência de uma rede municipal bem estruturada em Cornélio Procópio é ainda mais séria, pois, como centro dependente da dinâmica agrícola, está sujeito às oscilações de mercado e safra, refletindo essa instabilidade na condição de vida da população, com a proliferação de problemas sociais de caráter rural e urbano.

É no mínimo temerário esperar que, a esses níveis de dispêndios, torne-se possível imprimir aos serviços uma perspectiva que atenda aos objetivos de integralidade das ações de saúde, através de inversões em recursos humanos, medicamentos, equipamentos e materiais de consumo médico e laboratorial.

O quadro para Campo Mourão, Toledo, Arapongas e Cambé traduz uma realidade menos conflitiva: esses têm, no mínimo, o dobro da disponibilidade per capita e uma presença mais forte das prefeituras - indicativo de maior disposição política. Entretanto, apenas Cambé tem resultados relevantes: 0,61 cons./hab./ano, entre os mais

elevados da amostra, e 2,30 AB/hab./ano, sem comprometimento dos padrões mínimos - como se verifica para Campo Mourão e Toledo -, ou de ociosidade marcante nos serviços de atendimento básico de Arapongas, considerando-se que, ao lado de um coeficiente muito limitado, o rendimento dos profissionais também é dos mais baixos.

Em síntese, os resultados registrados por esses serviços evidenciam que as prefeituras trataram os problemas de saúde da população como uma questão secundária. Isso pode ser entendido, em parte, por uma menor pressão social, não porque na realidade os problemas de saúde estejam mais resolvidos, mas porque ainda são incipientes os canais de expressão e manifestação da necessidade e urgência no atendimento de questões sociais, que em centros maiores e/ou metropolitanos já se encontram mais instituídos.

Outro aspecto que pode estar facilitando essa isenção é o fato de que a maioria desses municípios abriga estruturas regionais de serviços de saúde - agências do INAMPS e/ou distritos sanitários da SESA -, o que, em última instância, permitiu às prefeituras transferir parte das demandas a esses serviços, adiando assim um comprometimento maior com os desafios estabelecidos pela política de AIS de reforçar uma atuação preventiva e, ao mesmo tempo, encontrar soluções de atendimento para os graves problemas de doenças.

Esse comportamento é contraditório com a estratégia de descentralização, pois, da forma como vêm atuando, é muito difícil supor que essas prefeituras consigam se estruturar minimamente para proceder a mudanças e ajustes próprios de um processo complexo como o da integração entre instituições para viabilizar a hierarquização dos serviços.

Entende-se que, neste momento, é decisiva a inserção efetiva dessas localidades, uma vez que o processo de descentralização das ações de saúde, a longo prazo, compreende transferência de competên-

cia, o que vai requerer da esfera municipal disposição e comprometimento administrativo, e mesmo financeiro, para assumir o planejamento e execução de todas as ações de saúde no seu município. No caso específico dos municípios desse grupo, ainda caberá uma nova função: a responsabilidade administrativa de estruturas de caráter regional.

Fica patente a condicionalidade da mudança nas ações de saúde ao compromisso político dos governos locais. A resistência dessas prefeituras pode ser facilmente entendida quando se leva em conta o momento que conjuga limitações orçamentárias com a necessidade de atender, por meio de novos programas, às diferentes exigências do contingente populacional carente que abrigam. Assim, relutam em assumir encargos de uma política como as AIS que, na sua base, visa estender a prestação de serviços, sem, contudo, garantir a estabilidade e o volume de repasses financeiros necessários.

A possibilidade de vencer essas resistências e, ao mesmo tempo, resguardar minimamente a perspectiva global da política, está ligada à formalização de mecanismos sociais capazes de influenciar de modo decisivo não apenas os governos locais, mas a complexa rede de poder e interesses que permeia o setor.

Outro ponto que tem sido objeto de crítica desta análise refere-se ao equívoco do planejamento dos serviços, na medida que foi comum a fixação de limites de produção, superiores ou subestimados, à capacidade apontada pelos municípios.

Sem dúvida, esse processo resulta do desconhecimento pormenorizado das condições locais e da intenção de resguardar, a alguns municípios, uma orçamentação que, extrapolando os limites dados pelos parâmetros, concorra para maior impulso ou aprimoramento dos serviços. Isso foi problemático, considerando-se que esse procedimento não foi generalizado e não atendeu a situações mais críticas.

Reconhecendo-se as dificuldades do momento, entende-se como necessário que o planejamento trace limites de produção apenas como instrumento formal de programação, usando a margem de orçamento como estratégia para expansão/consolidação dos serviços.

É no conjunto dos quatorze municípios do tipo 6 que essa situação se explicita, ignorando as discrepâncias sócio-econômicas e o fato de serem centros que enfrentam a realidade urbana e, ainda, problemas por manter significativa proporção da população na área rural.

Vale ressaltar que metade dos municípios¹⁰ foi contemplada com produção inferior a 0,17 cons./hab./ano, o que ocorreu apenas para 13% do total da amostra. As previsões de atendimento básico também foram mais rigorosas para esse grupo e proporcionalmente maior o número de municípios com coeficientes mínimos (inferiores a 1 AB/hab./ano) (ver tabela A.1).

Não há o que justifique esse planejamento, pois considerando-se o potencial de rendimento dos profissionais de enfermagem, fica evidente o quanto as programações foram subestimadas e, caso fosse adotado rigidamente o parâmetro horas médicas para previsão de consultas, encontrar-se-ia restrição apenas para Goio-Erê, enquanto os demais não só contam com maior disponibilidade como, à exceção de Santo Antonio da Platina, apresentam produções que superam em muito a prevista. Desse modo, esses municípios foram colocados em grande desvantagem, com dupla penalização: desconsiderou-se o potencial de demanda dirigida aos serviços municipais e se os sujeitou a repasses ínfimos.

Nessa perspectiva, para Pitanga, Ivaiporã e Laranjeiras do Sul, que reconhecidamente têm os mais baixos indicadores de renda e

¹⁰Dois Vizinhos, Goio-Erê, Ivaiporã, Laranjeiras do Sul, Marechal Cândido Rondon, Pitanga e Santo Antonio da Platina.

receita do Estado, o convênio apenas contribuiu para reproduzir a debilidade das ações de saúde, pois é inadmissível esperar que transferências aos níveis percebidos por habitantes - Cz\$3,00, Cz\$ 8,00 e Cz\$ 2,00, respectivamente - possam influir minimamente para a estruturação dos serviços prestados pelo município (ver tabela A.2).

Vale um adendo quanto à situação desses municípios, pois, mesmo que recebessem pelo total da produção realizada, o acréscimo na transferência faria, concretamente, pouca diferença, pelo fato que ainda persistiria, grande dependência por recursos para consolidação dos serviços próprios existentes. Assim, o objetivo de estruturação dos serviços em esferas municipais não pode estar dissociado de mecanismos de repasses financeiros dotados de critérios distributivos bem resolvidos.

Em contrapartida, tem-se o exemplo do município de Jacarezinho, que também foi contemplado com previsão abaixo de sua capacidade. Contudo, produziu o dobro, garantindo 0,64 cons./hab./ano, sem ônus de qualidade frente ao parâmetro horas médicas. Por receber somente pelo orçado, acumulou uma perda no ano de cerca de 60% do total transferido, o que representaria um incremento significativo para a melhoria dos serviços, uma vez que o gasto realizado pela Prefeitura foi residual (ver tabelas A.1 e A.2)..

A dificuldade em remunerar a produção que excede à programada introduz na relação serviços/convênio um novo viés, pois, ao pagar pelo total realizado a municípios que apresentaram produção inferior à prevista e não remunerar a quem a excedeu, pune indevidamente aqueles que caminham no sentido de expandir suas ações.

Diante dessas dificuldades de administração do convênio, os serviços nessas localidades ainda permanecem em condições caóticas, podendo-se afirmar que, no conjunto do tipo 6, a política de AIS causou menor efeito sobre os serviços, uma vez que, dos dez municí-

pios impossibilitados de ofertar consultas porte III, somente em três essa situação se inverte - Assis Chateaubriand, Marechal Cândido Rondon e Dois Vizinhos (ver tabela A.3).

É interessante notar que a mudança de porte não foi suficiente para melhorar os resultados, pois, se nos dois últimos municípios a produção foi significativamente maior do que a previsão, isso se deve muito mais aos limites baixíssimos estabelecidos que a uma produção elevada, mesmo porque a produção realizada não alcançou o patamar da maioria dos municípios da amostra. Além de se constatar que, em Dois Vizinhos, essa reação ocorre com prejuízo de qualidade, ao atuar com uma disponibilidade de 5 minutos por consultas.

Indiferentemente ao fato de sua inserção no convênio com base em consultas porte III, à exceção de Jacarezinho, nenhuma das localidades obteve melhores resultados - Irati (0,24), Cianorte (0,20) e Castro (0,11), apesar de apresentarem maior disponibilidade de horas médicas. A vigência de ociosidade em estruturas que estão atendendo a movimento tão restrito caracteriza uma atuação desconectada das funções mínimas de uma rede pública de serviços (ver tabela A.1).

Além disso, ao contrário do verificado para o geral, também não houve uma concentração de esforços voltados para a realização de procedimentos de atendimento básico. Somente três municípios apresentaram produção/hab./ano aos níveis médios da amostra - Rolândia (2,50), Marechal Cândido Rondon (2,23) e Irati (2,15) -, enquanto sete registraram resultados inexpressivos.

É importante chamar a atenção para o fato de que embora os municípios do tipo 6, pela posição de expressão regional que ocupam no Estado, guardem significativas diferenças com relação aos do tipo 7, no referente à inserção na política mostraram muita semelhança.

Note-se que dos vinte e oito municípios do tipo 7, apenas Ibiporã e Iporã assinaram convênio contando com estrutura para

realizar serviços elementares de laboratórios e raio-x. Com a deflagração do processo de implantação das AIS, essa condição pouco se modificou, pois apenas mais seis se habilitaram a atender com base em consulta porte III.

Todavia, em Iporã, que se encontra em posição de destaque pelo elevado coeficiente obtido (2,18 cons./hab./ano), e em Colorado e Guaraniaçu, que acompanharam a média realizada pela maioria dos municípios da amostra (0,44 e 0,53 cons./hab./ano, respectivamente), constata-se que as horas médicas contratadas não foram o bastante para conferir credibilidade mínima de qualidade nesse serviço, pois essas consultas tiveram um tempo médio de apenas 4 minutos. A vantagem de deterem uma estrutura mais qualificada não foi suficiente para viabilizar maior dinamização em municípios como Ibiporã (0,16), que juntamente com Palotina (0,30) e Terra Roxa (0,04) têm horas médicas ociosas, mas não chegam a realizar produção na média observada, enquanto Nova Esperança (0,26) e Altônia (0,34), além de se encontrarem em patamar baixo, têm restrições para cumpri-lo, o que denuncia a exigüidade da política nesses municípios (ver tabelas A.1 e A.3).

A maior dinâmica, que parece cercar os serviços de atendimento básico, não se sustenta ao se ter em conta que apenas em Ibiporã esse resultado se conservou no limiar preconizado da relação profissionais de enfermagem/serviços. Essa relação acusa em Colorado, Iporã, Guaraniaçu e Nova Esperança a falta de condições para viabilizar aos profissionais um desempenho adequado de suas funções para responder a uma elevada demanda. Em contrapartida, têm-se Altônia, Palotina e Terra Roxa, que apresentaram número reduzido de procedimentos, ao lado de excessiva ociosidade dos profissionais (ver tabela A.1).

No caso dos municípios de Palotina e Terra Roxa, cabe o em-

penho no sentido de identificar e resgatar a clientela que depende do uso desse serviço, podendo ser necessário redirecionar a programação no sentido de atender às expectativas da demanda, ainda que isso possa conflitar com as propostas de funcionamento estabelecidas pela equipe de trabalho, que com o tempo poderão ser recolocadas. Já, no caso dos demais, cabe assegurar o atendimento dessa demanda, suprindo a falta de profissionais acusada, até mesmo para recuperar o descrédito intrínseco à visão disseminada com relação à qualidade dos serviços públicos.

No que se refere aos outros vinte municípios que integram o tipo 7, não pode passar despercebido o despreparo para atuar na área de saúde. Ao lado do fato de atenderem sem prever o mínimo de resolutividade, permanecendo sob convênio porte II, o movimento dessa rede traduz uma inserção muito precária junto à demanda. Note-se que em dezesseis localidades as quantidades realizadas de cons./hab./ano ficaram abaixo da média gerada pelos municípios da amostra, identificando-se três situações em que, associado a essa reduzida produção, verifica-se um esgotamento da disponibilidade de horas médicas (Campina da Lagoa, Ibaiti e São João do Ivaí) e, em cinco, um esforço maior para responder às demandas, cumprindo além do previsto, o que colocou sob risco a qualidade dos serviços (Marialva, Moreira Sales, Palmital, Roncador e São João).

Por outro lado, os quatro municípios que apresentaram produção expressiva, à exceção de São Miguel do Iguçu, não fogem da limitação mais geral desse grupo, que é a restrição de horas médicas (São Mateus do Sul, Tibagi e Alto Piquiri).

Ao se defrontar com esses níveis de respostas, fica ainda mais evidente a incompatibilidade entre a forma de pagamento e o objetivo de retirar os serviços de saúde do estado anacrônico em que se encontram.

Em decorrência do critério de remuneração, os únicos municípios aos quais o convênio propiciou condições para adequar o atendimento de suas demandas ao padrão mínimo requerido foram Iporã, São Mateus do Sul e Tibagi, os quais, mesmo sem receber por toda a produção, tiveram transferências com valor per capita mais significativo, respectivamente Cz\$ 65,00, Cz\$ 53,00 e Cz\$ 31,00 (ver tabela A.2).

