



Luiz Cordoní Junior

**SERVIÇOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE NO PARANÁ**
TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS

Luiz Cordoni Junior

SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
NO PARANÁ - TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS

Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

SÃO PAULO - 1986

LUIZ CORDONI JÚNIOR

SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
NO PARANÁ - TENDÊNCIAS E
PERSPECTIVAS

Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

SÃO PAULO
1986

A MEUS PAIS

À REGINA, MARIANA, LIA E DANIEL

AGRADECIMENTOS

Este não é um trabalho individual. Dele participaram inúmeras pessoas que contribuíram para enriquecê-lo com idéias, críticas e sugestões. Outros contribuíram na datilografia, confecção de tabelas e gráficos, na revisão ou operando milagres com o tempo para que o trabalho fosse concluído dentro do prazo. A todos, meus profundos agradecimentos.

Algumas destas pessoas destaco a seguir: Adir Gonçalves, Amauri Anselmo Dissenha, Ana Néri Del Corso, Bárbara Turini, Dalsy do Rocio Pirkel, Edda Arzua, Fernando Lopes Martins, Flovic Polachini, Isolde Antunes, Ivonete Ramalho, João Bosco Strozzi, João Antonio Cordoni, Juarez Ramalho, Loreni Alves Leite, Luiz Fernando Nicz, Manoel Caetano Ferreira Filho, Maurício Machado, Neuza Francisco, Osiris Zanelatto, Teófilo Bacha Filho, Walter Akishide Ogasawara.

Agradeço também aos companheiros de equipe da Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná e da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha.

SUMÁRIO

I.	<u>INTRODUÇÃO</u>	1
II.	<u>JUSTIFICATIVA</u>	2
III.	<u>OBJETIVO GERAL</u>	7
IV.	<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	7
V.	METODOLOGIA	8
VI.	RESULTADOS E DISCUSSÕES	10
1.	ANÁLISE DO NÍVEL DE SAÚDE DO PARANÁ	10
1.1	Mortalidade infantil e mortalidade infantil proporcional	10
1.2	Coeficiente de mortalidade por causas	14
1.3	Renda	16
2.	ANÁLISE DEMOGRÁFICA	18
3.	ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PARANÁ	22
3.1	Assistência à saúde em geral	22
3.2	Serviços estadual e municipais de saúde ...	27
4.	ANÁLISE DA POLÍTICA TRIBUTÁRIA E SEUS REFLEXOS SOBRE OS ORÇAMENTOS MUNICIPAIS	47
4.1	A política tributária brasileira	47
4.2	A situação dos municípios paranaenses	56
5.	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: REFLEXOS SOBRE OS SERVIÇOS MUNICIPAIS	58
6.	ESTUDO DO SERVIÇO DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA	68
6.1	Aspectos geográficos e demográficos de Londrina	68
6.2	Histórico e organização dos serviços	69

6.3	Orçamento	72
6.4	Recursos Humanos	76
6.5	Produção de serviços	77
6.6	Principais dificuldades para a implementação dos serviços	81
VII.	<u>CONCLUSÕES</u>	85
VIII.	<u>RECOMENDAÇÕES</u>	89
	<u>ANEXOS</u>	91
	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	112

LISTA DE TABELAS

1	Coefficiente de mortalidade infantil, Brasil e Paraná, 1970-1982	10
2	Índice de mortalidade proporcional de menores de 1 ano, Brasil e Paraná, 1970-1982	12
3	Coefficiente de mortalidade infantil e índice de mortalidade proporcional para menores de 1 ano, no Brasil, Paraná e alguns países em anos próximos a 1980.	13
4	Distribuição percentual de óbitos por causa, Paraná e algumas regiões da OMS, 1980	14
5	Mortalidade por grupos de causa, série histórica do Paraná, 1977-1984	15
6	Percentual de pessoas economicamente ativas, por sexo e situação de domicílio, segundo as classes de rendimento mensal, Paraná, 1984	17
7	Taxas médias geométricas anuais de crescimento, por décadas, do Brasil e Paraná, 1940-1980	18
8	Distribuição dos municípios paranaenses segundo a taxa de crescimento anual, 1970-1980	20
9	Municípios mais populosos, mesorregiões onde se localizam, respectivas populações e taxas médias geométricas de crescimento anual, Paraná, 1984	21
10	Hospitais do Estado segundo propriedade e finalidade, Paraná, 1972 a 1982	24
11	Distribuição dos leitos hospitalares por 1.000 habitantes segundo os distritos sanitários, Paraná, 1976-1984	26
12	Recursos iniciais (orçamentários), sem bloqueios, do tesouro do Estado e destinados à saúde de 1976 a 1984	28
13	Despesas realizadas pelo tesouro do Estado e pela saúde de 1976 a 1984	28
14	Receita do Estado, Recursos iniciais sem bloqueio, do Estado e da saúde de 1976 a 1984	31
15	Evolução da despesa com saúde relativamente aos gastos realizados da receita do Estado	33

16	Previsão orçamentária e despesa realizada final pela saúde entre 1976 a 1984	35
17	Variação anual do IGP, do orçamento do Estado e da saúde, 1976 a 1984	36
18	Orçamento do Estado, da saúde e variação do IGP-Paraná, 1976 a 1984	39
19	Distribuição dos 290 municípios do Estado, segundo a proporção habitante/unidade sanitária, 1980	41
20	Hospitais da FSCMR, especialidades, suas localizações, número de leitos e taxa de ocupação, 1984....	42
21	Distribuição das consultas médicas realizadas pela SESB/FSCMR e INAMPS e necessidade de consultas médicas, em relação à meta, Paraná, 1982-1984	44
22	Percentual de vacinações completas em menores de 1 ano, de rotina, Paraná, 1975-1984	46
23	Repartição da receita tributária própria nos três níveis de Governo - Brasil, 1957/83	51
24	Repartição da receita tributária efetivamente disponível nos três níveis de Governo - Brasil, 1957/83	53
25	Arrecadação dos municípios paranaenses no exercício de 1984	56
26	Índices de liquidez dos municípios paranaenses-Exercício de 1984	57
27	Orçamentos comparados: INAMPS e Ministério da Saúde série histórica - Brasil, 1979-83	59
28	Crescimento das consultas médicas, internações hospitalares, exames laboratoriais e exames radiológicos do INAMPS entre 1970 e 1980	61
29	Evolução da participação da assistência médica na receita e na despesa da previdência social entre 1968 e 1980	62
30	Distribuição da população do município de Londrina, de acordo com os distritos e situação do domicílio (urbano e rural), 1983	69
31	Evolução orçamentária do município de Londrina, 1970 a 1982	72
32	Orçamentos municipais, da SSPS e da ASMS, 1970-1984..	73
33	Fontes de custeio da ASMS, 1984	74
34	Distribuição da demanda segundo a categoria, em 1981	74

35 Produção de serviços nos postos de saúde e evolução
do número de postos da Prefeitura de Londrina, 1978
a 1984

LISTA DE GRÁFICOS

1.	Evolução da participação dos recursos destinados à saúde relativamente ao tesouro do Estado. Recursos iniciais sem bloqueio. 1976-1984.....	29
2.	Evolução da participação das despesas realizadas pela saúde relativamente às efetuadas pelo Estado, 1976-1984	30
3.	Evolução da participação dos recursos iniciais, sem bloqueio, da saúde relativamente à receita do Estado, 1976-1984	32
4.	Evolução da despesa com saúde relativamente às despesas realizadas da receita do Estado, 1976-1984	34
5.	Variação anual do orçamento inicial e realizado final do Estado, comparativamente à do IGP, Paraná, 1977-1984	37
6.	Variação anual do orçamento inicial e realizado final da SESB comparativamente a do IGP, Paraná, 1977-1984	38
7.	Crescimento relativo dos serviços e postos de saúde de Londrina, 1978-1984	79

LISTA DE SIGLAS

AIS	- Ações Integradas de Saúde
APO	- Área de Programação Orçamentária
APS	- Assistência Primária de Saúde
ASMS	- Autarquia do Serviço Municipal de Saúde
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CIPLAN	- Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação
CMI	- Coeficiente de Mortalidade Infantil
CONASP	- Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CPI	- Comissão Parlamentar de Inquérito
CPM	- Centro Psiquiátrico Metropolitano
DS	- Distrito Sanitário
DSM	- Distrito Sanitário Metropolitano
FHP	- Fundação Hospitalar do Paraná
FIBGE	- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FSCMR	- Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha
GPS	- Grupo de Planejamento Setorial
IAM	- Instituto de Assistência ao Menor
ICM	- Imposto sobre Circulação de Mercadorias
IGP	- Índice Geral de Preços
IMP	- Índice de Mortalidade Proporcional
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPC	- Índice Nacional de Preços ao Consumidor
IPI	- Imposto sobre Produtos Industrializados
IR	- Imposto de Renda
MEC	- Ministério de Educação e Cultura
MI	- Ministério do Interior
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PAM	- Posto de Assistência Médica

PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PIB	- Produto Interno Bruto
PML	- Prefeitura Municipal de Londrina
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPREPS	- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PREV-SAÚDE	- Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROMOPAR	- Fundação de Promoção Social do Paraná
SEPLAN	- Secretaria de Planejamento da Presidência da República
SES	- Secretarias Estaduais de Saúde
SESB	- Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social
SSPS	- Secretaria de Saúde e Promoção Social
SUDESUL	- Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul
US	- Unidade Sanitária

RESUMO

Para se avaliar as possibilidades de expansão dos serviços municipais de saúde no Paraná procurou-se, primeiramente, fazer um diagnóstico do conjunto de serviços existentes no Estado. Em seguida, foram pesquisadas as variáveis envolvidas com as possibilidades de expansão e realizado um estudo de caso sobre os serviços da Prefeitura Municipal de Londrina, que se constituem na rede municipal mais antiga do Paraná.