Por outro lado, a maioria dos municípios do tipo 7, que dependem de maior apoio para sua estruturação, foram indevidamente penalizados ao receber os valores menores dessa amostra. Convém chamar a atenção para seis desses municípios, onde as despesas com saúde que parte das prefeituras são exíguas, a produção diminuta e, conseqüentemente, as transferências do convênio representam, no máximo, a reprodução de uma situação crítica (Ibaiti, Matelândia, Pirai do Sul, São Miguel do Iguacu e São João do Ivaí).

Indiscutivelmente, pelas regras do convênio, o rompimento desse círculo fica condicionado a um maior desembolso financeiro pela prefeitura, gerando um impasse, na medida que o convênio não dispõe de instrumentos para correção dessas desigualdades, tampouco as prefeituras, dadas as limitações orçamentárias já conhecidas, não se podendo esperar volume muito maior de investimentos.

Nesse contexto, vale lembrar a importância de dotar o convênio de mecanismos distributivos e, mesmo que por prazo determinado, em municípios com tais características, valer-se dos recursos da co-gestão, ou outro semelhante, como solução para a crise de responsabilidade explicitada nesse impasse. Porém, atentando para o risco de não introduzir, com essas medidas, um viés de tutela dos serviços públicos municipais no convênio, principalmente porque há exemplos de prefeituras, como Guaraniacu e Palmital, que, embora em situação financeira sensivelmente mais grave, a considerar o elevado grau de

dependência do FPM na composição da receita, têm o dispêndio entre os mais significativos desse conjunto.

Diante dos resultados registrados pelos serviços de saúde dos municípios agrupados nos tipos 6 e 7, chega-se a conclusão que é exatamente nas localidades de porte médio que se encontram as maiores dificuldades, tanto financeiras como políticas, para se impor novas regras no padrão de intervenção no setor.

O aspecto financeiro tem se constituído, ao longo do tempo, em justificativa principal dessa omissão pública. De fato, é consenso que a partir do final da década de 70 o setor público, particularmente o municipal, vem sendo penalizado com a deterioração de sua capacidade orçamentária e técnico-administrativa, por imposição de um modelo fiscal que estabelece crescente subordinação para o financiamento de suas ações dos recursos federais.

Como estratégia para enfrentar essa problemática, tornou-se recorrente a adoção de política de contenção dos gastos, na qual tem vigorado uma parcialidade que tende a discriminar com maior facilidade a área social, na medida que seus gastos têm caráter sistemático e resultados que não compreendem retorno financeiro.

Por outro lado, as fontes instituídas pelo governo federal como alternativas no financiamento das políticas de caráter social - FINSOCIAL, FAS e Cota-Parte do salário-educação - têm acesso seletivo, pois dependem da capacidade de negociação, do poder de articulação e pressão das forças políticas locais e, até mesmo, da identidade com os interesses estabelecidos, bem como uso problemático para o planejamento, uma vez que, pela irregularidade dos fluxos e vinculação a planos setoriais, impedem uma aplicação sistemática e pautada nos interesses e necessidades dos municípios.

Mesmo que na raiz dos problemas esteja o equilíbrio financeiro dos orçamentos municipais, sabe-se que a decisão de investir

na extensão da capacidade de atendimento na área social depende, sobretudo, de uma opção política de reorientação dos gastos, o que, em tese, representaria questionar até que ponto a reprodução das despesas existentes responde aos interesses coletivos.

Vale notar que a restrição financeira incidiu, de modo mais intenso, nos municípios grandes e de porte médio. Todavia, ao se confrontar o grau de estrangulamento social, verifica-se que esses últimos se encontram em posição, até certo ponto, mais confortável, pois as necessidades e cobranças são bem menores em termos de ampliação da infra-estrutura e serviços de caráter social e urbano. Por outro lado, não convivem com o confronto direto das reivindicações da população, como é o caso das localidades de pequeno porte.

Tal posição permitiu um acomodamento de muitas prefeituras dos tipos 6 e 7, no que tange à estruturação de seus próprios serviços, bem como em sua atuação junto ao Estado e União, com vistas a soluções mais efetivas dos serviços de suas respectivas competências.

No caso particular da área de saúde, a proposta de política colocada encontra outro obstáculo: a relação muito tênua com serviços de saúde pública e, conseqüentemente, um número reduzido de profissionais e técnicos, que, pelo seu envolvimento com a área, constituem o segmento mais sensibilizado com os problemas de saúde da população. Porém, por mais alinhado que estejam com a proposta apresentada, defrontam-se com limitações para articular a formação de lideranças locais e de canais de representação política que possam influir minimamente na alocação de recursos, dentro dos objetivos de qualificar adequadamente os serviços prestados e recuperar a imagem fragmentada que perpassa a atuação do setor público.

Em contrapartida, pode-se constatar que a proposta de uma atuação mais efetiva na área de saúde encontrou espaço significativo

e vontade política em municípios pequenos, o que constitui elemento positivo para a avaliação dos efeitos da política no Estado. Os sessenta e oito municípios representados no tipo B, com população inferior a 18.000 habitantes, apresentaram surpreendente inserção na política de AIS, muito embora se defrontem com a necessidade de desdobramento da rede e equipe para manter uma estrutura de serviços capacitada a atender à dispersão espacial de sua população.

Dentre alguns fatores importantes que influíram na maior atuação estão a intimidade do governo local com a questão social, que o obriga, mais diretamente, a soluções imediatas, e o fato de que essas ações podem, mais facilmente, reverter em dividendos políticos. Além disso, é possível que represente um apoio especial a presença de profissional liberal e/ou setor privado que necessitem do reforço de vínculos com o setor público para sua própria sobrevivência.

Acredita-se que essas circunstâncias também expliquem, em parte, o número significativo de municípios que contam com hospitais públicos municipais em funcionamento - Atalaia, Florestópolis, Jaboti, Miraselva, Paranacity, Paranapoema, Santo Antonio do Caiuá e Sertanópolis (ver tabela A.3).

Entretanto, é necessário observar que o empenho em constituir e manter serviço hospitalar, sem contar com a devida estrutura de resolutividade, traz em si o risco de reduzir essas unidades em instâncias que acabam transferindo para outras uma situação muitas vezes agravada.

É particularmente difícil viabilizar, justamente em municípios menores, serviços dessa ordem. As exigências de pessoal e equipamento têm custos financeiros incompatíveis com demandas dessa proporção; porém, a dificuldade maior está em atrair e fixar nessas unidades um corpo de profissionais com formação geral e de especia-

lidade, imprescindível para preencher os requisitos de atendimento efetivo, mesmo no que se refere a problemas de menor complexidade médica.

Por outro lado, como esses hospitais, de alguma maneira, já vêm prestando serviços, é importante considerar a possibilidade de incluí-los na perspectiva de desenvolvimento da política de saúde, preparando-os para uma atuação mais ampla e ajustada às necessidades da região.

Nesse sentido, é oportuno estimular consórcios intermunicipais, como forma de capitalizar adequadamente a vontade política local para instituir e legitimar estruturas de serviço de referência regional que otimizem os recursos já existentes. No processo de reorganização dos serviços, esse é um dos aspectos de ordem política a ser contemplado com muito cuidado e firmeza pelo planejamento.

No que se refere à estruturação e operacionalização dos serviços ambulatoriais nos municípios desse tipo, pode-se afirmar que o compromisso de inserção é abalado, em grande medida, por dificuldades de ordem financeira, pois são aquelas cinquenta localidades com situação comparativamente mais equilibrada, em termos de renda e receita, que apresentaram resultados mais expressivos.

O reconhecimento dessa possibilidade transparece no tratamento diferenciado do planejamento ao distinguir esse conjunto com programações mais desafiadoras, valendo como estímulo ao criar espaço para o crescimento dos serviços - trinta e cinco municípios ficam com programações de atendimento básico e trinta e sete de consultas, que acompanham os coeficientes médios e altos da amostra (ver tabela A.1).

Esse fato resultou, para muitos desses municípios, estímulo capaz de garantir maior movimento, ainda que sem fugir à regra mais geral de restrição de horas médicas e baixo rendimento dos auxilia-

res, pois apenas um grupo pequeno registrou quantidades de serviços abaixo do nível médio da amostra - 10 em atendimento básico e 6 em consultas. Por outro lado, vale ressaltar que entre os 29 coeficientes de consulta mais altos dessa amostra, 17 foram obtidos por municípios desse conjunto.

Também a disposição política de dispêndio, nessa área, fica muito evidente, pois, embora em alguns casos os recursos do convênio sejam dominantes, os gastos das prefeituras se encontram nas faixas mais elevadas, à exceção de Sertanópolis e Miraselva. Esse último chama a atenção, pois, com dispêndio mínimo da prefeitura, registra elevados coeficientes de atendimento básico e consulta, além de manter hospital em funcionamento (ver tabela A.2).

Um número mínimo de municípios foi excluído dessa atenção: Japira, Rondon e Terra Boa não tiveram, por parte da prefeitura nem do planejamento um esforço para melhor inserção. Por outro lado, foi insignificante o número de localidades que permaneceram omissas, sem constituir uma estrutura de atendimento ambulatorial, como Tapejara, Guairaçá e Guaporema, as quais se restringem à prestação de serviço odontológico.

Contraditoriamente, para os dezessete municípios desse tipo que apresentam mais sérios problemas de renda e/ou receita, as programações estabelecidas não indicam a mesma atenção do planejamento, considerando que foi menor o número de contemplados com programações mais elevadas - 7 em atendimento básico e 7 em consultas. Mesmo assim, para alguns, não foi instrumento capaz de contribuir para alterar os resultados e, nesse sentido, são exemplos de situações mais críticas os municípios de Adrianópolis, Morretes e Quitandinha. Esses, contando com ociosidade de horas médicas, não ultrapassam os coeficientes de consulta dos limites mais baixos da amostra e, Antonio Olinto, que além de se encontrar nessa posição, também apresen-

tou exígua produção de atendimento básico (ver tabela A.1).

Já, os municípios que não tiveram esse incentivo assegurado através do planejamento apresentaram resultados ainda mais débeis, pois, à exceção de Cruz Machado e Altamira do Paraná, não conseguiram sequer produzir aos níveis previstos; evidentemente registraram coeficientes tanto de atendimento básico como de consultas nos limites mais baixos da amostra - Antonina, Bituruna, Borrazópolis, Salgado Filho e Tomazina.

A esses níveis de produção, o ingresso de recursos para as prefeituras através do convênio ficou reduzido aos mais baixos per capita da amostra. Um único, Icaraíma, distingue-se alcançando um valor que o situa na média dos amostrados. Nessas circunstâncias, dentre as dezessete localidades, apenas em quatro - Antonina, Icaraíma, Inácio Martins e Quitandinha - observa-se maior paridade na manutenção dos serviços de saúde; nas demais, a contribuição do convênio chega a ser absurdamente inferior, a exemplo de Adrianópolis, Antonio Olinto, Cruz Machado, Figueira, São João do Triunfo e Tomazina (ver tabela A.2).

Percebe-se que, nesse conjunto, os gastos das prefeituras influenciaram diretamente os resultados de produção. Entre aquelas que acompanharam aplicações da maioria dos municípios, observam-se efeitos em pelo menos um dos indicadores de produção (consulta e/ou atendimento básico), enquanto entre os municípios com gastos per capita mínimos - Antonina, Bituruna, Borrazópolis, Cruz Machado, Salgado Filho -, os resultados de produção ficaram nos limites mais baixos. Ainda que Ribeirão do Pinhal e Inácio Martins tenham alcançado limiar médio não asseguraram a disponibilidade mínima de horas médicas (ver tabelas A.1 e A.2).

Não obstante, quando se considera o quadro geral referente aos serviços dos municípios do tipo B, à parte a ocorrência de re-

sultados que denunciam a precariedade na capacidade de atendimento, fica evidente que essas localidades sobressaem pela produção obtida e pelos recursos aplicados.

Trazendo resultados inegavelmente melhores, foram responsáveis por elevar os parâmetros que serviram de referência para a análise dessa amostra, uma vez que se utilizaram como critério para avaliação da política de AIS intervalos de classes que reproduzissem de modo mais fiel possível o comportamento dos serviços no Estado.

Essa constatação revela um grau de adesão que merece ser valorizado, mas traz em si um dos problemas mais sérios da rede pública municipal. Essas localidades registram os mais elevados gastos per capita do rol apresentado na amostra, porém, esse dispêndio mais substancial não trouxe diferença na inserção desses municípios, os quais, justamente pelo seu porte, dispensam níveis de investimentos necessários para manter uma base de sustentação de serviços mais complexos. Assim, seria minimamente esperado que respondessem sem restrição de qualidade. Todavia, com raras exceções, conseguiram viabilizar uma quantidade de produção elevada, sem incidir nos limites, diagnosticados em outros tipos já analisados.

A combinação desses fatores se constitui em indicação, até o presente momento, do pequeno alcance desse volume de recursos na formação de uma infra-estrutura necessária para promover efetiva redução das desigualdades sociais no acesso à saúde, através de uma assistência à doença e sua prevenção.

Tais evidências, analisadas pelo ângulo das transformações que se espera alcançar com a política de AIS - universalização e equidade social de atendimento -, são sobretudo desanimadoras, pois não apontam nenhuma perspectiva de que há real disposição em romper com o *status quo*, mesmo porque requer menos esforço e fere menos interesses que uma proposta mínima de mudança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da política de AIS nos municípios do Paraná - que teve como principal referência a relação entre o planejamento dos serviços sob responsabilidade dos órgãos centrais e a respectiva execução por setores competentes de cada uma das cento e quarenta e duas prefeituras analisadas - trouxe à tona alguns pontos para reflexão obrigatória, caso se pretenda efetividade das ações públicas na área de saúde.

Mesmo concordando-se que uma implantação criteriosa poderia incorrer em ônus para sua difusão, é fundamental chamar a atenção para o desempenho dos órgãos centrais enquanto planejadores da execução dessa política no Estado, uma vez que nesse aspecto se concentra boa parte dos problemas revelados nesta avaliação.

Pela dimensão dos problemas, a implantação, em escala municipal, de uma política como a AIS não podia prescindir de um reforço substancial de sua estrutura de planejamento. Na ausência dessa condição, os resultados dificilmente podem ir além de procedimentos burocráticos.

Pode-se entender que, através da previsão de serviços concebida acima da capacidade de produção do município, o planejamento introduziu um conteúdo correto de estímulo, uma vez que a margem maior de orçamentação pode resultar em esforço por adaptar os serviços a aumentos de produção.

Entretanto, esse não foi um procedimento generalizado tornando-se instrumento ineficaz para amenizar a desigualdades entre municípios, por não distinguir com maior apoio muitos daqueles que convivem com situação social ou financeira particularmente mais difícil e que necessariamente deveriam ser objeto de tratamento

diferenciado frente ao objetivo de assegurar maior homogeneidade na inserção dos municípios, nessa fase inicial da política.

Por sua vez, os instrumentos de acompanhamento e controle dessa política não se revestiam de condições técnicas ou estratégicas para sustentar as mudanças exigidas em etapas de implantação, quando é imprescindível uma orientação firme e ajustada à proposta política.

Há um agravante. As administrações municipais mostraram-se resistentes para ingressar nas AIS, situação natural quando se trata de um processo de mudança, além do mais, em sua maioria, encontravam-se despreparadas técnica e administrativamente para enfrentar uma proposta desafiante, por força da estrutura governamental centralizadora e descompromissada com os problemas sociais, que predominou ao longo dos últimos anos.

A perspectiva da função dos órgãos centrais, nesse contexto, não se confunde com uma ação fiscalizadora e nem simplesmente burocrática. Entendida como um processo, compreende a tarefa de acompanhar a estruturação e funcionamento dos serviços, de modo a ajustá-lo, progressivamente, aos princípios da política, guardando a flexibilidade necessária para absorver as especificidades locais.

Pela natureza desse tipo de intervenção, é essencial que sejam designados para essas tarefas profissionais com formação e treinamento apropriados, devidamente vinculados a áreas com atribuição de apoio, acompanhamento e avaliação da implantação e desenvolvimento das ações de saúde da rede pública, incluindo o segmento municipal.

Pelo ângulo da execução dessa política, a conclusão mais importante diz respeito à constatação de que para uma inserção dos serviços de saúde do município mais ajustada aos propósitos da política, o fator preponderante foi a disposição dos governantes locais.

Esse aspecto retira do circuito técnico-administrativo o domínio sobre os destinos da política e o deposita na dimensão do interesse político.

A rigor, a dependência dessa condição é um obstáculo de difícil transposição, fator explicativo para as desigualdades nas atuações de governantes e motivo da instabilidade que marca o desempenho da intervenção pública, mesmo fora dos setores sociais.

Para uma política que traz em suas bases a intenção de descentralizar a administração das ações de saúde, a ausência de identidade política dos governantes, com a proposta de trabalho nessa área, tem conseqüências lesivas para o desenvolvimento da política. Além do componente que acentua desigualdades entre municípios quanto à prestação de serviços, representa o risco, frente ao processo de sucessão política, de mudanças que levem a interrupções injustificadas dos programas em andamento e, com isso, desperdício de investimentos aplicados em construção, equipamento ou recursos humanos, dificultando com essa descontinuidade a consolidação de um bom padrão de atendimento no serviço público.

A rigor, essas dificuldades podem ser entendidas como ônus da descentralização e, uma vez mantida a mesma orientação por parte dos órgãos centrais, acredita-se que a médio prazo tenda a prevalecer um padrão mais homogêneo.

Porém, inversamente, se no espaço político nacional não se sustentarem no poder grupos identificados com a proposta, de forma a assegurar a continuidade de liberação de recursos e um alinhamento técnico com as ações em andamento, mesmo o governo local mais comprometido com um efetivo atendimento à saúde não resiste à descontinuidade e restrição dos fluxos de recursos financeiros que caracterizam as oscilações no poder de grupos representantes dos interesses em conflito, público/privado.

É importante lembrar que os prejuízos sociais da alternância no poder de representantes de interesses divergentes são maiores pela debilidade da sociedade, no que se refere ao conhecimento e defesa dos seus direitos e interesses. Por outro lado, essa mesma descontinuidade impede que se crie, pelo lado das esferas de decisão e de execução, um padrão de intervenção que referencie seus usuários e contribua para consolidar uma noção de direito que efetivamente obrigue os governantes a sustentar um padrão de serviços, mesmo que esse não seja seu projeto político.

ANEXO

4

Neste Anexo, além das tabelas A1, A2 e A3, já apreciadas ao longo do estudo, são apresentadas as tabelas A4 e A5 por constituírem subsídios para a análise.

TABELA A.1 - PRODUÇÃO DE CONSULTAS, DISPONIBILIDADE DE HORAS MÉDICAS, PRODUÇÃO DE ATENDIMENTO BÁSICO E RENDIMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE, SEGUNDO MUNICÍPIOS AMOSTRADOS, NO PARANÁ - 1986

MUNICÍPIOS AMOSTRADOS	SERVIÇOS PROGRAMADOS (A)			SERVIÇOS REALIZADOS (B)			B/A			
	Cons/Hab/Ano	H. Med/Atend. Bas/Ano	Rend. de Pess./Enfermagem(2)	Cons/Hab/Ano	H. Med/Atend. Bas/Ano	Rend. de Pess./Enfermagem(2)	Consulta/Atend. Básico			
TIPO 1										
CURITIBA	0.36	22	2.18	61	0.23	35	1.04	29	64.54	47.71
TIPO 2										
LONDRINA	0.31	8*	1.52	95	0.25	10*	1.88	117	80.37	124.07
TIPO 3										
MARINGÁ	0.41	15*	0.91	33	0.42	15*	2.15	77	101.75	238.02
PARAMAGUA	0.36	5	2.63	145	0.08	20	0.17	9	22.94	6.56
PONTA GROSSA	0.37	9*	1.11	45	0.22	15*	1.81	92	58.74	161.93
TIPO 4										
ALMIRANTE TAMANDARÉ	0.56	3	4.26	173	0.26	7	1.93	78	45.20	45.17
ARAUCÁRIA	0.91	16*	8.39	92	0.77	19*	3.35	37	84.09	39.92
BALSA NOVA	0.92	9	12.94	128	0.67	12	2.91	29	73.05	22.51
BOCAIUVA DO SUL	0.47	4	3.33	94	0.22	8	1.04	29	46.21	31.35
CAMPINA GRANDE DO SUL	1.70	8*	11.29	116	0.81	16*	2.87	29	47.91	25.40
CAMPO LARGO	0.74	6	1.14	31	0.75	6	0.93	25	100.88	81.52
COLOMBO	0.55	10	3.24	137	0.38	14	1.74	74	69.46	53.59
CONTENDÁ	0.49	42	5.96	115	0.32	28	4.62	89	65.85	77.49
MANDIRITUBA	0.22	52	2.61	120	0.22	52	2.32	106	100.00	88.84
PIRAQUARA	0.30	21*	1.80	101	0.24	26*	0.81	46	82.09	44.94
QUATRO BARRAS	0.76	12*	7.31	132	0.54	9*	2.06	37	71.39	28.16
RIO BRANCO DO SUL	0.71	14	4.68	88	0.51	10	2.95	56	72.01	63.00
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	0.22	25	2.56	176	0.19	28	1.10	76	88.35	42.99
TIPO 5										
APUCARANA	0.72	19	3.38	100	0.77	18	3.25	95	108.00	96.28
ARAPONGAS	0.29	17	2.51	104	0.22	15	0.87	36	95.25	34.70
CAMBÉ	0.33	27*	2.63	74	0.61	15*	2.30	64	185.04	87.46
CAMPO MOURÃO	0.25	14	2.47	64	0.31	12	2.94	77	122.57	119.10
CASCAVEL	0.32	17	1.08	80	0.33	16	1.79	132	103.26	165.51
CORNÉLIO PROCOPIO	0.12	14	1.06	235	0.07	23	0.10	22	59.66	9.33
FOZ DO IGUAÇU	0.49	19	1.29	84	0.65	14	1.33	86	133.52	102.55
FRANCISCO BELTRÃO	0.41	18*	1.45	83	0.40	18*	1.42	82	96.60	98.00
GUARAPUAVA	0.22	12	1.34	90	0.21	12	0.93	62	98.95	69.32
PARAMOUBÁ	0.06	24*	0.46	73	0.03	27*	0.36	58	44.66	80.40
PATO BRANCO	0.13	17	1.03	105	0.13	16	1.07	109	101.15	103.78
TELEMACHO BORBA	0.16	35	0.36	27	0.08	47	0.09	7	75.07	26.31
TOLEDO	0.15	15	1.86	74	0.30	7	1.78	71	204.30	95.91
UMUARAMÁ	0.29	31	2.05	81	0.30	24	2.86	113	130.91	139.25
UNIÃO DA VITÓRIA	0.57	18	2.14	74	0.49	21	1.61	56	85.42	75.35
TIPO 6										
ASSIS CHATEAUBRIAND	0.33	19*	2.12	75	0.31	21*	1.62	57	92.47	76.22
CASTRO	0.32	8	2.15	644	0.11	25	0.16	50	33.26	8.17
CIANORTE	0.25	14	0.80	49	0.20	17	0.57	35	77.32	71.45
DOIS VIZINHOS	0.09	16	0.97	95	0.29	5	0.55	53	306.04	56.31
GOIO-ERÉ	0.16	11	1.07	82	0.10	17	0.78	59	62.95	72.45
IRATI	0.36	19	3.79	96	0.24	29	2.15	54	65.67	56.68
IVAIPORA	0.10	34	1.12	66	0.18	20	1.09	64	174.03	97.41
JACAREZINHO	0.31	38*	1.13	88	0.64	18*	1.29	100	207.90	114.04

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	SERVICIOS PROGRAMADOS (A)				SERVICIOS REALIZADOS (B)				B/A		
	Cons/Hab/	H. Med/	Atend. Bas/	Rend. de Pess.	Cons/	Hab/	H. Med/	Atend. Bas/	Rend. de Pess.	Consultal	Atend.
	Ano	Cons.(1)	Hab/Ano	Enfermagem(2)	Ano	Cons.(1)	Hab/Ano	Enfermagem(2)		Basico	
LARANJEIRAS DO SUL	0.06	25*	0.22	30	0.21	7*	0.24	32	385.18	106.66	
MARECHAL CANDIDO RONDON	0.16	35	1.23	79	0.37	15	2.23	143	227.57	181.19	
ORTIGUEIRA	0.32	0	1.86	88	0.30	0	1.92	90	92.55	103.25	
PITANGA	0.06	46*	0.44	34	0.30	9*	0.77	60	487.73	177.38	
ROLANDIA	0.66	6*	2.44	136	0.25	16*	2.50	139	37.19	102.36	
SANTO ANTONIO DA PLATINA	0.16	18	0.96	134	0.10	30	0.27	37	60.06	27.52	
TIPO 7											
ALTO PIQUIRI	0.41	2	1.75	103	0.72	1	1.85	109	176.79	105.79	
ALTONIA	0.27	14	0.65	34	0.34	11	0.73	30	125.27	112.89	
BARRACAO	0.27	17	1.72	111	0.34	14	1.39	90	123.85	80.93	
CAMPINA DA LAGOA	0.16	6	0.79	208	0.09	10	0.49	129	56.55	61.83	
COLORADO	0.36	5*	1.87	192	0.44	4*	1.80	184	120.89	96.00	
GUARANIACU	0.14	14	1.58	112	0.53	4	1.96	139	369.13	124.27	
IBAITI	0.34	3*	2.21	155	0.10	11*	1.10	77	29.03	50.03	
IBIPORA	0.14	31*	2.67	88	0.16	27*	2.92	97	115.36	109.48	
IPORA	1.53	6	2.37	134	2.18	4	2.81	158	142.87	118.38	
MANDAGUARI	0.18	9	0.52	62	0.09	17	0.06	8	50.59	12.34	
MARIALVA	0.25	11	2.93	322	0.27	10	2.90	319	106.68	99.17	
MATELANDIA	0.29	14*	1.17	139	0.09	36*	0.39	47	39.74	33.62	
MOREIRA SALES	0.20	9	1.01	104	0.30	6	0.51	53	149.70	50.73	
NOVA ESPERANCA	0.24	10	1.70	137	0.26	10	1.94	157	107.22	114.42	
PALMAS	0.71	4	2.13	129	0.26	11	1.08	65	36.88	50.52	
PALMITAL	0.21	11	0.52	62	0.25	9	0.12	14	117.91	23.46	
PALOTINA	0.55	11	3.05	113	0.30	21	1.26	46	53.89	41.22	
PIRAI DO SUL	0.26	21	2.06	111	0.26	21	1.15	62	100.00	55.65	
PORECATU	0.17	14	1.30	105	0.05	47	0.00	0	30.31	0.36	
RESERVA	0.20	46	0.87	42	0.22	46	0.44	21	105.49	50.13	
RIO NEGRO	0.48	6	4.27	229	0.16	18	0.13	9	32.63	3.06	
RONCADOR	0.22	3	1.66	156	0.21	3	1.09	102	96.21	65.30	
SAO JOAO	0.23	14	1.12	105	0.32	10	0.57	53	141.29	50.62	
SAO JOAO DO IVAI	0.14	5*	0.45	47	0.10	8*	0.12	12	67.63	26.16	
SAO MATEUS DO SUL	2.29	2	15.08	375	1.34	3	5.43	135	58.63	35.98	
SAO MIGUEL DO IGUAQU	0.47	22	0.87	52	0.65	15	0.99	59	139.96	113.18	
TERRA ROXA	0.08	49	0.85	62	0.04	112	0.38	28	43.77	44.97	
TIBAGI	0.42	12	2.66	60	0.65	8	3.56	81	152.07	133.92	
TIPO 8											
ADRIANOPOLIS	0.42	20*	5.90	52	0.20	43*	1.83	16	46.89	30.99	
AGUDOS DO SUL	0.79	16	4.27	57	0.38	35	1.75	23	40.30	40.98	
ALTAMIRA DO PARANA	0.39	14	1.77	96	0.46	12	1.90	102	118.92	107.40	
ALVGRADA DO SUL	0.56	8	1.60	55	0.19	23	1.63	56	33.98	101.92	
ANTONINA	0.23	0	1.09	0	0.05	0	0.21	0	20.82	19.43	
ANTONIO OLINTO	1.26	6	10.46	0	0.08	100	0.89	0	6.52	8.49	
ATALAIA	1.62	0*	6.41	312	0.72	0*	3.86	188	44.75	60.26	
BARRA DO JACARE	1.61	11	5.91	192	0.81	11	1.38	45	50.34	20.39	
BITURUNA	0.07	82	0.56	36	0.07	82	0.31	20	100.00	55.54	
BOA ESPERANCA	0.40	14	2.41	69	0.23	30	2.78	80	48.74	115.66	
BORRAZOPOLIS	0.29	11	1.10	40	0.23	14	0.89	32	78.92	81.39	