Concluiu-se que existem variáveis favoráveis à municipalização como índices razoavelmente elevados de população aglomerada, distribuição territorial bastante homogênea dos maiores municípios, boa capilaridade da rede de unidades sanitárias do Estado e conjuntura politicamente favorável.

Os principais entraves detectados encontram-se na área financeira, como a estrutura tributária nacional e o perfil de arrecadação do tesouro do Estado, bem como os percentuais de recursos do Estado destinados à área da saúde.

Quanto ao município de Londrina a análise dos serviços reforça a idéia de viabilidade da municipalização e oferece dados que poderão orientar futuros serviços semelhantes.

SUMMARY

The evaluation of the possible expansion of municipal health services began, initially, with a diagnosis of the existing health services throughout the state of Parana. At a second stage certain variables thought to be relevant to this possible expansion were analyzed.

It was felt that there are variables favouring the locally-based expansion including the reasonably high indicators of population clusters, homogeneous territorial distribution of the larger cities, the wide distribution of the state sanitary units network, favorable political circumstances.

The main obstacles encountered are in the financial sector, including the structure of the Brazilian rates and taxes, and the organization of collection by the state treasury as well as the resource percentages destined for health by the state government.

The study above is illustrated by a case-study that involves health services of the city of Londrina, which are among the oldest in the state of Paraná, in the south of Brazil.

This analysis of the health services of the city of Londrina has led to a reinforcement of the viability of expansion at a local level and offer data which may serve as a model for similar services in the future.

I - INTRODUÇÃO

A necessidade de se estudar as possibilidades de expansão dos serviços municipais de saúde surgiu de algumas observações práticas. De fato, nos últimos anos, algumas Prefeituras Municipais têm implantado sistemas próprios de serviços de saúde, entretanto; a motivação inicial adveio do acompanhamento da implementação do serviço municipal de saúde da Prefeitura de Londrina - Paraná.

A experiência da Prefeitura Municipal de Londrina iniciou-se em 1970, quando o poder público municipal associou-se à Universidade Estadual de Londrina para a implantação de dois postos de saúde em bairros periféricos. Entretanto, daquela parte até 1977, os serviços pouco se expandiram e o papel desempenhado pela municipalidade foi de pequena importância. Em 1977, a Prefeitura, através de sua Secretaria de Saúde e Promoção Social, retoma, independentemente da Universidade, o processo de expansão dos serviços, instalando, até o final de 1984, 17 postos de saúde, dos quais 12 na periferia urbana e 5 nos distritos rurais. Para que se possa avaliar o crescimento do serviço basta citar que, em 1984, trabalhavam no mesmo 39 auxiliares de saúde, 8 médicos em tempo parcial, 5 em tempo integral, 4 enfermeiras em tempo integral, 1 em tempo parcial, 36 pessoas no setor administrativo e de apoio, entre outros funcionários (*). Estes fatos evidenciam ser possível a implantação de serviço municipal de saúde, colocando a indagação acerca da sua reprodutividade em outros municípios.

(*) Dados obtidos junto à Secretaria de Saúde e Promoção Social do Município de Londrina.

II - JUSTIFICATIVA

A partir da década de 30, o Brasil começa a experimentar mudanças de orientação nos serviços de saúde que, por razões de ordem econômica, social e política, paulatinamente vão deixando de enfatizar as ações de caráter coletivo, prestadas pelos serviços tradicionais de Saúde Pública, para enfatizar a assistência médica individualizada (Donnangelo, 1975; Luz, 1978; Luz, 1979).

A tendência se consolida a partir da década de 60, quando a Previdência Social se firma como o principal órgão financiador dos serviços de saúde (Braga, 1978).

A assistência médica individualizada, hegemônica a partir dos anos sessenta, ganha contornos nítidos na década de 70 e passa a definir o perfil da política nacional de saúde. Tal política passa a privilegiar a privatização dos serviços, financiados pela Previdência Social, estimula o desenvolvimento das atividades hospitalares, a especialização e o uso de tecnologias sofisticadas (Cordoní, 1979). Numa palavra, a acumulação de capital passa a se realizar no setor saúde sob o patrocínio da Previdência Social.

Entretanto, surgem em meados da década de 70, alguns indícios de reorientação dessa política. O Ministério da Saúde, à margem desse processo recente de acumulação capitalista no setor que, desde 1970, não experimentava aumentos significativos em seus recursos financeiros (o maior aumento entre 1970 e 1975 foi de 3,4% em 1972, em relação ao ano anterior), tem um aumento de 35,7% em 1975 com relação à 1974 (Braga, 1979).

É também, principalmente a partir de 1975 que se observam algumas iniciativas de expansão de serviços sob o patrocínio do Ministério da Saúde e de Secretarias Estaduais de Saúde.

São criados o Sistema Integrado de Saúde no Norte de Minas (este em 1972), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Em São Paulo, são operadas algumas transformações na Secretaria da Saúde - como a reforma administrativa e a formação e contratação de mais de uma centena de novos sanitaristas - visando a ampliação da cobertura e da eficácia da rede de saúde do Estado.

Entretanto, esta expansão da Saúde Pública dar-se-á não mais com ênfase nas medidas de caráter coletivo. Embora os serviços criados ou reativados implementem também ações de saúde de alcance coletivo (medidas tradicionalmente atribuídas à Saúde Pública), a ênfase tem recaído na extensão de serviços assistenciais individualizados, o que pode ser apreendido examinando-se os programas mencionados (*). É a própria necessidade de ampliação da assistência médica que está, em grande parte, determinando a expansão da Saúde Pública.

As razões desta expansão podem ser entendidas ao se examinar a crise financeira da Previdência Social e a politização do setor saúde.

A crise da Previdência, que emerge em 1980, é o produto do aumento, desproporcional à receita, das despesas (inclusive com assistência médica) e da redução da receita (Lima & Pucu, 1981), agravada pela recessão econômica.

A politização do setor saúde é produto da conjugação da deterioração dos níveis de saúde com a incorporação de padrões urbanos de consumo, o que inclui os serviços de saúde (Cordoni, 1979).

Esta expansão dos serviços públicos irá se realizar frequentemente de forma a possibilitar a extensão de serviços assistenciais individualizados a baixos custos. Os modelos as-

(*) Veja-se, por exemplo, a análise do PIASS, do Programa integrado de saúde do Norte de Minas e a experiência de Londrina (Cordoni, 1979).

sistenciais propostos, todos sob a égide da racionalização - simplificação, inserem-se ora em propostas mais restritas, como a da Medicina Comunitária, ora em propostas mais amplas, como a de Assistência Primária de Saúde (*).

(*) A medicina Comunitária é resumida por Donnangelo (1976) como "extensão de serviços médicos através de uma simplificação - ampliação das técnicas em jogo, com a participação da comunidade..."

Não ultrapassa, entretanto, os limites de um programa de assistência social.

Já a Assistência Primária de Saúde situa os serviços médico-assistenciais num contexto mais amplo de cuidados primários de saúde que abrange atividades multi-setoriais como educação, saneamento, alimentação. Estabelece a necessidade de ... "reorientação do sistema existente no sentido de assegurar que todos os níveis do sistema de saúde apoiem os cuidados primários, facilitando o encaminhamento de pacientes e a consulta quanto a problemas de saúde..." (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1979), deixando claro a necessidade de hierarquização de assistência à saúde. Ademais, a proposta de cuidados primários de saúde, por ter surgido de uma conferência internacional onde os governos estiveram oficialmente representados, nasce com a chancela institucional.

São características principais de tais modelos: a implementação conjunta de atividades preventivas e curativas, hierarquização de serviços e profissionais - o que leva a dar ênfase à criação de Unidades de Saúde descentralizadas e ao emprego de auxiliares de saúde, muitas vezes trabalhando com funções médicas delegadas, e de médicos generalistas (Almeida, 1979).