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	SERVICIOS PROGRAMADOS (A)				SERVICIOS REALIZADOS (B)				B/A	
	Cons/Hab/	H. Med/	Atend. Bas/	Rend. de Pess.	Cons/ Hab/	H. Med/	Atend. Bas/	Rend. de Pess.	Consulta	Atend.
	Ano	Cons.(1)	Hab/Ano	Enfermagem(2)	Ano	Cons.(1)	Hab/Ano	Enfermagem(2)	Basico	Basico
CONSELHEIRO MAIRINCK	1.20	0	2.16	0	1.00	0	1.67	0	83.64	77.32
CRUZ MACHADO	0.04	82	0.56	23	0.01	269	0.42	17	30.68	75.92
CRUZEIRO DO SUL	0.68	0*	1.69	104	0.83	0*	1.80	111	123.44	106.31
FENIX	0.52	5	2.58	208	0.43	7	2.38	192	82.42	92.18
FIGUEIRA	0.00	22*	0.00	0	0.00	25*	0.00	0	0.00	0.00
FLORAI	0.57	4*	2.81	96	0.59	4*	3.07	105	103.62	109.22
FLORESTOPOLIS	0.45	0	1.90	241	0.44	0	1.82	231	97.66	95.70
GUAIRACA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
GUAPOREMA	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
ICARAIMA	0.58	16	1.17	92	0.49	20	1.01	80	83.64	86.78
IGUARACU	0.63	14	1.59	105	0.56	16	0.54	36	88.66	34.11
INACIO MARTINS	0.36	6	3.95	131	0.48	5	1.11	37	133.40	27.96
INDIANOPOLIS	0.53	12	1.24	57	0.25	26	0.95	44	45.97	76.34
JABOTI	0.77	0	1.36	0	0.75	0	1.29	0	97.74	94.18
JAGUARIAIVA	0.81	13*	2.66	58	0.56	19*	1.14	25	69.87	42.60
JAPIRA	0.12	0	0.30	18	0.06	0	0.14	6	48.30	45.45
JARDIM OLINDA	3.80	0*	2.27	0	3.02	0*	2.29	0	79.29	100.68
KALORE	0.53	14	1.27	51	0.54	14	0.59	23	102.24	46.20
LEOPOLIS	0.96	0	2.23	24	0.47	0	1.84	20	48.72	82.50
LOBATO	1.55	24*	6.60	70	1.50	25*	6.53	69	96.81	99.06
MAMBORE	0.24	6	1.83	104	0.14	10	0.54	31	56.15	29.66
MANOEL RIBAS	0.40	38	3.52	279	0.61	25	2.40	190	150.78	68.14
MARIOPOLIS	0.58	6	1.44	105	0.40	8	0.59	43	69.17	40.83
MARMELEIRO	0.26	8	2.65	105	0.29	7	1.49	59	110.39	56.29
MATINHOS	0.97	4	5.74	79	0.44	17	1.31	18	45.42	22.86
MIRASELVA	3.06	6*	11.91	117	2.12	8*	6.95	68	69.47	58.39
MORRETES	0.90	15	5.96	136	0.37	35	2.04	47	41.03	34.16
MUNHOZ DE MELO	0.93	24	3.96	96	0.91	24	3.67	89	98.21	92.73
NOVA AMERICA DA COLINA	1.52	5	2.44	62	0.41	17	0.24	6	27.11	9.99
PARANACITY	0.91	7	4.76	426	0.72	5	3.52	315	79.01	74.10
PARANAPOEMA	1.60	0	12.24	0	1.45	0	10.32	0	90.81	84.29
PAULO FRONTIN	0.42	15	2.23	25	0.33	19	0.43	5	78.74	19.37
PINHALAO	1.07	11	5.21	409	1.06	11	5.31	417	99.60	101.82
PORTO AMAZONAS	0.23	0	0.58	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
QUITANDINHA	1.03	5	10.80	159	0.26	21	2.34	34	25.45	21.67
REBOUCAS	0.36	17	4.12	68	0.33	19	1.66	27	90.53	40.40
RENASCENCA	0.48	8	3.35	97	0.53	7	2.11	61	110.73	63.00
RIBEIRAO DO PINHAL	0.49	8	1.22	192	0.43	9	0.31	48	87.34	25.26
RIO BON	0.91	14	2.28	105	1.23	10	1.58	73	135.09	69.44
RONDON	0.36	14	0.90	52	0.16	31	0.53	31	45.40	58.58
SALGADO FILHO	0.26	0*	1.32	105	0.21	0*	0.42	30	77.93	31.58
SANTA AMELIA	1.73	0	0.41	0	1.88	0	0.00	0	108.62	0.00
SANTA FE	0.59	0*	2.92	105	0.59	0*	4.06	146	99.48	138.82
SANTA INES	1.44	0	6.59	192	1.59	0	6.36	185	110.09	96.45
SANTA TEREZINHA DO ITAIPU	0.35	0*	0.88	0	0.36	0*	0.49	0	103.20	55.40
SANTO ANTONIO DO CAIUA	0.97	0	2.73	0	1.55	0	1.17	0	158.50	42.94
SAO JOAO DO TRIUNFO	0.35	29	4.45	105	0.17	59	0.21	5	48.44	4.71

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	SERVICIOS PROGRAMADOS (A)				SERVICIOS REALIZADOS (B)				B/A	
	Cons/Hab/ Ano	H. Med/ Cons.(1) Hab/Ano	Atend. Bas/ Hab/Ano	Rend. de Pess. Enfermagem(2) Ano	Cons/ Ano	H. Med/ Cons.(1)	Atend. Bas/ Hab/Ano	Rend. de Pess. Enfermagem(2)	Consulta Atend.	Atend. Basico
SAO JORGE D'ESTE	0.29	14	2.88	105	0.47	9	2.76	101	162.70	96.14
SAO PEDRO DO IVAI	0.42	16	1.20	62	0.31	22	0.48	25	72.86	40.43
SAO SEBASTIAO DA AMOREIRA	0.60	14	2.98	105	0.43	20	2.15	76	72.54	72.11
SERTANOPOLIS	0.43	15*	2.27	205	0.42	16*	1.82	165	97.05	80.33
TAMBOARA	0.82	0*	0.00	0	0.58	0*	0.00	0	70.57	0.00
TAPEJARA	0.06	0	0.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00
TERRA BOA	0.23	7	0.58	104	0.21	8	0.29	52	90.65	49.65
TOMAZINA	0.26	6	0.66	105	0.22	7	0.43	68	85.50	65.01
TUPASSI	0.37	18*	3.00	49	0.21	31*	1.66	27	58.19	55.31

FONTE DOS DADOS BRUTOS: MAFF - INAMPS (consulta e atendimento basico), IPARDES (populacao), Comissao Interinstitucional de Saude (horas medicas, e No. pessoal de enfermagem)

* No calculo de horas medicas levou-se em conta profissionais de outras instituicoes que encontravam-se a disposicao das prefeituras, bem como a situacao contraria

(1) Horas medicas/consultas = ((horas medicas semanais/5 Dias) X 60 min. X 242 dias) / (No. de consultas ano)

(2) Rendimento de Pessoal de Enfermagem = (No. de atendimento basico) / (** No. de atendimento basico potencial) X 100

** Atendimento basico potencial = ((No. Pessoal de enfermagem X 40 atend. basicos dia) X 242 dias) ***

*** Parametro definido pela Portaria No. 3046 - MPAS

TABELA A.2 - DESPESAS REALIZADAS COM SAUDE PELAS PREFEITURAS E TRANSFERENCIAS DO CONVENIO AIS AO SERVICO MUNICIPAL DE SAUDE, SEGUNDO MUNICIPIOS ANDSTRADOS, NO PARANA - 1986

MUNICIPIOS ANDSTRADOS	DESPESA REALIZADA PELAS PREFEITURAS		TRANSFERENCIAS DO CONVENIO AIS		B/A	B/(A+B)
	(A)		(B)			
	Em Cz\$ mil	Despesa/Hab.	Em Cz\$ mil	Transf./Hab.		
TIPO 1						
CURITIBA	69683	51.89	20190	15.03	28.97	22.47
TIPO 2						
LONDRINA	5759	15.70	7583	20.67	131.67	56.84
TIPO 3						
MARINGA	10032	49.19	3770	18.49	37.58	27.31
PARANAGUA	0	0.00	428	4.78	0.00	100.00
PONTA GROSSA	6264	27.49	2979	13.07	47.56	32.23
TIPO 4						
ALMIRANTE TAMANDARE	0	0.00	735	15.60	0.00	100.00
ARAUCARIA	10324	225.05	2399	52.29	23.24	18.86
BALSA NOVA	0	0.00	246	42.86	0.00	100.00
BOCATUVA DO SUL	0	0.00	476	34.92	0.00	100.00
CAMPINA GRANDE DO SUL	0	0.00	422	30.29	0.00	100.00
CAMPO LARGO	2380	32.00	2223	29.88	93.40	48.29
COLOMBO	2786	35.76	1856	23.83	66.62	39.98
CONTENDA	0	0.00	311	33.30	0.00	100.00
MANDIRITUBA	0	0.00	391	17.62	0.00	100.00
PIRAQUARA	1380	16.88	1206	14.76	87.39	46.64
QUATRO BARRAS	0	0.00	183	20.86	0.00	100.00
RIO BRANCO DO SUL	0	0.00	1049	26.08	0.00	100.00
SAO JOSE DOS PINHAIS	2660	26.55	1812	18.09	68.12	40.52
TIPO 5						
APUCARANA	0	0.00	4075	46.24	0.00	100.00
ARAPONGAS	3650	60.82	790	13.16	21.64	17.79
CAMBE	3087	47.47	1951	30.00	63.20	38.73
CAMPO MOURAO	2261	26.34	2352	27.40	104.02	50.99
CASCAVEL	7994	35.08	3651	16.02	45.67	31.35
CORNELIO PROCOPIO	0	0.00	167	3.88	0.00	100.00
FOZ DO IGUAQU	5533	43.89	1938	15.37	35.03	25.94
FRANCISCO BELTRAO	247	4.04	1407	23.00	569.64	85.07
GUARAPUAVA	2883	17.84	1983	12.27	68.78	40.75
PARANAVAI	0	0.00	388	5.28	0.00	100.00
PATO BRANCO	33	0.56	627	10.57	1900.00	95.00
TELEMACO BORBA	1595	24.35	169	2.58	10.60	9.58
TOLEDO	4281	44.50	1455	15.13	33.99	25.37
UMUARAMA	1016	9.16	2111	19.03	207.78	67.51
UNIAO DA VITORIA	773	17.66	785	17.93	101.55	50.39
TIPO 6						
ASSIS CHATEAUBRIAND	1711	33.53	797	15.62	46.58	31.78
CASTRO	2177	37.48	287	4.94	13.18	11.65
CIANORTE	326	6.90	609	12.89	186.81	65.13
DOIS VIZINHOS	1063	22.43	262	5.53	24.65	19.77
GOIO-ERE	771	14.94	320	6.20	41.50	29.33
IRATI	0	0.00	1206	25.95	0.00	100.00
IVAIPORA	923	13.16	518	8.29	62.94	38.63
JACAREZYNGO	231	6.17	684	18.28	296.10	74.75

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	DESPEZA REALIZADA PELAS PREFEITURAS		TRANSFERENCIAS DO CONVENIO AIS		B/A	B/(A+B)
	(A)		(B)			
	Em Cz\$ mil	Despesa/Hab.	Em Cz\$ mil	Transf./Hab.		
LARANJEIRAS DO SUL	935	11.99	125	1.60	13.37	11.79
MARECHAL CANDIDO RONDON	1257	18.47	817	12.00	65.00	39.39
ORTIGUEIRA	1220	24.38	866	17.31	70.98	41.51
PITANGA	1628	19.64	240	2.90	14.74	12.85
ROLANDIA	1346	31.21	1057	24.51	78.53	43.96
SANTO ANTONIO DA PLATINA	935	23.16	128	3.17	13.69	12.04
TIPO 7						
ALTO PIQUIRI	1187	51.81	400	17.46	33.70	25.20
ALTONIA	564	18.63	406	13.41	71.99	41.86
BARRACAO	467	24.85	276	14.69	59.10	37.15
CAMPINA DA LAGOA	1195	47.05	137	5.39	11.46	10.29
COLORADO	415	20.96	372	18.79	89.64	47.27
GUARANIACU	1176	34.15	507	14.72	43.11	30.12
IBAITI	119	4.39	214	7.89	179.83	64.26
IBIPORA	1278	39.95	815	25.48	63.77	38.94
IPORA	1462	44.67	4444	135.78	303.97	75.25
MANDAGUARI	601	26.40	51	2.24	8.49	7.82
MARIALVA	277	13.00	398	18.68	143.68	58.96
MATELANDIA	462	13.43	264	7.68	57.14	36.36
MOREIRA SALES	350	17.46	124	6.19	35.43	26.16
NOVA ESPERANCA	576	24.62	411	17.57	71.35	41.64
PALMAS	1113	31.73	408	11.63	36.66	26.82
PALMITAL	739	32.34	84	3.68	11.37	10.21
PALOTINA	1334	41.55	766	23.86	57.42	36.48
PIRAI DO SUL	92	4.40	167	7.99	181.52	64.48
PORECATU	609	26.03	47	2.01	7.72	7.16
RESERVA	334	14.31	124	5.31	37.13	27.07
RIO NEGRO	1549	74.09	70	3.35	4.52	4.32
RONCADOR	686	37.75	180	9.91	26.24	28.75
SAO JOAO	341	18.79	133	7.33	39.00	28.06
SAO JOAO DO IVAI	194	6.40	61	2.01	31.44	23.92
SAO MATEUS DO SUL	964	30.79	1755	56.06	182.05	64.55
SAO MIGUEL DO IGUAQU	72	2.08	446	12.88	619.44	86.10
TERRA ROXA	631	22.46	101	3.59	16.01	13.80
TIBAGI	647	29.44	672	30.57	103.86	50.95
TIPO 8						
ADRIANOPOLIS	1098	99.30	155	14.02	14.12	12.37
AGUADOS DO SUL	200	40.25	90	17.41	43.27	30.20
ALTAMIRA DO PARANA	286	27.33	158	15.10	55.24	35.59
ALVORADA DO SUL	343	25.88	166	12.52	48.40	32.61
ANTONINA	39	2.52	39	2.52	100.00	50.00
ANTONIO OLINTO	331	47.21	52	7.42	15.71	13.58
ATALAIA	971	205.85	281	59.57	28.94	22.44
BARRA DO JACARE	200	63.63	65	20.68	32.50	24.50
BITURUNA	173	13.69	47	3.72	27.17	21.36
BOA ESPERANCA	240	28.64	128	15.27	53.33	34.78