Vasta literatura tem se ocupado da análise destes modelos racionalizadores, ora saudados como panacéia para os problemas de saúde, ora apontados como inócuos, tendo em vista a gênese social das doenças. Em verdade, nenhuma das duas posições corresponde à realidade. A idealização destes modelos é feita à imagem da demanda por serviços de saúde, onde prevalecem as situações simples, de fácil diagnóstico e que requerem, em geral, medidas também simples e, na maioria das vezes, eficazes. Esta idealização baseia-se também na constatação do encarecimento progressivo do cuidado médico (Herrell, 1980; Golding & Tosey, 1980), sem a correspondente melhoria do nível de saúde das populações. Embora seja uma afirmação difícil de ser comprovada, parece haver poucas dúvidas de que a adoção de modelos de serviço como o de Assistência Primária de Saúde contribua eficazmente para a melhoria do nível de saúde, dentro dos limites em que os serviços de saúde podem contribuir para isto.

Ademais, serviços de saúde constituem uma necessidade que vem se incorporando progressivamente nas populações, notadamente naquelas urbanizadas. É dever dos profissionais procurar formas de serviços mais adequadas à demanda e mais eficazes. O modelo de APS parece corresponder a estes requisitos.

A ênfase dada pelo modelo de APS aos cuidados primários (posto que o mesmo não exclui os outros níveis de assistência), sugere ser o Município esfera privilegiada para a adoção de tal modelo.

Por um lado, é a Prefeitura Municipal o nível de governo mais próximo da população, e por isto aquele que primeiro e mais intensamente sofre as pressões de demanda por atendimento. Por

outro lado, os cuidados básicos de saúde, utilizando tecnologias simplificadas colocam a possibilidade da implementação de serviços municipais. É de se indagar se os recursos financeiros, técnicos e humanos para a instalação de serviços de cuidados básicos estão ao alcance das Prefeituras Municipais (*).

(*) Sem entrar no mérito da história das competências e atribuições dos Municípios, vale ressaltar que a questão da municipalização de serviços de saúde encontra como marcos mais recentes a III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963 e a Lei 6229, de 17/07/75, que institui o Sistema Nacional de Saúde (Almeida, 1979).

As recomendações da III Conferência Nacional de Saúde visavam descentralizar os serviços como forma de ampliar a cobertura médico-sanitária, prevendo auxílio técnico e financeiro da União e dos Estados (Brasil, Ministério da Saúde, 1963). Já a Lei 6229, embora mencione as atribuições do Município, não faz referência aos meios técnicos e financeiros para sua execução. Não houve, portanto, em termos de diretrizes emanadas das instituições oficiais, tendência ao estímulo da municipalização.

A possibilidade de desenvolvimento destes modelos está contida na sua racionalidade, que permite a expansão da cobertura com recursos relativamente escassos, respondendo portanto, às exigências do Estado ao setor saúde visando à sua (do Estado) preservação, com um mínimo de prejuízos para o setor privado da assistência médica encastelado na Previdência Social.

São exemplos desta possibilidade as experiências mais antigas como as prefeituras municipais de Campinas, São José dos Campos, Niteroi, e no Paraná, Curitiba e Londrina, entre outras, que se têm caracterizado pela implantação de redes básicas de saúde.

Com o que foi mencionado até o presente pode-se formular a hipótese que o presente trabalho coloca para verificação: existem possibilidades de se expandir serviços municipais de saúde calcados no modelo de Assistência Primária de Saúde?

III - OBJETIVO GERAL

Avaliar as possibilidades de expansão dos serviços de saúde a nível de Prefeituras Municipais no Paraná.

IV - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 - Analisar a evolução de fatores determinantes da demanda por serviços de saúde.
 - 2 - Analisar a evolução de fatores determinantes da oferta de serviços de saúde.
-

- 3 - Identificar, a partir de uma experiência concreta, as dificuldades para a implantação de um serviço municipal de saúde.

V - METODOLOGIA

As possibilidades de expansão dos serviços de saúde municipais foram analisadas enquanto produto de fatores que atuam predominantemente sobre a oferta ou sobre a demanda.

Pela sua relevância, selecionou-se, como objeto de análise, entre os fatores predominantemente ligados à demanda, o nível de saúde e as transformações demográficas; e entre os fatores predominantemente ligados à oferta, a disponibilidade atual de serviços, a política nacional de saúde e a política tributária.

A análise dos fatores condicionantes foi complementada pela verificação de como se processou a implantação recente de um serviço municipal por meio de um estudo de caso, o da Prefeitura Municipal de Londrina.

As considerações acima permitiram a divisão do trabalho em seis itens:

- 1 - Análise do nível de saúde no Paraná,
- 2 - Análise demográfica do Paraná,
- 3 - Análise dos serviços de saúde do Paraná,
- 4 - Análise da política tributária,
- 5 - Análise da política nacional de Saúde,
- 6 - Estudo do serviço de saúde da Prefeitura Municipal de Londrina.

A avaliação do nível de saúde foi realizada por meio dos seguintes indicadores: Coeficiente de Mortalidade Infantil - Índice de Mortalidade Infantil Proporcional - Coeficiente de Mortalidade por causas. Foram levantados ainda dados relativos à renda, tomados como indicadores indiretos de saúde.

Os eventos demográficos estudados foram: a evolução demográfica do Estado, evoluções demográficas regionais, o pro-

cesso de urbanização e o desenvolvimento de polos regionais.

Para a análise dos serviços de saúde procedeu-se ao estudo dos serviços de saúde em geral e dos serviços estaduais, além do levantamento dos municipais existentes. Quanto à assistência à saúde em geral, foram levantados dados publicados relativos ao financiamento da rede hospitalar; à caracterização da mesma quanto ao caráter - público, privado, filantrópico; às internações hospitalares; à especialização e quanto à distribuição dos leitos hospitalares. Os serviços estaduais foram estudados analisando-se o orçamento da Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social, a capacidade instalada da rede estadual e dos serviços municipais e a produção de serviços. Os serviços municipais existentes foram levantados dos registros da SESB.

A política nacional de saúde foi analisada através de pesquisa bibliográfica visando avaliar suas diretrizes e tendências para que se possa inferir se a mesma abre possibilidades para a municipalização de serviços.

A política tributária foi estudada por meio da revisão da legislação recente e da análise da situação financeira atual das Prefeituras Municipais.

O estudo de caso sobre os serviços municipais de Londrina contemplaram o levantamento do histórico da implantação do mesmo, sua organização, evolução orçamentária, a produção de serviços e as principais dificuldades para sua implementação.

VI - RESULTADOS E DISCUSSÕES

1 - ANÁLISE DO NÍVEL DE SAÚDE NO PARANÁ

1.1 - Mortalidade infantil e mortalidade infantil proporcional

São apresentados a seguir Coeficientes do Mortalidade Infantil (CMI) e Índices de Mortalidade Proporcional para menores de 1 ano (IMP) no Brasil e Paraná, em séries históricas, bem como o CMI e IMP para o Brasil, Paraná e alguns países em anos próximos a 1980.

Tabela 1 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, BRASIL E PARANÁ, 1970 - 1982.

ANO	BRASIL	PARANÁ
1970	92.0	80.9
1971	98.5	86.8
1972	91.0	51.8
1973	103.5	68.2
1974	93.5	69.3
1975	102.4	71.9
1976	99.9	64.1
1977	85.2	64.1
1978	67.6	59.5
1979	67.4	56.3
1980	65.2	53.3
1981	60.6	47.1
1982	55.2	41.6
1983	----	42.6
1984	----	43.7

FONTE: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha,
YUNES, J., 1981;
YUNES, J. & RONCHEZEL; V.S.C., 1974.

A tabela 1 apresenta a evolução dos Coeficientes de Mortalidade Infantil tanto para o Brasil quanto para o Paraná.

Salienta-se que, com a implantação do Sistema Nacional de Mortalidade em 1975, as tendências dos coeficientes tornam-se menos oscilantes e em sentido decrescente. O subregistro de mortalidade está embutido nos coeficientes de todas as regiões de forma que, ainda que possam ser diferentes as grandezas reais, torna-se válido o estudo comparativo tanto intergeográfico em tempo fixo, como, é principalmente, intrageográfico em variações temporais.

Devido a imensuração de subregistro não se pode tomar os valores como absolutamente corretos. Entretanto, variações muito elevadas devem ser consideradas.

O Paraná apresenta Coeficientes de Mortalidade Infantil inferiores aos do Brasil em todos os tempos estudados e tem uma tendência decrescente a partir de 1975, com exceção de 1984, quando mostra sinais de aumento do coeficiente.

Deve-se aguardar, no entanto, mais alguns anos para se poder avaliar se esta tendência se consolida ou se foi consequência isolada do período recessivo que assolou o País. Resta salientar que a consolidação do acréscimo poderá ainda ser fruto de piores condições de vida da população como também melhoria do registro da mortalidade.

Tabela 2 - ÍNDICE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL DE
MENORES DE 1 ANO, BRASIL E PARANÁ,
1970-1982.

ANO	BRASIL	PARANÁ
1970	27.0	31,5
1971	27.7	31.7
1972	26.3	29.8
1973	28.0	29.8
1974	28.8	29.3
1975	31.4	30.0
1976	30.3	27.5
1977	28.3	28.5
1978	26.5	26.4
1979	25.5	24.9
1980	24.0	22.2
1981	23.1	20.8
1982	22.1	20.3
1983	----	17.8
1984	----	16.6

FONTE: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha.

YUNES, J., 1981;

YUNES, J., & RONCHEZEL, V.S.C., 1974.

A mortalidade proporcional de menores de 1 ano é estudada através da tabela 2.

Entende-se por Índice de Mortalidade Proporcional (IMP), por idade, a proporção de óbitos que ocorreram em uma determinada idade ou faixa etária, em cada 100 óbitos totais registrados.

Este Índice sofre pouca influência do subregistro de mortalidade e serve melhor para comparações.

Ainda assim, o ano de 1975 assume um ponto de corte importante para o estudo. A partir deste ano padronizou-se a coleta e o tratamento dos dados de mortalidade.

Percebe-se que os percentuais de óbitos de menores de 1 ano, de maneira geral, são maiores para o Brasil do que para

o Paraná e em ambos os casos a tendência é decrescente no período em foco.

Tabela 3 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL E ÍNDICE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL PARA MENORES DE 1 ANO, NO BRASIL, PARANÁ E ALGUNS PAÍSES EM ANOS PRÓXIMOS A 1980.

	CMI (por mil nV)	IMP (por cem óbitos)
Chile (1982)	23.6	9.19
Guatemala (1979)	69.7	30.79
EUA (1980)	12.6	2.28
Japão (1982)	6.6	1.40
Austria (1980)	14.3	1.41
Bulgária (1981)	18.9	2.46
Suécia (1982)	6.8	0.70
Colômbia (1977)	39.5	21.89
Egito (1979)	76.1	28.08
Cuba (1978)	22.4	6.03
Portugal (1979)	26.0	4.50
Espanha (1979)	14.4	2.94
Brasil (1980)	65.2	23.98
Paraná (1983)	42.6	17.82

FONTE: BRASIL: Estatísticas de Mortalidade, 1980.
 PARANÁ: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha;
 Demais Países: World health statistics annual,
 1981-1984,

A tabela 3 compara Coeficientes de Mortalidade Infantil e Índices de Mortalidade Proporcional de menores de 1 ano. Pode-se observar que o Brasil ostenta índices bastante superiores a outras regiões. Vale dizer, encontra-se em piores condições de saúde até mesmo em relação a países pouco desenvolvidos. O mesmo comentário pode ser feito com relação ao Paraná, embora sua situação seja melhor do que a do País como um todo.

1.2 - Coeficiente de mortalidade por causas

A distribuição percentual dos óbitos por grupos de causa é apresentada na tabela 4, comparativamente entre Paraná, Brasil e algumas regiões da OMS, tendo como ano base 1980. Os grupos de causa foram reordenados de forma que abrangessem racionalmente as causas mais relacionadas à pobreza (grupo A), as causas crônicas (grupo C) e as mal definidas englobadas com as demais causas não estudadas separadamente (grupo F). Os outros grupos estudados correspondem aos grupos da tabulação básica (CID 9).

Tabela 4 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ÓBITOS POR GRUPOS DE CAUSA, PARANÁ E ALGUMAS REGIÕES DA OMS, 1980.

REGIÕES	GRUPOS DE CAUSA (*)					
	A	B	C	D	E	F
PARANÁ	14.9	9.1	29.6	7.1	11.3	28.0
BRASIL	15.2	8.2	29.1	6.9	9.4	31.2
ÁFRICA	49.6	2.9	11.7	8.6	3.8	23.4
AMÉRICAS	20.2	13.9	36.5	5.5	7.1	16.7
Países em desenv.	31.1	9.0	24.5	8.3	6.3	20.7
Países desenvol.	3.7	21.5	54.5	1.2	8.4	10.7
EUROPA	11.4	17.0	50.5	2.4	5.7	13.0
Países em desenv.	38.8	5.9	18.6	8.8	4.8	23.2
Países desenvol.	8.6	18.1	53.8	1.8	5.8	11.9

FONTE: PARANÁ: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha;
Demais Regiões: World health statistics annual,
1981-1984.

(*) A = Doenças Infecciosas e Parasitárias, incluindo certas doenças respiratórias (01-07, 320-323)**

B = Neoplasias.

C = Doenças do Aparelho Circulatório e algumas doenças de-

generativas (25-30, 181, 341, 347, 350) **

D = Afecções originadas no período perinatal.

E = Causas externas.

F = Todas as demais e causas mal definidas.

** Códigos da Lista Básica de Tabulação - CID 9.

Em todos os grupos estudados, o Paraná se situa em posição intermediária, com um balanço percentual relativo superior ao Brasil, África, Países em desenvolvimento europeus e inferior às Américas como um todo e aos Países desenvolvidos europeus.

Esta situação intermediária é refletida não apenas na distribuição das causas de óbito como também nos outros coeficientes já estudados.

A tabela 5 mostra a evolução da mortalidade por grupos de causa no Paraná.

Tabela 5 - MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSA, SÉRIE HISTÓRICA DO PARANÁ, 1977-1984 (coeficiente por 100.000 habitantes)

GRUPOS DE CAUSA	ANO							
	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
D.DO AP.CIRCUL.	139.7	146.7	153.7	168.2	172.0	166.8	172.2	169.8
MAL DEFINIDAS	114.7	130.1	106.8	113.7	104.7	93.9	97.1	94.5
D.INF.E PARAS.	88.3	71.6	62.1	57.4	46.2	41.1	37.7	41.6
CAUSAS EXTERNAS	70.8	65.5	69.0	70.9	70.7	67.7	65.0	62.3
D.DO AP.RESPIR.	60.8	52.0	45.2	40.3	34.4	38.9	35.5	39.4
NEOPLASIAS	49.7	48.4	52.7	56.9	55.0	53.3	54.7	54.5
PERINATAIS	35.7	37.7	43.6	44.7	45.6	45.3	39.3	33.0
TRANST.METABOL.	16.6	21.0	22.6	23.5	21.8	14.2	16.6	15.6
D.DO AP.DIGEST.	18.4	18.1	19.8	20.9	20.0	18.3	19.4	19.9
ANOM.CONGENITAS	8.3	9.1	10.1	9.2	9.8	9.8	9.6	8.2

FONTE: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha.

Os fatos de as doenças do aparelho circulatório serem a principal causa de morte e as causas externas e neoplasias ocuparem lugar de destaque (terceira e quarta causas em 1984), revelam que o perfil da mortalidade começa a assumir padrões próprios de regiões urbanizadas, como os dos países desenvolvidos.

Por outro lado, a importância ocupada pelas causas mal definidas (segundo lugar em todos os anos) permitem inferir que há precariedade na assistência à Saúde, o que resulta em ausência ou precariedade na identificação das causas de óbito.

Embora deslocadas para posições de menor destaque, as doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório (as quais englobam algumas infecciosas) ainda significam importantes causas de morte.

Quando se considera a população de menores de 1 ano segundo dados fornecidos pela Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha (1985), as doenças infecciosas e parasitárias passam a ocupar, em 1984, o segundo lugar. Entre estas, destacam-se as doenças infecciosas intestinais, o sarampo e as septicemias. Destas, as doenças infecciosas intestinais são, em grande parte, preveníveis pelo saneamento básico e combatíveis eficazmente por modernas práticas de reidratação oral; o sarampo é prevenível pela vacinação e as septicemias, evitáveis, muitas vezes, pelo atendimento precoce.

1.3 - Renda

O nível de renda de uma população não é, necessariamente, um indicador indireto da saúde. Entretanto, em populações urbanizadas aumenta a dependência da renda para a obtenção dos bens e serviços determinantes da saúde. Considerando que o Paraná passa por intenso movimento de urbanização contando, em 1984, com aproximadamente 60% de população urbana, o

nível de renda assume considerável importância para se aquilatar as condições de obtenção de bens e serviços importantes na preservação da saúde de grande parte da população do Estado.

Tabela 6 - PERCENTUAL DE PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS, POR SEXO E SITUAÇÃO DE DOMÍCIO, SEGUNDO AS CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL, PARANÁ, 1984.

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL	SEXO		SIT. DE DOMÍCIO		TOTAL
	HOMENS	MULHERES	URBANA	RURAL	
Sem Rendimento (1)	17.60	31.25	8.54	42.76	21.96
Até 1 SM	19.12	34.91	25.89	21.32	24.16
De 1 a 2 SM....	23.59	17.46	24.69	16.90	21.63
Mais de 2 SM	39.60	16.23	40.66	18.93	32.14
Sem Declaração	0.09	0.15	0.12	0.09	0.11
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

FONTE: FIBGE. PNAD, 1984.

(1) inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

A tabela 6 mostra a distribuição percentual das pessoas economicamente ativas no Estado, em classes de rendimento mensal, segundo o sexo e a situação de domicílio. Tomando a população que recebe de zero a um salário mínimo, percebe-se que o percentual englobado para homens é de elevada proporção (36,72%) e para as mulheres economicamente ativas este percentual é da ordem de 66,16%. Isto demonstra que pouco mais de um terço da população produtiva masculina do Estado percebe menos do que o salário mínimo por mês e dois terços das mulheres aí também se incluem.