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	DESPEZA REALIZADA PELAS PREFEITURAS		TRANSFERENCIAS DO CONVENIO AIS		B/A	B/(A+B)
	(A)		(B)			
	Em Cz\$ mil	Despesa/Hab.	Em Cz\$ mil	Transf./Hab.		
BORRAZOPOLIS	242	17.21	112	7.96	46.28	31.64
CONSELHEIRO MATRIMCK	549	152.63	149	41.42	27.14	21.35
CRUZ MACHADO	288	18.21	58	3.67	20.14	16.76
CRUZEIRO DO SUL	669	112.21	206	34.55	30.79	23.54
FENIX	379	48.58	149	19.10	39.31	28.22
FIGUEIRA	0	0.00	63	0.00	0.00	100.00
FLORAI	191	28.94	191	28.94	100.00	50.00
FLORESTOPOLIS	134	10.91	7391	601.87	5515.70	98.22
GUAIRACA	405	55.77	75	10.33	18.52	15.62
GUAPOREMA	53	21.22	75	30.02	141.51	58.59
ICARAIMA	347	22.64	382	24.92	110.09	52.40
IGUARACU	347	54.18	75	11.71	21.61	17.77
INACIO MARTINS	205	15.96	173	13.47	84.39	45.77
INDIANOPOLIS	3	0.34	82	9.20	2733.30	96.47
JARDI	307	56.00	852	155.42	277.52	73.51
JAGUARIAIVA	0	0.00	180	12.17	0.00	100.00
JAPIRA	115	19.89	19	3.29	16.52	14.18
JARDIM OLINDA	79	67.99	75	64.54	94.94	48.70
KALORE	172	22.22	86	11.11	50.00	33.33
LEOPOLIS	644	151.74	111	26.15	17.24	14.70
LOBATO	71	23.04	211	68.48	297.18	74.82
MAMBORE	500	30.25	90	5.45	18.00	15.25
MANDEL RIBAS	85	5.55	295	19.28	347.06	77.63
MARIOPOLIS	124	17.56	101	14.31	81.45	44.89
MARHELEIRO	411	26.76	258	16.80	62.77	38.57
MATINHOS	496	92.68	156	29.15	31.45	23.93
MIRAGELVA	42	7.35	1252	219.03	2981.00	96.75
MORRETES	672	50.66	266	20.05	39.58	28.36
MUNHOZ DE MELO	66	14.09	182	38.86	275.76	73.39
NOVA AMERICA DA COLINA	265	54.17	75	15.33	28.30	22.06
PARAMACITY	688	78.49	463	53.44	68.09	40.51
PARANAPOEMA	0	0.00	585	236.84	0.00	100.00
PAULO FRONTIN	336	60.70	48	8.67	14.29	12.50
PINHALAO	70	9.21	533	70.13	761.43	88.39
PORTO AMAZONAS	151	49.97	34	11.25	22.52	18.36
QUITANDINHA	311	24.28	249	19.44	80.06	44.46
REBOUCAS	262	23.49	185	16.58	70.61	41.39
RENASCENCA	242	28.77	220	26.15	90.91	47.62
RIBEIRAO DO PINHAL	272	17.95	88	5.81	32.35	24.44
RIO BOM	357	80.15	110	24.70	30.81	23.55
RONDON	80	7.07	64	5.66	80.00	44.44
SALGADO FILHO	311	20.24	143	9.31	45.98	31.50
SANTA AMELIA	243	56.74	118	27.55	48.56	32.69
SANTA FE	119	11.42	323	31.00	271.43	73.08
SANTA INES	26	9.23	178	63.21	684.62	87.25
SANTA TEREZINHA DO ITAIPU	585	51.06	98	8.55	16.75	14.35

Continuar

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	DESPEZA REALIZADA PELAS PREFEITURAS		TRANSFERENCIAS DO CONVENIO AIS		B/A	B/(A+B)
	(A)		(B)			
	Em Cz\$ mil	Despesa/Hab.	Em Cz\$ mil	Transf./Hab.		
SANTO ANTONIO DO CAIUA	1149	311.13	673	182.24	58.57	36.94
SAO JOAO DO TRIUNFO	311	27.27	47	4.12	15.11	13.13
SAO JORGE D'ESTE	224	15.85	296	20.94	132.14	56.92
SAO PEDRO DO IVAI	426	42.74	101	10.13	23.71	19.17
SAO SEBASTIAO DA AMOREIRA	151	22.14	151	22.14	100.00	50.00
SERTANOPOLIS	202	11.54	770	43.97	381.19	79.22
TAMBORA	309	62.70	104	21.10	33.66	25.18
TAPEJARA	88	7.21	0	0.00	0.00	0.00
TERRA BOA	189	10.80	75	4.29	39.68	28.41
TOMAZINA	783	50.71	151	9.78	19.28	16.17
TUPASSI	242	21.90	139	12.58	57.44	36.48

FONTE DOS DADOS BRUTOS: MAFF - INAMPS. Prestacao de Contas Municipais - Tribunal de Contas

TABELA A.3 - NUMERO DE CONSULTAS, ATENDIMENTOS BASICOS, PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS E INTERNAÇÕES NO SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE, SEGUNDO MUNICÍPIOS AMOSTRADOS, NO PARANÁ - 1986

MUNICÍPIOS AMOSTRADOS	SERVIÇOS PROGRAMADOS			SERVIÇOS REALIZADOS							
	Consultas			Atendimentos			Atendimentos			Procedimentos	Internações
				Básicos			Básicos				
	Porte II	Porte III	Total	Porte II	Porte III	Total	Porte II	Porte III	Total		
TIPO 1											
CURITIBA	0	478739	478739	2925380	0	308988	308988	1395704	70922	0	
TIPO 2											
LONDRINA	0	113962	113962	556712	0	91596	91596	690708	29493	0	
TIPO 3											
MARINGÁ	28384	56234	84618	184600	28415	57685	86100	439394	45629	0	
PARANAGUÁ	0	32106	32106	235476	0	7364	7364	15456	1480	0	
PONTA GROSSA	73040	10560	83600	254100	42078	7027	49105	411470	4175	0	
TIPO 4											
ALMIRANTE TAMANDARÉ	26618	0	26618	200860	12032	0	12032	90722	38	0	
ARAUCÁRIA	0	41766	41766	384912	0	35120	35120	153672	14274	0	
BALSAMINA	5280	0	5280	74240	3857	0	3857	16712	1717	0	
BOCAIUVÁ DO SUL	4464	2000	6464	45348	2408	579	2987	14236	0	375	
CAMPINA GRANDE DO SUL	23692	0	23692	157280	11351	0	11351	39949	0	0	
CAMPO LARGO	26644	28668	55312	84700	26887	28911	55798	69053	3393	0	
COLOMBO	36960	5632	42592	252720	24546	5038	29584	135433	10586	0	
CONTENDA	4544	0	4544	55680	2992	0	2992	43144	362	0	
MANDRITUBA	4966	0	4966	57840	4966	0	4966	51387	0	0	
PIRAQUARA	0	24384	24384	147120	0	20016	20016	66139	2382	0	
QUATRO BARRAS	6624	0	6624	64000	4729	0	4729	18047	0	0	
RIO BRANCO DO SUL	28502	0	28502	188160	20525	0	20525	118718	0	0	
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	0	21568	21568	255968	0	19056	19056	110051	5668	0	
TIPO 5											
APUCARANA	0	63060	63060	297520	0	68104	68104	286440	3716	0	
ARAPONGAS	10760	2816	13576	150640	10801	2130	12931	52271	2564	0	
CAMBÉ	0	21315	21315	170814	0	39442	39442	149396	8618	0	
CAMPO MOURÃO	0	21696	21696	211600	0	26593	26593	252119	8386	0	
CASCAVEL	0	71874	71874	246588	0	74220	74220	408133	10738	0	
CORNÉLIO PROCOPIO	4550	490	5040	45520	2868	149	3017	4249	1975	0	
FOZ DO IGUAÇU	61488	0	61488	162960	82100	0	82100	167116	13124	0	
FRANCISCO BELTRÃO	0	25264	25264	88660	0	24406	24406	86884	10626	0	
GUARAPUAVA	32455	2605	35060	216920	31880	2912	34692	150374	3587	0	
PARANAVAI	0	4768	4768	35100	0	2139	2139	28250	2602	0	
PATO BRANCO	0	7736	7736	60960	0	7825	7825	63262	0	0	
TELEMACHO BORBA	6598	0	6598	23560	4953	0	4953	6199	263	0	
TOLEDO	10620	3696	14316	178612	22249	6998	29247	171299	8457	0	
UMUARAMA	0	25610	25610	227440	0	33526	33526	316945	0	0	
UNIÃO DA VITÓRIA	20160	4928	25088	93600	19252	2177	21429	70531	212	0	
TIPO 6											
ASSIS CHATEAUBRIAND	13440	3520	16960	108240	14318	1365	15683	82498	2482	0	
CASTRO	0	18688	18688	124640	0	6215	6215	10189	1522	0	
CIANORTE	0	12046	12046	37872	0	9314	9314	27061	3733	0	
DOS VIZINHOS	3360	1126	4486	45920	11044	2685	13729	25856	0	0	
GOIO-ERE	8064	0	8064	55440	5076	0	5076	40167	0	0	
IRATI	0	16750	16750	176240	0	11000	11000	99891	6942	0	

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	SERVICIOS PROGRAMADOS			SERVICIOS REALIZADOS								
	Consultas			Atendimentos		Consultas			Atendimentos		Procedimientos	Internacoes
				BASICOS					BASICOS		Odontologicos	
	Porte II	Porte III	Total			Porte II	Porte III	Total				
IVATIPORA	6312	0	6312	69760	10985	0	10985	67953	366	0		
JACAREZINHO	0	11524	11524	42400	0	23958	23958	48354	970	0		
LARANJEIRAS DO SUL	4346	0	4346	17200	16740	0	16740	18345	0	0		
MARECHAL CANDIDO RONDON	7680	3238	10918	83792	20795	4051	24846	151819	2368	0		
ORTIGUEIRA	16126	0	16126	93200	14924	0	14924	96232	660	0		
PITANGA	5014	0	5014	36160	24455	0	24455	64142	0	0		
ROLANDIA	28560	0	28560	105380	10622	0	10622	107872	4690	0		
SANTO ANTONIO DA PLATINA	6528	0	6528	38880	3921	0	3921	10699	0	0		
TIPO 7												
ALTO PIQUIRI	9328	0	9328	40040	16491	0	16491	42360	6992	0		
ALTONIA	6720	1408	8128	19640	8340	1842	10182	22172	3073	0		
BARRACAO	5120	0	5120	32240	6341	0	6341	26091	2239	0		
CAMPINA DA LAGOA	4032	0	4032	20160	2280	0	2280	12464	306	0		
COLORADO	6720	422	7142	37120	7362	1272	8634	35634	1246	0		
GUARANIACU	3840	1126	4966	54320	15658	2673	18331	67503	1127	0		
IBAITI	9152	0	9152	59840	2657	0	2657	29937	0	0		
IBIPORA	0	4531	4531	85431	0	5227	5227	93530	7749	0		
IPORA	0	49976	49976	77560	0	71403	71403	91817	0	4238		
MANDAGUARI	4064	0	4064	11920	2056	0	2056	1471	299	0		
MARIALVA	5344	0	5344	62320	5701	0	5701	61800	100	0		
MATELANDIA	8064	0	8064	40320	3205	0	3205	13557	3304	0		
MOREIRA SALES	4032	0	4032	20160	6036	0	6036	10228	0	0		
NOVA ESPERANCA	4640	986	5626	39760	4959	1073	6032	45495	1605	0		
PALMAS	24928	0	24928	74640	9193	0	9193	37707	1115	0		
PALMITAL	4768	0	4768	11920	5622	0	5622	2797	0	0		
PALOTINA	13440	4268	17708	98080	7568	1970	9538	40430	2608	0		
PIRAI DO SUL	5456	0	5456	43120	5456	0	5456	23998	0	0		
PORECATU	4064	0	4064	30480	1232	0	1232	111	567	0		
RESERVA	4768	0	4768	20320	5030	0	5030	10186	0	0		
RIO NEGRO	9984	0	9984	89280	3258	0	3258	2733	540	0		
RONCADO	4032	0	4032	30240	3879	0	3879	19748	0	0		
SAO JOAO	4100	0	4100	20320	5793	0	5793	10286	55	0		
SAO JOAO DO IVAI	4346	0	4346	13680	2939	0	2939	3579	0	0		
SAO MATEUS DO SUL	71748	0	71748	472180	42065	0	42065	169877	1864	0		
SAO MIGUEL DO IGUAQU	16128	0	16128	30240	22573	0	22573	34227	0	0		
TERRA ROXA	792	1584	2376	23840	92	948	1040	10721	0	0		
TIBAGI	9324	0	9324	58368	14179	0	14179	78169	2791	0		
TIPO 8												
ADRIANOPOLIS	4628	0	4628	65232	2170	0	2170	20213	0	0		
AGUDOS DO SUL	4064	0	4064	22080	1963	0	1963	9049	0	0		
ALTAMIRA DO PARANA	4064	0	4064	18560	4833	0	4833	19934	0	0		
ALVORADA DO SUL	7424	0	7424	21200	2523	0	2523	21606	0	0		
ANTONINA	704	2816	3520	16880	352	381	733	3279	0	0		
ANTONIO OLINTO	8832	0	8832	73360	576	0	576	6228	0	0		