A zona rural comporta 64,08% de trabalhadores que percebem menos do que o salário mínimo, enquanto que na área urbana este percentual é de 34,4%.

Embora haja diferenças importantes entre os grupos po-

pulacionais estudados, é importante ressaltar que mesmo os menores percentuais encontrados abaixo de um salário mínimo são de grandeza suficiente para que se possa inferir o quadro de pobreza que afeta a saúde da população.

2 - Análise demográfica

Na década de 70 o Brasil experimentou um crescimento demográfico a taxas médias geométricas anuais de 2,48%. O crescimento demográfico do Paraná, que nas últimas décadas sempre foi superior ao do brasileiro (tabela 7), caiu para 0,96% ao ano, na última década (FIBGE, 1981).

Tabela 7 - TAXAS MÉDIAS GEOMÉTRICAS ANUAIS DE CRESCIMENTO, POR DÉCADAS, DO BRASIL E PARANÁ - (1940-1980).

DECÊNIO	TAXAS MÉDIAS GEOMÉTRICAS (100 hab.)	
	BRASIL	PARANÁ
1940/1950	2.39	5,51
1950/1960	2.99	7.28
1960/1970	2.89	4.98
1970/1980	2.48	0.96

FONTE: FIBGE, 1981

O Paraná abrigava em 1970, 6.936.743 pessoas residentes. Crescendo à taxa brasileira da década de 70, o Paraná apresentaria em 1980 uma população de 8.862.311 habitantes. O último censo revelou a existência de apenas 7.630.466 pessoas residentes no Estado, o que indica ter havido um saldo migratório negativo mínimo de 1.231.845 habitantes (17.76% da população recenseada em 1970 ou 16.14% da população recenseada em 1980).

Esta situação revela que, na última década, o Estado deixou de oferecer condições adequadas de subsistência pa-

ra grandes contingentes populacionais. As famílias que emigraram, até a tomada desta decisão, certamente passaram por determinado período em busca de condições de subsistência, as quais, relevando-se progressivamente mais precária, levaram à decisão de partir. É possível, portanto, que o movimento migratório para fora do Paraná seja acompanhado, em grande parte, de uma deterioração do nível de vida com reflexos negativos sobre o nível de saúde.

Quanto ao planejamento de serviços de saúde pode-se dizer que as baixas taxas de crescimento populacional constituem-se em fator facilitador para se atingir mais rapidamente as coberturas adequadas.

A proporção de população urbana passou de 36.40% em 1970 para 58.60% em 1980, denotando considerável esvaziamento do campo, sendo, entretanto, ainda bastante expressivo o contingente de população rural (FIBGE, 1981).

Somando-se à população urbana (4.473.541 habitantes) a população residente em aglomerados rurais (102.846 habitantes) tem-se a população aglomerada do Estado, que perfaz 4.576.387 pessoas, correspondendo a 59.97% da população total (FIBGE, 1981). Este é o contingente em situação de relativa facilidade para receber coberturas adequadas de serviços de saúde.

A década de 70 assistiu, no Paraná, a um esvaziamento da maior parte de seus municípios. Dos municípios paranaenses, 59.66% tiveram suas populações diminuídas, 25.52% cresceram a taxas inferiores à brasileira e apenas 14.82% tiveram aumentos populacionais acima da taxa brasileira da década (FIBGE, 1981). Desta forma, 85.18% dos municípios apresentaram saldo migratório negativo (tabela 8). Em anexo, estão relacionados os 290 municípios recenseados, com suas respectivas taxas anuais de crescimento (anexo 1).

Tabela 8 - DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARANAENSES SE-
GUNDO A TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL (1970-1980)

TAXA DE CRESCIMENTO MÉDIO ANUAL	Nº DE MU- NICÍPIOS	%
Negativa	173	59.66
0 a 2.48%	74	25.52
> de 2.48%	43	14.82
TOTAL	290	100.00

FONTE: FIBGE, 1981

Observando-se a distribuição dos municípios, de acordo com sua evolução demográfica, verifica-se que os decréscimos populacionais localizam-se predominantemente no norte e em parte do oeste do Estado. O crescimento médio foi pouco frequente e concentrou-se na região sul. As áreas de grande crescimento populacional concentram-se em alguns municípios do oeste e da região metropolitana de Curitiba.

Qualquer planejamento de serviços municipais de saúde deve levar em consideração a previsão de crescimento da demanda. Os dados censitários acima aportam uma contribuição poderável para tal previsão.

Os dez municípios mais populosos do Paraná, suas respectivas populações e taxas médias de crescimento anual na década de 70, bem como suas localizações nas mesorregiões encontram-se na tabela 9.

Tabela 9 - MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS, MESORREGIÕES ONDE SE LOCALIZAM, RESPECTIVAS POPULAÇÕES E TAXAS MÉDIAS GEOMÉTRICAS DE CRESCIMENTO ANUAL, PARANÁ, 1984.

N. DE ORDEM	MUNICÍPIO	MESORREGIÃO	POPULAÇÃO	TAXA DE CRESCIMENTO (1970 - 1980)
01	Curitiba	Curitiba	1.253.540	5.36
02	Londrina	Norte	340.336	2.82
03	Ponta Grossa	Leste	219.948	3.93
04	Cascavel	Oeste	204.297	6.22
05	Maringá	Norte	193.639	3.31
06	Foz do Iguaçu	Oeste	179.015	14.90
07	Guarapuava	Oeste	145.380	3.55
08	Piraquara	Curitiba	103.438	9.27
09	Pitanga	Oeste	94.766	2.77
10	S.J.dos Pinhais	Curitiba	93.360	6.67

FONTE: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha.

Observa-se que os dez municípios mais populosos apresentam taxas médias geométricas anuais de crescimento superior a 2,48%, o que significa terem apresentado saldo migratório positivo na década. Curitiba e Cascavel tiveram grande crescimento (5,36% a 6,22% ao ano, respectivamente) e Foz do Iguaçu apresentou crescimento excepcional (14,90% ao ano) atribuível à construção da hidroelétrica de Itaipú. Reforçando a concentração populacional na área metropolitana, aparece como o décimo mais populoso o município de São José dos Pinhais, contíguo à Capital e como oitavo, Piraquara, também da região metropolitana. Em contrapartida, a região noroeste viu-se esvaziada de população, tanto que nenhuma de suas cidades figura entre as dez maiores.

Considerando-se a distribuição geográfica dos municípios acima (anexo 2) percebe-se que os mesmos se distribuem mais ou menos homogeneamente por todo o território do Estado, deixando vazios nas regiões nordeste e noroeste.

Resumindo, as cidades aqui considerados reúnem as seguintes características:

- são as maiores do Estado, o que permite supor que são dotadas de adequada infra estrutura urbana;

- apresentam altas taxas de crescimento demográfico, o que indica que continuarão, pelo menos a médio prazo, a ocupar posição de destaque quanto ao número de habitantes;

- o elevado número de habitantes, aliado aos altos índices de crescimento populacional, fazem de tais cidades polos regionais para onde convergem recursos humanos e materiais.

As características assinaladas colocam as cidades sob consideração como possíveis centros regionais de serviços, inclusive os de saúde.

Destas considerações exclui-se o município de Pitanga, de população quase exclusivamente rural, polo de atração de pequenos proprietários, visto que situa-se em região montanhosa, inadequada à mecanização da lavoura.

3 - ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PARANÁ

Para maior facilidade de compreensão dividiu-se a presente análise em duas partes: a assistência à saúde em geral (na maior parte das vezes financiada pela Previdência Social) e serviços estadual e municipais de saúde.

3.1 - Assistência à saúde em geral

As principais características dos serviços de saúde no Brasil são (Donnangelo, 1975; Mello, 1973; Mello, 1978):

- predomínio dos produtores privados na prestação de serviços financiados pela Previdência Social;
- concentração nos centros urbanos;
- excessiva especialização;

- sofisticação técnica (usando aparelhagem com avançada tecnologia);
- atendimento hospitalar exagerado;
- ênfase às atividades curativas em detrimento das preventivas;
- intervenções desnecessárias, ou em outro extremo, falta de intervenção, mesmo quando necessária.

Todas estas características levam a um encarecimento rápido e acentuado dos serviços e resultam em um atendimento de má qualidade e baixa cobertura.

O Paraná se comporta da mesma maneira. Levantamentos oficiais do Estado confirmam as afirmações acima.

Em 1972 a forma de remuneração dos hospitais no Estado obedecia à seguinte distribuição: 54.7% dos pacientes/dia, pagamento indireto; 21.0% pagamento direto e 24.3% não pagantes (SESB, 1975)*. Vale ressaltar que a quase totalidade do pagamento indireto era realizado pela Previdência Social.

A tabela 10 compara a distribuição dos hospitais do Estado em 1972 e dez anos depois, em 1982.

(*) Dados obtidos diretamente na SESB.

Tabela 10 - HOSPITAIS DO ESTADO SEGUNDO PROPRIEDADE E FINALIDADE, PARANÁ, 1972 a 1982.

HOSPITAIS	1972		1982	
	N.	%	N.	%
PROPRIEDADE				
Privado	483	89.4	556	90.0
Federal (*)	2	0.4	20	3.2
Estadual	17	3.2	18	2.9
Municipal	38	7.0	24	3.9
FINALIDADE				
Lucrativa	408	75.6	462	74.8
Não Lucrativa	58	10.7	62	10.0
Filantrópica	74	13.7	94	15.2
TOTAL	540	100.0	618	100.0

FONTE: 1972: SESB/SUDESUL - Diagnóstico institucional dos órgãos de saúde do Estado, 1975.

1982: M.S. Cadastro dos estabelecimentos de saúde, 1983.

(*) Os hospitais Federais são constituídos de hospitais militares, de sindicatos de trabalhadores e de empresas nacionais estatais.

Segundo a propriedade, observa-se que a instituição privada permanece inalterada (percentualmente); os hospitais federais crescem vertiginosamente (8 vezes percentualmente), e isto se deve principalmente ao fato de estarem nesta categoria os hospitais de Clínicas (MEC) e de outras instituições como Eletrosul, Itaipú Binacional.

Quanto à finalidade, muito pouco se alterou no quadro destes 10 anos. O que se vê é um pequeno aumento do percentual de hospitais filantrópicos, às custas de pequenas parcelas dos hospitais privados e não lucrativos. Dependendo do conceito que se faça de filantropia, então pode-se dizer que nada se alterou em dez anos, no tocante à finalidade dos hospitais do Paraná.

Com relação ao número de internações, dados de 1979 revelam que foram realizadas internações em 12.12% da população do Paraná (INAMPS, 1980), e isto corresponde a um excesso de 2.12% ao preconizado pelo próprio INAMPS. Se o denominador fosse apenas de previdenciários o excesso de internações seria maior ainda.

A especialização, entretanto, não atinge somente os profissionais médicos. A composição do quadro de todos os profissionais de saúde do estado mostra uma inversão na pirâmide desejável de profissionais. Alves, em 1980, publica que a relação médico/enfermeira era de 1:0.07 e a relação médico/auxiliar de enfermagem (incluído aí os atendentes) era de 1:1.48.

Considerando como suficiente a proporção de 2 leitos/1000 habitantes (resolução CIPLAN 03 de 25 de março de 1981), para a realidade nacional, nota-se através da tabela 11, que em 1976 com 3,8 leitos/1000 habitantes e em 1984, com 4.6 leitos/1000 habitantes a oferta média de leitos hospitalares no Estado está bastante acima do desejado.

Tabela 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES POR
1000 HABITANTES SEGUNDO OS DISTRITOS SA-
NITÁRIOS, PARANÁ, 1976 - 1984

DISTRITO SANITÁRIO		1976	1984
DSM	CURITIBA (*)	9.0	6.1
1	PARANAGUÁ	2.7	3.4
2	CURITIBA (**)	4.1	3.6
3	PONTA GROSSA	4.6	4.3
4	IRATI	2.9	3.2
5	GUARAPUAVA	2.8	3.9
6	UNIÃO DA VITÓRIA	3.1	3.5
7	PATO BRANCO	3.6	4.7
8	FRANCISCO BELTRÃO	3.2	4.7
9	FOZ DO IGUAÇU	3.0	2.9
10	CASCADEL	3.1	4.4
11	CAMPO MOURÃO	1.8	3.9
12	UMUARAMA	2.4	4.7
13	CIANORTE	1.7	4.6
14	PARANAVAÍ	3.0	4.3
15	MARINGÁ	3.4	4.3
16	APUCARANA	2.5	4.4
17	LONDRINA	4.1	4.2
18	CORNÉLIO PROCÓPIO	2.1	4.4
19	JACAREZINHO	2.4	4.1
TOTAL DO ESTADO		3.8	4.6

FONTE: 1976: Levantamento hospitalar do Estado do Paraná, 1978.

1984: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha.

(*) Área Metropolitana de Curitiba.

(**) Região Peri-metropolitana de Curitiba Norte e Sul.

Porém, quando se trata de estudar valores médios, muitos erros são cometidos. Na mesma tabela está demonstrada a distribuição dos leitos hospitalares entre as diversas regiões do Paraná. Ainda que estes coeficientes sejam também médias dos coeficientes dos municípios que compõem cada uma destas regiões, algumas diferenças já podem ser notadas. Se, em 1976, a concentração de leitos pesava mais nas regiões detentoras de grandes municípios, em 1984, embora isto ainda ocorra, houve uma redistribuição mais racional entre as regiões.

3.2 - Serviço Estadual e Municipais de Saúde

3.2.1 - Orçamento de gastos da Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social (SESB)

Para efeito desta análise destacou-se do orçamento e das despesas da SESB os recursos investidos em saúde, posto que a mesma secretaria é também responsável pela área de Bem-Estar Social e executa esta política através do Instituto de Assistência ao Menor (IAM) e da Fundação de Promoção Social do Paraná (PROMOPAR).

Consideraram-se, no período de 1976 a 1979, da dos orçamentários e financeiros da administração direta, responsável pela rede de centros de saúde e órgãos de apoio, e da Fundação Hospitalar do Paraná (FHP), vinculada à SESB e responsável pela rede hospitalar. De 1979 a 1984, os mesmos dados referem-se à administração direta e Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha (FSCMR), órgão vinculado à SESB, criado em 1979 e que passou a ser o responsável pela totalidade das ações de saúde desenvolvidas pelo Estado, absorvendo todas as unidades e praticamente todos os funcionários da área da saúde que, ou se desligaram da administração direta, sendo contratados pela FSCMR, ou foram colocados à disposição da referida Fundação.

Os dados foram levantados junto à Área de Programação Orçamentária (APO) do Grupo de Planejamento Setorial (GPS) da SESB, e nos resultados apresentados nos Balanços Gerais do Estado.

A seguir se apresentam as tabelas e gráficos dos recursos iniciais (orçamentários) e finais (despesas efetivamente realizadas) destinados à saúde, comparativamente com aqueles do Estado como um todo.

Tabela 12- RECURSOS INICIAIS (ORÇAMENTÁRIOS), SEM BLOQUEIOS, DO TESOIRO DO ESTADO E DESTINADOS À SAÚDE DE 1976 a 1984

Cr\$ Milhões

ANO	ESTADO 1	VARIAÇÃO ANUAL	SESB 2	VARIAÇÃO ANUAL	PARTICIPAÇÃO 2/1: %
1976	6.400	-	182	-	2,84
77	9.400	1,47	265	1,46	2,82
78	14.900	1,60	413	1,56	2,77
79	22.000	1,48	562	1,36	2,55
80	34.500	1,57	1.020	1,82	2,96
81	69.613	2,02	2.086	2,05	3,00
82	170.000	2,44	6.491	3,11	3,81
83	326.300	1,92	12.084	1,86	3,70
84	806.962	2,47	28.691	2,37	3,56

FONTE: Paraná, Secretaria do Planejamento, 1975-1983.