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	SERVICIOS PROGRAMADOS			SERVICIOS REALIZADOS						
	Consultas		Atendimentos	Consultas		Atendimentos	Procedimientos	Internacoes		
			Basicos			Basicos	Odontologicos			
	Porte II	Porte III	Total	Porte II	Porte III	Total				
ATALAIA	4032	3600	7632	30240	1101	2314	3415	18223	809	77
BARRA DO JACARE	5072	0	5072	18560	2553	0	2553	4341	0	0
BITURUNA	844	0	844	7040	844	0	844	3910	51	0
BOA ESPERANCA	4032	0	4032	20160	1965	0	1965	23317	0	0
BORRAZOPOLIS	4122	0	4122	15440	3253	0	3253	12566	0	0
CONSELHEIRO MAIRINCK	704	3600	4304	7760	0	3600	3600	6000	0	0
CRUZ MACHADO	704	0	704	8800	216	0	216	6681	99	0
CRUZEIRO DO SUL	4032	0	4032	10080	4977	0	4977	10716	1521	0
FENIX	4032	0	4032	20160	3323	0	3323	18583	0	0
FIGUEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FLORAI	3782	0	3782	18560	3919	0	3919	20271	900	0
FLORESTOPOLIS	704	4800	5504	23360	358	5017	5375	22355	0	1170
GUAIRACA	0	0	0	0	0	0	0	0	1293	0
GUAPOREMA	0	0	0	0	0	0	0	0	2206	0
ICARAIMA	6720	2218	8938	17880	5754	1722	7476	15517	3058	0
IGUARACU	4064	0	4064	10160	3603	0	3603	3466	0	0
INACIO MARTINS	4608	0	4608	50800	6147	0	6147	14205	226	0
INDIANOPOLIS	4768	0	4768	11040	2192	0	2192	8428	0	0
JABOTI	0	4202	4202	7480	0	4107	4107	7045	0	698
JAGUARATIWA	11933	0	11933	39380	8338	0	8338	16786	0	0
JAPIRA	704	0	704	1760	340	0	340	800	18	0
JARDIM OLINDA	4416	0	4416	2640	3506	0	3506	2658	0	0
KALORE	4064	0	4064	9820	4155	0	4155	4537	0	0
LEOPOLIS	4064	0	4064	9480	1980	0	1980	7821	929	0
LOBATO	4768	0	4768	20320	4616	0	4616	20129	755	0
MAMBORE	4032	0	4032	30240	2264	0	2264	8970	0	0
MANOEL RIBAS	6176	0	6176	53920	9312	0	9312	36743	475	0
MARIOPOLIS	4064	0	4064	10160	2811	0	2811	4148	984	0
MARHELEIRO	4064	0	4064	40640	4486	0	4486	22878	894	0
MATINHOS	4488	704	5192	30720	1697	661	2358	7023	422	0
MIRASELVA	6720	10760	17480	68056	3168	8976	12144	39736	1336	660
MORRETES	11934	0	11934	79120	4897	0	4897	27031	128	0
MUNHOZ DE MELO	3360	986	4346	18560	3282	986	4268	17211	0	0
NOVA AMERICA DA COLINA	7424	0	7424	11920	2013	0	2013	1191	1051	0
PARAMACITY	4032	3682	7714	41200	2478	3775	6253	30529	0	193
PARAMOPEMA	0	3952	3952	30240	0	3589	3589	25408	0	406
PAULO FRONTIN	2328	0	2328	12320	1833	0	1833	2306	0	0
PINHALAD	8096	0	8096	39600	8064	0	8064	40320	2100	0
PORTO AMAZONAS	704	0	704	1760	0	0	0	0	495	0
QUITANDINHA	13168	0	13168	138280	3351	0	3351	29965	0	0
REBOUCAS	4064	0	4064	45920	3679	0	3679	18551	306	0
RENASCENCA	4064	0	4064	28192	4500	0	4500	17760	965	0
RIBEIRAO DO PINHAL	7424	0	7424	18560	6484	0	6484	4688	0	0
RIO BOM	4064	0	4064	10160	5490	0	5490	7055	0	0

Continua

MUNICIPIOS ABOSTRADOS	SERVICIOS PROGRAMADOS			SERVICIOS REALIZADOS						
	Consultas		Atendimentos	Consultas		Atendimentos	Procedimientos	Internaces		
			Basicos			Basicos	Odontologicos			
	Porte II	Porte III	Total	Porte II	Porte III	Total				
RONDON	4064	0	4064	10160	1845	0	1845	5952	0	0
SALGADO FILHO	4064	0	4064	20320	3167	0	3167	6417	656	0
SANTA AMELIA	7424	0	7424	1760	8064	0	8064	0	0	0
SANTA FE	6176	0	6176	30480	6144	0	6144	42311	754	0
SANTA INES	4064	0	4064	18560	4474	0	4474	17901	466	0
SANTA TEREZINHA DO ITAIPU	4032	0	4032	10080	4161	0	4161	5584	0	0
SANTO ANTONIO DO CAIUA	0	3600	3600	10080	0	5706	5706	4328	776	475
SAO JOAO DO TRIUNFO	4032	0	4032	50000	1953	0	1953	2392	0	0
SAO JORGE D'ESTE	4064	0	4064	40640	6612	0	6612	39073	0	0
SAO PEDRO DO IVAI	4204	0	4204	11920	3063	0	3063	4819	312	0
SAO SEBASTIAO DA ANDREIRA	4064	0	4064	20320	2948	0	2948	14652	435	0
SERTANOPOLIS	4768	2816	7584	39680	5170	2190	7360	31876	3591	294
TAMBORA	4064	0	4064	0	2868	0	2868	0	1087	0
TAPEJARA	704	0	704	1760	0	0	0	0	0	0
TERRA BOA	4032	0	4032	10080	3655	0	3655	5005	0	0
TOMAZINA	4048	0	4048	10120	3461	0	3461	6579	1480	0
TUPASSI	3360	704	4064	33180	2365	0	2365	18352	0	0

FONTE DOS DADOS BRUTOS: MAFF - INAMPS

TABELA A.4 - VALORES PAGOS PELO CONVENIO AIS AO SERVICO MUNICIPAL DE SAUDE, POR TIPO DE SERVICO, SEGUNDO MUNICIPIOS AMOSTRADOS, NO PARANA-1986

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	VALORES PAGOS (CRZ 1.000,00)					VALORES PAGOS (%)						
	Consultas		Atendi-	Procedi-	Inter-	Total	Consultas	Atendi-	Procedi-	Inter-	Total	
	Porte II	Porte III	mentos	mentos	nacoes			mentos	mentos	nacoes		
			Basicos	Odontolo-				Basicos	Odontolo-			
		gicos	gicos				gicos	gicos				
TIPO 1												
CURITIBA	0	9779	9779	8634	1777	0	20190	48.43	42.76	8.80	0.00	100.00
TIPO 2												
LONDRINA	0	2898	2898	3457	1228	0	7583	38.22	45.59	16.19	0.00	100.00
TIPO 3												
MARINGA	367	1765	2132	950	688	0	3770	56.55	25.20	18.25	0.00	100.00
PARANAGUA	0	234	236	98	94	0	428	55.14	22.90	21.96	0.00	100.00
PONTA GROSSA	645	245	890	1447	642	0	2979	29.88	48.57	21.55	0.00	100.00
TIPO 4												
ALMIRANTE TAMANDARE	187	0	187	547	1	0	735	25.44	74.42	0.14	0.00	100.00
ARAUCARIA	0	1093	1093	940	366	0	2399	45.56	39.18	15.26	0.00	100.00
BALSA NOVA	58	0	58	101	87	0	246	23.58	41.06	35.37	0.00	100.00
BOCAIUA DO SUL	37	19	56	86	0	334	476	11.76	18.07	0.00	70.17	100.00
CAMPINA GRANDE DO SUL	178	0	178	244	0	0	422	42.18	57.82	0.00	0.00	100.00
CAMPO LARGO	818	888	1706	416	101	0	2223	76.74	18.71	4.54	0.00	100.00
COLOMBO	372	176	548	821	487	0	1856	29.53	44.23	26.24	0.00	100.00
CONTENDA	46	0	46	251	14	0	311	14.79	80.71	4.50	0.00	100.00
MANDIRITUBA	78	0	78	313	0	0	391	19.95	80.05	0.00	0.00	100.00
PIRAQUARA	0	624	624	406	176	0	1206	51.74	33.67	14.59	0.00	100.00
QUATRO BARRAS	74	0	74	109	0	0	183	40.44	59.56	0.00	0.00	100.00
RIO BRANCO DO SUL	321	0	321	728	0	0	1049	30.60	69.40	0.00	0.00	100.00
SAO JOSE DOS PINHAIS	0	587	587	687	538	0	1812	32.40	37.91	29.69	0.00	100.00
TIPO 5												
AFUCARAMA	0	2001	2001	1762	312	0	4075	49.10	43.24	7.66	0.00	100.00
ARAPONGAS	168	74	242	349	199	0	790	30.63	44.16	25.19	0.00	100.00
CAMBE	0	778	778	904	269	0	1951	39.88	46.34	13.79	0.00	100.00
CAMPO MOURAO	0	673	673	1288	391	0	2352	28.61	54.76	16.62	0.00	100.00
CASCATEL	0	2186	2186	1171	294	0	3651	59.87	32.07	8.05	0.00	100.00
CORNELIO PROCOPIO	41	5	46	27	94	0	167	27.54	16.17	56.29	0.00	100.00
FOZ DO IGUAJU	878	0	878	868	192	0	1938	45.30	44.79	9.91	0.00	100.00
FRANCISCO BELTRAO	0	729	729	519	159	0	1407	51.81	36.89	11.30	0.00	100.00
GUARAPUAVA	479	91	570	1004	409	0	1983	28.74	50.63	20.63	0.00	100.00
PARANAVAI	0	68	68	159	161	0	388	17.53	40.98	41.49	0.00	100.00
PATO BRANCO	0	249	249	378	0	0	627	39.71	60.29	0.00	0.00	100.00
TELEMACO BORBA	81	0	81	39	49	0	169	47.93	23.08	28.99	0.00	100.00
TOLEDO	166	129	295	987	173	0	1455	20.27	67.84	11.89	0.00	100.00
UMUARAMA	0	719	719	1392	0	0	2111	34.06	65.94	0.00	0.00	100.00
UNIAO DA VITORIA	281	76	357	422	6	0	785	45.48	53.76	0.76	0.00	100.00
TIPO 6												
ASSIS CHATEAUBRIAND	165	48	213	497	87	0	797	26.73	62.36	10.92	0.00	100.00
CASTRO	0	188	188	64	35	0	287	65.51	22.30	12.20	0.00	100.00
CIANORTE	0	297	297	161	151	0	609	48.77	26.44	24.79	0.00	100.00
DOIS VIZINHOS	53	39	92	163	7	0	262	35.11	62.21	2.67	0.00	100.00
GOIO-ERE	75	0	75	229	16	0	320	23.44	71.56	5.00	0.00	100.00