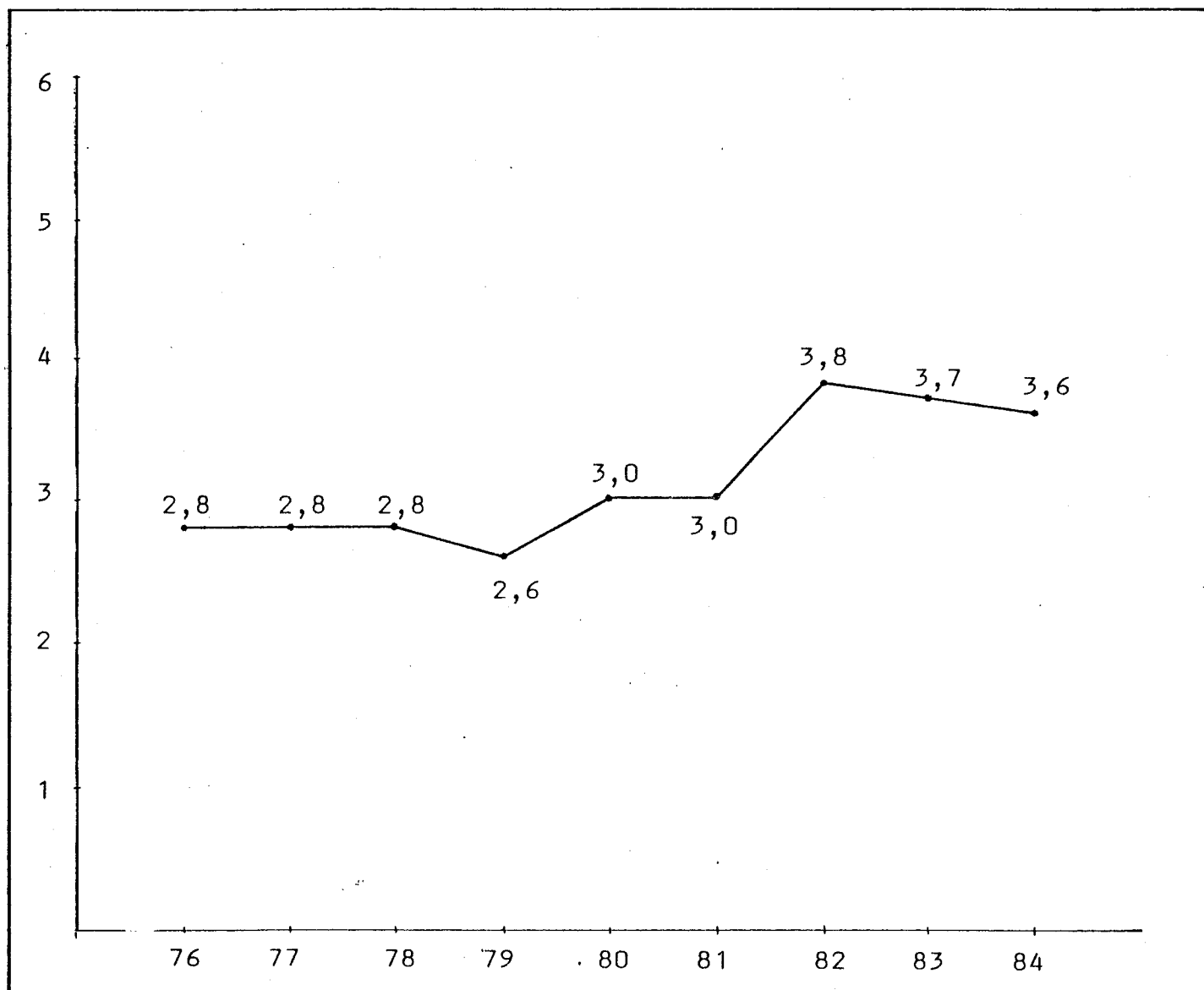
Tabela 13 - DESPESAS REALIZADAS PELO TESOIRO DO ESTADO E PELA SAÚDE DE 1976 a 1984

Cr\$ Milhões

ANO	ESTADO 1	VARIAÇÃO ANUAL	SESB 2	VARIAÇÃO ANUAL	PARTICIPAÇÃO 2/1: %
1976	6.696	-	212	-	3,17
77	8.560	1,28	272	1,28	3,18
78	14.704	1,72	396	1,46	2,69
79	21.933	1,49	551	1,39	2,51
80	43.033	1,96	1.135	2,06	2,64
81	93.376	2,17	3.122	2,75	3,34
82	170.431	1,83	7.004	2,24	4,11
83	427.208	2,51	13.313	1,90	3,12
84	1.378.342	3,23	47.093	3,53	3,42

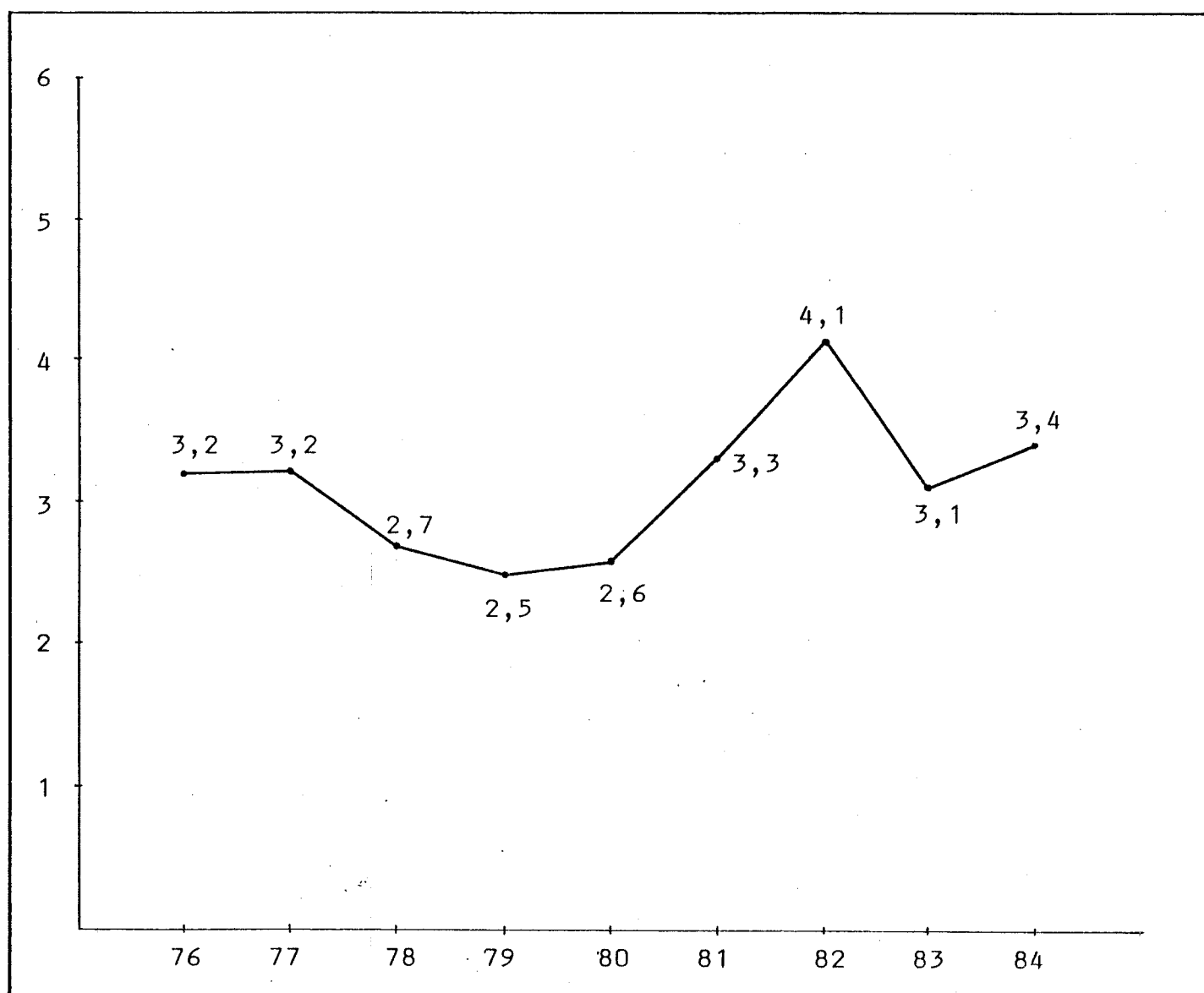
FONTE: Paraná, Secretaria das Finanças, 1977-1985.

GRÁFICO 1
EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS
À SAÚDE RELATIVAMENTE AO TESOIRO DO ESTADO.
RECURSOS INICIAIS SEM BLOQUEIOS.
1976 - 1984



FONTE. Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná

GRÁFICO 2
EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS REALIZADAS
PELA SAÚDE, RELATIVAMENTE ÀS EFETUADAS PELO ESTADO
1976 - 1984



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná.

Pode-se afirmar que os recursos destinados à Saúde Pública são reduzidos, sendo que o menor índice de participação tanto para recursos iniciais (tabela 12 e gráfico 1) como para recursos finais (tabela 13 e gráfico 2) ocorre em 1979.

A partir de 1980 esta participação começa a crescer, atingindo o máximo em 1982 para em seguida declinar, mas mantendo níveis superiores a 1981.

É de interesse também analisar o comportamento do orçamento e despesas com saúde frente ao orçamento e despesas da receita do Estado, entendida como receita, o total menos as transferências correntes, as transferências de capital e operações de crédito e constituída basicamente da arrecadação do I.C.M.