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	VALORES PAGOS (CRZ 1.000,00)							VALORES PAGOS (%)				
	Consultas			Atendi-	Procedi-	Inter-	Total	Consultas	Atendi-	Procedi-	Inter-	Total
	Porte II	Porte III	Total	mentos	mentos	nacoes			mentos	mentos	nacoes	
				Basicos	(Odontolo- gicos				Basicos	(Odontolo- gicos		
ANTONINA	6	12	19	20	0	0	39	48.72	51.28	0.00	0.00	100.00
ANTONIO OLINTO	10	0	10	42	0	0	52	19.23	80.77	0.00	0.00	100.00
ATALAIA	16	71	87	109	12	73	281	30.96	38.79	4.27	25.98	100.00
BARRA DO JACARE	40	0	40	25	0	0	65	61.54	38.46	0.00	0.00	100.00
BITURUNA	15	0	15	27	5	0	47	31.91	57.45	10.64	0.00	100.00
BOA ESPERANCA	32	0	32	96	0	0	128	25.00	75.00	0.00	0.00	100.00
BORRAZOPOLIS	49	0	49	63	0	0	112	43.75	56.25	0.00	0.00	100.00
CONSELHEIRO HAIRINCK	0	115	115	34	0	0	149	77.18	22.82	0.00	0.00	100.00
CRUZ MACHADO	4	0	4	45	9	0	58	6.90	77.59	15.52	0.00	100.00
CRUZEIRO DO SUL	63	0	63	60	83	0	206	30.58	29.13	40.29	0.00	100.00
FENIX	44	0	44	105	0	0	149	29.53	70.47	0.00	0.00	100.00
FIGUEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
FLORAT	56	0	56	106	29	0	191	29.32	55.50	15.18	0.00	100.00
FLORESTOPOLIS	6	153	159	139	0	7093	7391	2.15	1.88	0.00	95.97	100.00
GUAIRACA	0	0	0	0	75	0	75	0.00	0.00	100.00	0.00	100.00
GUAPOREMA	0	0	0	0	75	0	75	0.00	0.00	100.00	0.00	100.00
ICARAIMA	91	60	151	94	137	0	382	39.53	24.61	35.86	0.00	100.00
IGUARACU	53	0	53	22	0	0	75	70.67	29.33	0.00	0.00	100.00
INACIO MARTINS	67	0	67	92	14	0	173	38.73	53.18	8.09	0.00	100.00
INDIANOPOLIS	34	0	34	48	0	0	82	41.46	58.54	0.00	0.00	100.00
JABOTI	0	131	131	44	0	677	852	15.38	5.16	0.00	79.46	100.00
JAGUARIAIVA	90	0	90	90	0	0	180	50.00	50.00	0.00	0.00	100.00
JAPIRA	6	0	6	5	8	0	19	31.58	26.32	42.11	0.00	100.00
JARDIM OLINDA	57	0	57	18	0	0	75	76.00	24.00	0.00	0.00	100.00
KALORE	58	0	58	28	0	0	86	67.44	32.56	0.00	0.00	100.00
LEOPOLIS	32	0	32	40	39	0	111	28.83	36.04	35.14	0.00	100.00
LOBATO	66	0	66	125	20	0	211	31.28	59.24	9.48	0.00	100.00
MAMBORE	33	0	33	57	0	0	90	36.67	63.33	0.00	0.00	100.00
MARCEL RIBAS	77	0	77	194	24	0	295	26.10	65.76	8.14	0.00	100.00
MARIOPOLIS	45	0	45	27	29	0	101	44.55	26.73	28.71	0.00	100.00
MARHELEIRO	61	0	61	140	57	0	258	23.64	54.26	22.00	0.00	100.00
MATINHOS	27	23	50	45	61	0	156	32.05	28.85	39.10	0.00	100.00
MIRASELVA	50	286	336	247	118	551	1252	26.84	19.73	9.42	44.01	100.00
MORRETES	76	0	76	162	28	0	266	28.57	60.90	10.53	0.00	100.00
MUNHOZ DE MELO	51	34	85	97	0	0	182	46.70	53.30	0.00	0.00	100.00
NOVA AMERICA DA COLINA	32	0	32	8	35	0	75	42.67	10.67	46.67	0.00	100.00
PARANACITY	28	98	136	184	0	143	463	29.37	39.74	0.00	30.89	100.00
PARANAPOEMA	0	109	109	158	0	318	585	18.63	27.01	0.00	54.36	100.00
PAULO FRONTIN	32	0	32	16	0	0	48	66.67	33.33	0.00	0.00	100.00
PINHALAO	129	0	129	246	158	0	533	24.20	46.15	29.64	0.00	100.00
PORTO AMAZONAS	0	0	0	0	34	0	34	0.00	0.00	100.00	0.00	100.00
QUITANDINHA	54	0	54	195	0	0	249	21.69	78.31	0.00	0.00	100.00
REBOUCAS	56	0	56	110	19	0	185	30.27	59.46	10.27	0.00	100.00

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	VALORES PAGOS (CRZ 1.000,00)							VALORES PAGOS (X)				
	Consultas			Atendi-	Procedi-	Inter-	Total	Consultas	Atendi-	Procedi-	Inter-	Total
	Porte II	Porte III	Total	mentos	mentos	inacoes		mentos	mentos	inacoes		
				Basicos	Odontolo-			Basicos	Odontolo-			
			gicos	gicos			gicos	gicos				
IRATI	0	352	352	630	224	0	1206	29.19	52.24	18.57	0.00	100.00
IVAIPORA	104	0	104	391	23	0	518	20.08	75.48	4.44	0.00	100.00
JACAREZINHO	0	364	364	259	41	0	684	56.14	37.87	5.99	0.00	100.00
LARANJEIRAS DO SUL	61	0	61	64	0	0	125	48.80	51.20	0.00	0.00	100.00
MARCHEL CANDIDO RONDON	120	113	233	568	16	0	817	28.52	69.52	1.96	0.00	100.00
ORTIGUEIRA	225	0	225	542	99	0	866	25.98	62.59	11.43	0.00	100.00
PITANGA	81	0	81	159	0	0	240	33.75	66.25	0.00	0.00	100.00
ROLANDIA	165	0	165	623	269	0	1057	15.61	58.94	25.45	0.00	100.00
SANTO ANTONIO DA PLATINA	60	0	60	68	0	0	128	46.88	53.12	0.00	0.00	100.00
TIPO 7												
ALTO PIQUIRI	139	0	139	191	70	0	400	34.75	47.75	17.50	0.00	100.00
ALTONIA	101	49	150	104	152	0	406	36.95	25.62	37.44	0.00	100.00
BARRACAO	57	0	57	155	64	0	276	20.65	56.16	23.19	0.00	100.00
CAMPINA DA LAGOA	35	0	35	75	27	0	137	25.55	54.74	19.71	0.00	100.00
COLORADO	96	15	111	196	65	0	372	29.84	52.69	17.47	0.00	100.00
GUARANIACU	60	39	99	331	77	0	507	19.53	65.20	15.19	0.00	100.00
IBAITI	40	0	40	174	0	0	214	18.69	81.31	0.00	0.00	100.00
IBIPORA	0	116	116	512	187	0	815	14.23	62.82	22.94	0.00	100.00
IPORA	0	1565	1565	481	0	2398	4444	35.22	10.82	0.00	53.96	100.00
MANDAGUARI	32	0	32	9	10	0	51	62.75	17.65	19.61	0.00	100.00
MARIALVA	80	0	80	303	15	0	398	20.10	76.13	3.77	0.00	100.00
MATELANDIA	54	0	54	85	125	0	264	20.45	32.20	47.35	0.00	100.00
MOREIRA SALES	57	0	57	67	0	0	124	45.97	54.03	0.00	0.00	100.00
NOVA ESPERANCA	69	34	103	240	68	0	411	25.06	58.39	16.55	0.00	100.00
PALMAS	140	0	140	238	30	0	408	34.31	58.33	7.35	0.00	100.00
PALMITAL	66	0	66	18	0	0	84	78.57	21.43	0.00	0.00	100.00
PALOTINA	121	69	190	256	320	0	766	24.80	33.42	41.78	0.00	100.00
PIRAI DO SUL	35	0	35	132	0	0	167	20.96	79.04	0.00	0.00	100.00
PORECATU	18	0	18	1	28	0	47	38.30	2.13	59.57	0.00	100.00
RESERVA	61	0	61	63	0	0	124	49.19	50.81	0.00	0.00	100.00
RIO NEGRO	51	0	51	17	2	0	70	72.86	24.29	2.86	0.00	100.00
RONCADOR	58	0	58	122	0	0	180	32.22	67.78	0.00	0.00	100.00
SAO JOAO	63	0	63	67	3	0	133	47.37	50.38	2.26	0.00	100.00
SAO JOAO DO IVAI	38	0	38	23	0	0	61	62.30	37.70	0.00	0.00	100.00
SAO MATEUS DO SUL	634	0	634	1046	75	0	1755	36.13	59.60	4.27	0.00	100.00
SAO MIGUEL DO IGUACU	258	0	258	188	0	0	446	57.85	42.15	0.00	0.00	100.00
TERRA ROXA	0	33	33	68	0	0	101	32.67	67.33	0.00	0.00	100.00
TIBAGI	151	0	151	358	163	0	672	22.47	53.27	24.27	0.00	100.00
TIPO 8												
ADRIANOPOLIS	34	0	34	121	0	0	155	21.94	78.06	0.00	0.00	100.00
AGUDOS DO SUL	32	0	32	58	0	0	90	35.56	64.44	0.00	0.00	100.00
ALTAMIRA DO PARANA	56	0	56	102	0	0	158	35.44	64.56	0.00	0.00	100.00
ALVORADA DO SUL	40	0	40	126	0	0	166	24.10	75.90	0.00	0.00	100.00

Continua

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	VALORES PAGOS (CRZ 1.000.00)							VALORES PAGOS (%)				
	Consultas			Atendi-	Procedi-	Inter-	Total	Consultas	Atendi-	Procedi-	Inter-	Total
	Porte II	Porte III	Total	mentos	mentos	nacoes		mentos	mentos	nacoes		
				Basicos	Odontolo-			Basicos	Odontolo-			
			laicos				laicos					
RENASCENCA	58	0	58	103	59	0	220	26.36	46.82	26.02	0.00	100.00
RIBEIRAO DO PINHAL	59	0	59	29	0	0	88	67.05	32.95	0.00	0.00	100.00
RIO BON	65	0	65	45	0	0	110	59.09	40.91	0.00	0.00	100.00
RONDON	28	0	28	36	0	0	64	43.75	56.25	0.00	0.00	100.00
SALGADO FILHO	51	0	51	39	53	0	143	35.66	27.27	37.06	0.00	100.00
SANTA AMELIA	118	0	118	0	0	0	118	100.00	0.00	0.00	0.00	100.00
SANTA FE	64	0	64	105	74	0	323	19.81	57.28	22.91	0.00	100.00
SANTA INES	64	0	64	103	11	0	178	35.96	57.87	6.18	0.00	100.00
SANTA TEREZINHA DO ITAIPU	62	0	62	36	0	0	98	63.27	36.73	0.00	0.00	100.00
SANTO ANTONIO DO CAIUA	0	109	109	27	46	491	673	16.20	4.01	6.84	72.96	100.00
SAO JOAO DO TRIUNFO	32	0	32	15	0	0	47	68.09	31.91	0.00	0.00	100.00
SAO JORGE D'ESTE	60	0	60	236	0	0	296	20.27	79.73	0.00	0.00	100.00
SAO PEDRO DO IVAT	48	0	48	31	22	0	101	47.52	30.69	21.78	0.00	100.00
SAO SEBASTIAO DA AMOREIRA	44	0	44	91	16	0	151	29.14	60.26	10.60	0.00	100.00
SERTANOPOLIS	77	76	153	199	110	308	770	19.87	25.84	14.29	40.00	100.00
TAMBOARA	42	0	42	0	62	0	104	40.38	0.00	59.62	0.00	100.00
TAPEJARA	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00
TERRA BOA	44	0	44	31	0	0	75	58.67	41.33	0.00	0.00	100.00
TOMAZINA	54	0	54	41	56	0	151	35.76	27.15	37.09	0.00	100.00
TUPASSI	24	0	24	115	0	0	139	17.27	82.73	0.00	0.00	100.00

FONTE DOS DADOS BRUTOS: MAFF - INAMPS

TABELA A.5 - DESPESA REALIZADA COM SAUDE PELAS PREFEITURAS, PARTICIPACAO NA DESPESA REALIZADA TOTAL E VARIACAO PERCENTUAL SEGUNDO MUNICIPIOS AMOSTRADOS, NO PARANA - 1985-87

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	DESPESA REALIZADA PELAS PREFEITURAS COM SAUDE			PARTICIPACAO DA DESPESA COM SAUDE NO TOTAL DA DESPESA REALIZADA DOS MUNICIPIOS			%	
	(Em Crz\$ 1.000) Valores Constantes							
	1985	1986	1987	1985	1986	1987	85/86	86/87
TIPO 1								
CURITIBA	116.712	226.330	295.279	2,98	5,30	7,68	93,92	30,46
TIPO 2								
LONDRINA	23.484	18.705	17.316	2,54	1,82	1,38	(20,35)	(7,43)
TIPO 3								
MARINGA	26.286	32.584	36.697	3,80	3,25	4,39	23,96	12,62
PARANAGUA	-	-	-	-	-	-	-	-
PONTA GROSSA	23.193	20.345	23.173	4,49	2,66	4,54	(12,28)	13,90
TIPO 4								
ALMIRANTE TAMANDARE	-	-	-	-	-	-	-	-
ARAUCARIA	13.285	31.337	24.190	6,08	9,06	7,11	135,88	(22,81)
BALSA NOVA	-	-	-	-	-	-	-	-
BOCAIUA DO SUL	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPINA GRANDE DO SUL	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPO LARGO	3.951	7.736	5.218	2,70	3,71	2,90	95,65	(32,50)
COLOMBO	10.774	9.049	12.982	8,06	6,24	9,75	(16,01)	43,46
CONTENDA	-	-	-	-	-	-	-	-
MANDIRITUBA	-	-	-	-	-	-	-	-
PIRAQUARA	1.211	4.239	4.935	,97	2,08	3,34	250,04	16,42
QUATRO BARRAS	-	-	-	-	-	-	-	-
RIO BRANCO DO SUL	-	-	-	-	-	-	-	-
SAO JOSE DOS PINHAIS	1.589	8.640	8.707	,88	3,62	3,95	443,74	,78
TIPO 5								
APUCARANA	-	-	-	-	-	-	-	-
ARAPONGAS	7.036	11.855	9.372	4,07	4,88	5,65	68,49	(20,94)
CAMBE	5.029	10.027	8.252	2,61	3,89	3,77	99,38	(17,70)
CAMPO MOURAO	7.356	7.344	8.609	3,77	2,68	4,25	(,70)	17,22
CASCAVEL	10.388	24.464	30.131	2,23	3,69	5,37	135,50	23,16
CORNELIO PROCOPIO	-	-	-	-	-	-	-	-
FOZ DO IGUAQU	11.230	17.971	25.128	4,33	4,39	5,70	60,03	39,83
FRANCISCO BELTRAO	-	802	4.368	-	,40	2,45	-	444,64
GUARAPUAVA	5.690	9.364	9.907	1,92	2,27	2,50	64,57	5,80
PARANAVAI	-	-	-	-	-	-	-	-
PATO BRANCO	362	107	5	,35	,07	0	(70,44)	(95,33)
TELENACO BORBA	3.069	5.181	6.856	1,70	1,90	3,60	68,82	32,33
TOLEDO	7.650	13.905	14.126	2,37	2,78	3,42	81,76	1,59
UMUARANA	2.290	3.300	2.335	,80	1,01	,84	44,10	(29,24)
UNIAO DA VITORIA	1.464	2.511	3.072	1,26	1,81	2,66	71,52	22,34
TIPO 6								
ASSIS CHATEAUBRIAND	-	5.557	7.030	-	3,46	4,71	-	26,51
CASTRO	1.621	7.071	23.519	1,13	4,38	14,47	336,21	232,61
CIANORTE	-	1.059	-	-	,62	-	-	-
DOIS VIZINHOS	1.566	3.453	-	1,93	2,51	-	120,00	-
GOIO-ERE	1.621	2.504	2.094	1,31	1,58	1,79	54,47	(16,37)
IRATI	-	-	-	-	-	-	-	-
IVAIPORA	1.259	2.673	3.115	1,50	2,12	2,96	112,31	16,54
JACAREZINHO	-	750	1.895	-	,64	1,97	-	152,67

(continua)

MUNICIPIOS AMOSTRADOS	DESPEZA REALIZADA PELAS PREFEITURAS COM SAUDE (Em Crz\$ 1.000) Valores Constantes			PARTICIPACAO DA DESPESA COM SAUDE NO TOTAL DA DESPESA REALIZADA DOS MUNICIPIOS			X	
	1985	1986	1987	1985	1986	1987	85/86	86/87
	LARANJEIRAS DO SUL	1.149	3.084	4.305	1,37	2,50	4,54	168,41
MARCHEL CANDIDO RONDON	2.762	4.083	4.288	1,64	2,08	2,27	47,83	5,42
ORTIGUEIRA	1.078	3.963	2.855	2,00	4,95	4,03	267,63	(27,96)
PITANGA	3.140	5.288	5.441	3,46	4,09	4,46	68,41	2,89
ROLANDIA	2.802	4.372	4.952	2,59	2,89	3,05	56,03	13,27
SANTO ANTONIO DA PLATINA	2.621	3.037	2.108	3,92	3,40	2,48	15,87	(30,59)
TIPO 7								
ALTO PIQUIRI	1.574	3.855	840	2,91	5,00	1,74	144,92	(78,21)
ALTONIA	1.786	1.832	1.923	3,11	2,31	2,98	3,06	5,00
BARRACAO	795	1.517	1.155	2,44	3,26	2,94	90,82	(23,86)
CAMPINA DA LAGOA	897	3.881	2.967	2,13	6,08	5,98	332,66	(23,55)
COLORADO	-	1.348	-	-	1,60	-	-	-
GUARANIACU	-	3.820	1.656	-	4,03	2,56	-	(56,65)
IBAITI	-	386	821	-	,62	1,51	-	112,69
IBIPORA	3.321	4.151	5.318	4,04	4,36	6,31	24,99	28,11
IPORA	1.039	4.749	1.937	1,42	4,22	2,86	357,07	(59,21)
MANDAGUARI	1.708	1.952	6.618	2,75	2,94	10,17	14,29	239,04
MARIALVA	394	900	1.399	,66	1,17	1,84	128,43	55,44
MATELANDIA	1.047	1.500	-	1,66	1,73	-	43,27	-
MOREIRA SALES	378	1.137	2.235	,79	1,72	3,13	200,79	96,57
NOVA ESPERANCA	2.078	1.871	3.040	3,77	2,45	5,40	(9,96)	62,48
PALMAS	-	1.113	-	-	1,22	-	-	-
PALMITAL	220	2.400	2.892	,66	5,00	6,52	990,91	20,56
PALOTINA	-	4.333	5.381	-	2,64	4,00	-	24,19
PIRAI DO SUL	31	299	1.274	,07	,52	2,81	664,52	326,09
PORECATU	850	1.978	2.886	1,06	2,01	2,67	132,71	45,90
RESERVA	559	1.084	1.643	2,14	3,35	4,09	93,92	51,57
RIO NEGRO	4.273	5.031	3.023	5,71	5,51	4,58	17,74	39,91
RONCADOR	-	2.228	1.000	-	4,08	2,63	-	(51,53)
SAO JOAO	260	1.108	2.730	,71	2,13	6,34	326,15	146,39
SAO MATEUS DO SUL	1.770	3.131	3.308	3,06	3,61	4,62	76,89	5,65
SAO MIGUEL DO IGUAQU	425	294	2.618	,61	,29	3,25	(44,94)	1.018,80
TERRA ROXA	-	2.049	-	-	2,43	-	-	-
TIBAGI	134	2.101	3.937	,27	3,41	6,02	1.467,91	87,39
TIPO 8								
ADRIANOPOLIS	693	3.566	3.334	2,51	9,35	9,43	414,57	(6,51)
AGUDOS DO SUL	637	676	1.495	4,35	4,47	8,69	6,12	121,15
ALTAMIRA DO PARANA	-	928	899	-	3,44	4,19	-	(3,12)
ALVORADA DO SUL	417	1.114	-	1,08	2,68	-	167,15	-
ANTONINA	-	127	761	-	,44	2,02	-	499,21
ANTONIO OLINTO	472	1.075	2.313	4,07	8,00	13,45	127,75	115,16
ATALAIA	732	3.154	-	4,34	11,79	-	330,87	-
BARRA DO JACARE	228	650	552	1,77	4,77	3,53	185,09	(15,00)
BITURUNA	268	562	661	1,01	1,61	2,02	109,70	17,62
BOA ESPERANCA	-	780	667	-	2,00	2,09	-	(14,49)
BORRAZOPOLIS	386	786	621	1,22	2,04	2,24	103,63	(20,99)

(continua)

MUNICIPIOS AHOSTRADOS	DESPEZA REALIZADA PELAS PREFEITURAS COM SAUDE (Em Crz\$ 1.000) Valores Constantes			PARTICIPACAO DA DESPEZA COM SAUDE NO TOTAL DA DESPEZA REALIZADA DOS MUNICIPIOS			X	
	1985	1986	1987	1985	1986	1987	85/86	86/87
	CONSELHEIRO MAIRINCK	606	1.783	826	3,58	8,68	5,02	194,22
CRUZ MACHADO	220	935	482	,94	2,57	1,37	325,00	(48,45)
CRUZEIRO DO SUL	-	2.173	-	-	7,08	-	-	-
FENIX	-	1.231	-	-	3,47	-	-	-
FLORAI	-	2.397	-	-	6,77	-	-	-
FLORESTOPOLIS	346	435	-	1,18	1,09	-	25,72	-
GUATRACA	756	1.315	1.087	3,96	4,92	5,10	73,94	(17,34)
GUAPOREMA	-	172	289	-	,84	2,02	-	68,02
ICARAIMA	551	1.127	285	1,37	2,39	,63	104,54	(74,71)
IGUARACU	645	1.127	934	3,92	4,08	4,01	74,73	(17,13)
INACIO MARTINS	315	666	483	1,64	2,49	1,22	111,43	(27,48)
INDIANOPOLIS	-	10	3	-	,03	,01	-	(70,00)
JABOTI	480	997	383	3,24	5,54	2,74	107,71	(61,58)
JAGUARIAIVA	-	-	-	-	-	-	-	-
JAPIRA	79	373	234	,57	1,99	1,57	372,15	(37,27)
JARDIM OLINDA	-	257	686	-	1,43	4,75	-	166,93
KALORE	661	559	907	3,21	2,01	3,54	(15,43)	62,25
LEOPOLIS	-	2.091	-	-	8,17	-	-	-
LOBATO	456	231	311	2,45	,91	1,48	49,34	34,63
MAMBORE	-	1.624	-	-	2,38	-	-	-
MANOEL RIBAS	116	276	528	,43	,73	1,37	133,90	91,30
MARIOPOLIS	228	403	4.913	1,17	1,67	22,02	76,75	1.119,11
MARHELEIRO	299	1.335	2.001	1,03	3,10	7,23	246,49	109,81
MATINHOS	662	1.611	1.027	1,57	2,95	2,53	143,39	(36,25)
MIRASELVA	441	136	893	2,72	,62	4,50	(69,16)	556,62
MORRETES	622	2.183	1.989	3,02	8,49	5,99	250,96	(8,89)
MUNHOZ DE MELO	-	214	330	-	1,06	1,69	-	54,21
NOVA AMERICA DA COLINA	417	861	670	2,63	3,77	2,92	106,47	(22,18)
PARANACITY	-	2.208	1.786	-	6,19	5,79	-	(19,11)
PARANAPOEMA	-	-	-	-	-	-	-	-
PAULO FRONTIN	488	1.091	2.009	3,03	6,15	11,54	123,57	84,14
PINHALAO	118	227	36	,77	1,02	,18	92,37	(84,14)
PORTO AMAZONAS	134	496	365	1,02	3,54	2,49	265,67	(25,51)
QUITANDINHA	700	1.010	-	4,03	3,94	-	44,29	-
REBOUCAS	-	851	1.332	-	2,53	5,04	-	56,52
RENASCENCA	543	786	785	2,60	2,66	3,29	44,75	(,13)
RIBEIRAO DO PINHAL	803	883	710	2,70	2,84	1,95	9,96	(19,59)
RIO BOH	331	1.160	-	2,74	6,52	-	250,45	-
RONDON	157	260	228	,54	,79	,84	65,61	12,31
SALGADO FILHO	449	1.010	1.149	1,84	2,74	3,48	124,94	13,76
SANTA AMELIA	432	789	710	2,66	3,85	4,42	82,64	(16,01)
SANTA FE	205	987	775	,76	1,09	2,64	88,78	100,26
SANTA INES	79	84	105	,58	,41	,59	6,33	25,00
SANTA TEREZINHA DO ITAIPU	-	1.900	2.136	-	3,01	4,43	-	12,42
SANTO ANTONIO DO CAIUA	-	3.732	3.576	-	16,15	14,49	-	(4,18)
SAO JOAO DO IVAI	582	630	1.257	1,07	,88	2,16	8,25	99,52

(continua)

MUNICIPIOS ANOSTRADOS	DESPEZA REALIZADA PELAS PREFEITURAS COM SAUDE (Em Crz\$ 1.000) Valores Constantes			PARTICIPACAO DA DESPESA COM SAUDE NO TOTAL DA DESPESA REALIZADA DOS MUNICIPIOS				
	1985	1986	1987	1985	1986	1987	85/86	86/87
	SAO JOAO DO TRIUNFO	461	1.010	1.154	2,15	4,05	4,29	151,67
SAO JORGE D'OESTE	291	727	-	1,03	1,88	-	141,83	-
SAO PEDRO DO IVAI	645	1.383	1.501	1,86	2,86	3,79	114,42	8,53
SAO SEBASTIAO DA AMOREIRA	354	490	1.488	1,48	1,93	6,50	38,92	203,67
SERTANOPOLIS	708	656	75	1,26	,87	,13	7,34	66,57
TAMBORA	-	1.004	867	-	3,77	4,76	-	(13,65)
TAPEJARA	142	286	-	,39	,58	-	101,41	-
TERRA BOA	622	614	513	1,86	1,23	1,18	(1,29)	(16,45)
TOMAZINA	999	2.543	1.086	4,33	8,64	4,46	154,55	(57,29)
TUPASSI	16	786	-	,04	1,57	-	4.812,50	-

FONTE: Prestacao de Contas Municipais - Tribunal de Contas, Sintese dos Balancos Municipais - Receita Federal

NOTA: Deflator utilizado: IGP-DI, medio anual (Conjuntura Economica, FGV, v.43, n.7, jul.1989)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABRANCHES, S.H. Relatório de conclusão do Seminário sobre Metodologia de Avaliação de Programas Sociais. s.l. : IPEA/CEDEC, 1986.
- 2 AFONSO, José Roberto, LOBO, Thereza. Federalismo fiscal. Rio de Janeiro : IPEA/INPES, 1987. 156p. (Textos para discussão interna, 108) Estudos para a Reforma Tributária, tomo 5.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. As ações integradas e o Ministério da Saúde : documento preliminar. Brasília, 1985.
- 4 BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. As ações integradas de saúde na Nova República. Brasília, 1985
- 5 BRASILEIRO, Ana Maria. O financiamento do SUDS na perspectiva de estados e municípios : pontos para reflexão. In: SEMINÁRIO SOBRE FINANCIAMENTO DO SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE - SUDS, 1988. São Paulo. Anais do... São Paulo : Secretaria da Saúde, 1988. p.165-173.
- 6 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1979. URSS. Relatório. Rio de Janeiro : UNICEF, 1979. 64p.
- 7 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília. Relatório final. Brasília, 1986. 21p.
- 8 CORDONI JR., Luiz. Avaliação das possibilidades de expansão dos serviços de saúde pública a nível de prefeituras municipais no Estado do Paraná. Curitiba, 1986. Tese (Doutorado) Versão Preliminar.
- 9 FIGUEIREDO, Marcus Faria, FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheilud. Avaliação política e avaliação de políticas : um quadro de referência teórica. São Paulo : IDESP, 1986. 57p.
- 10 FUNDAÇÃO IBGE. Diretoria de Geociências. Regiões de influência das cidades. Rio de Janeiro : IBGE : MDU, 1987. 210p.
- 11 LOBO, Thereza. Descentralização : uma alternativa de mudança. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro : FGV, v.22, n.1, p.25-31, jan./mar.1988.
- 12 MÉDICI, A.C. Descentralização e políticas de saúde. Rio de Janeiro : UFRJ/IEI, 1988.
- 13 MÉDICI, Andre Cesar, SILVA, Pedro Luiz Barros de. Financiamento e gasto do setor saúde no Brasil até 1986 : balanço, perspectivas e opções de política. s.l. : s.n., 1986. 96p.

- 14 PARANÁ. Governo do Estado. PDU: política de desenvolvimento urbano para o Estado do Paraná. Curitiba, 1974. v.3. Convênio Governo do Estado do Paraná, SUDESUL, SERFHAU, UFPR.
- 15 POSSAS, Cristina de Albuquerque. Descentralização e democratização do sistema de saúde. Brasília, 1986. 38p. Texto apresentado na 8a. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.
- 16 REZENDE, F., BRASILEIRO, A.M. A repartição de encargos públicos entre níveis de governo. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro : FGV, v.18, n.3, p.66-67, jul/set.1984.
- 17 SANTOS, Nelson Rodrigues dos. O poder municipal no rumo do Sistema Unificado de Saúde. Brasília, 1986. 13p. Texto apresentado na 8a. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.