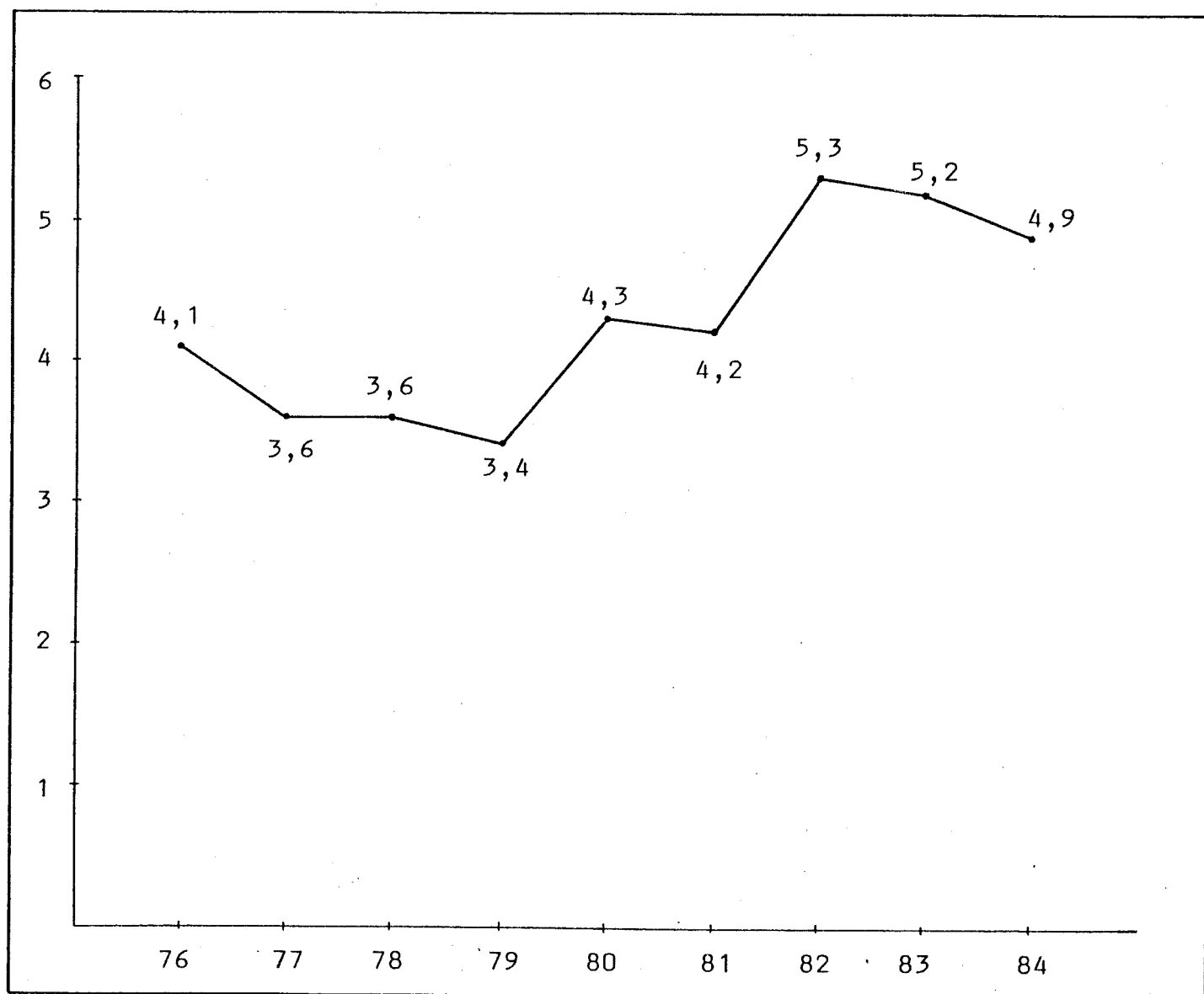
Tabela 14 - RECEITA DO ESTADO, RECURSOS INICIAIS SEM BLOQUEIO, DO ESTADO E DA SAÚDE, DE 1976 a 1984

Cr\$ Milhões

ANO	ESTADO	VARIAÇÃO ANUAL	SES	VARIAÇÃO ANUAL	PARTICIPAÇÃO
	1		2		2/1: %
1976	4.420	-	182	-	4,12
77	7.379	1,67	265	1,46	3,59
78	11.539	1,56	413	1,56	3,58
79	16.512	1,43	562	1,36	3,40
80	23.826	1,44	1.020	1,82	4,28
81	49.551	2,08	2.086	2,05	4,21
82	122.406	2,47	6.491	3,11	5,30
83	231.990	1,90	12.084	1,86	5,21
84	586.963	2,53	28.691	2,37	4,89

FONTE: Paraná, Secretaria do Planejamento, 1975 - 1983.

GRÁFICO 3
EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS RECURSOS INICIAIS, SEM BLOQUEIO,
DA SAÚDE RELATIVAMENTE À RECEITA DO ESTADO
1976 - 1984



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná

Tabela 15 - EVOLUÇÃO DA DESPESA COM SAÚDE, RELATIVAMENTE AOS GASTOS REALIZADOS DA RECEITA DO ESTADO. PARANÁ. 1976 - 1984

Cr\$ Milhões

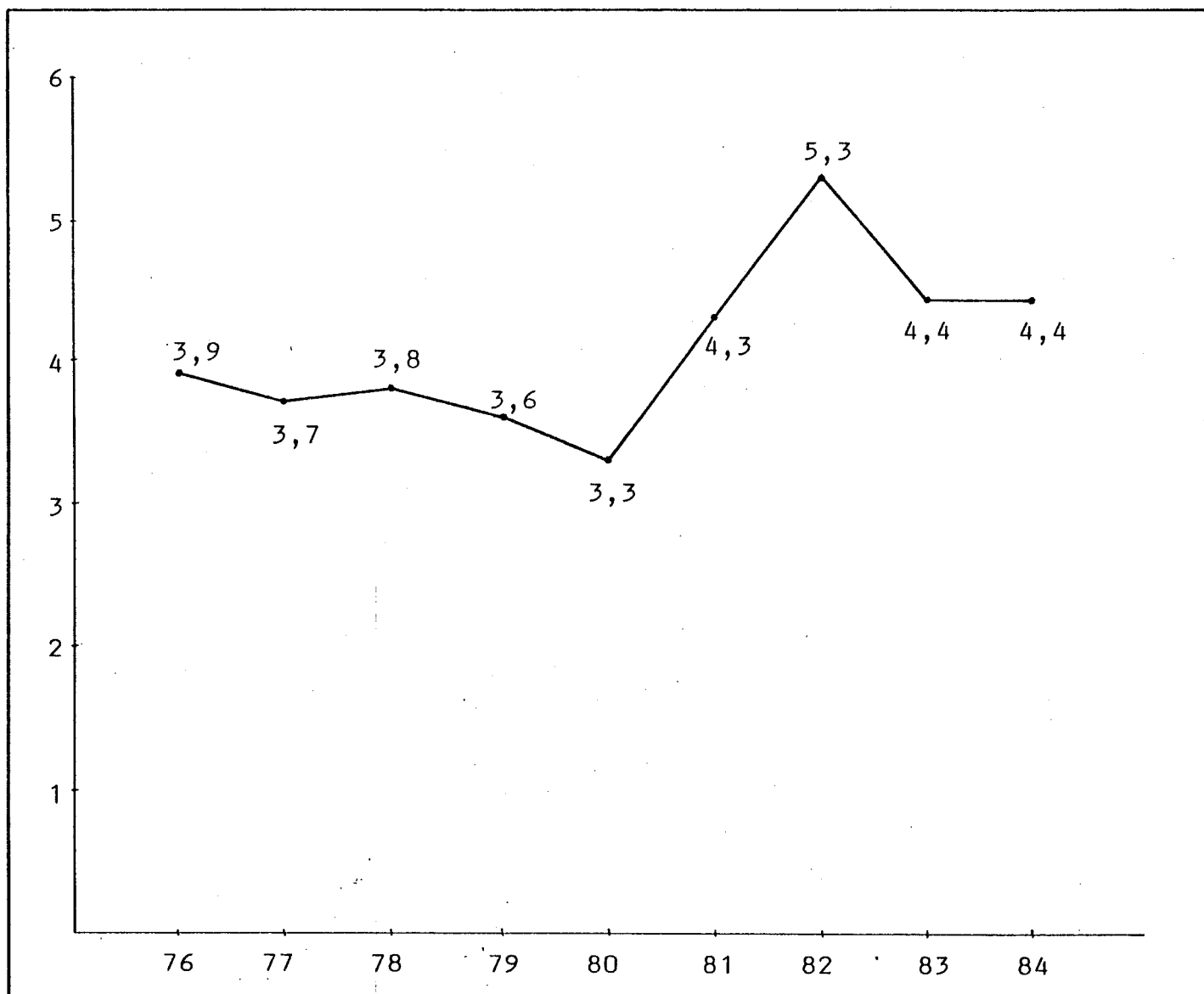
ANO	ESTADO	VARIAÇÃO ANUAL	SESB	VARIAÇÃO ANUAL	PARTICIPAÇÃO 2/1: %
	1		2		
1976	5.473	-	212	-	3,87
77	7.360	1,34	272	1,28	3,70
78	10.373	1,41	396	1,46	3,82
79	15.526	1,50	551	1,39	3,55
80	34.913	2,25	1.135	2,06	3,25
81	73.398	2,10	3.122	2,75	4,25
82	131.193	1,79	7.004	2,24	5,34
83	303.771	2,32	13.313	1,90	4,38
84	1.079.886	3,56	47.093	3,53	4,36

FONTE: Paraná, Secretaria de Finanças, 1977 - 1984.

Quando se compara a previsão de despesas (tabela 14 e gráfico 3) ou a realização das mesmas (tabela 15 e gráfico 4) com a previsão e realização da receita do Estado obtém-se uma evolução semelhante àquela observada anteriormente, quando se comparou a previsão orçamentária (tabela 12 e gráfico 1) ou a realização da mesma na área da saúde (tabela 13 e gráfico 2) com a previsão e realização do orçamento do Estado: crescimento a partir de 1980, atingindo o máximo em 1982, para declinar nos anos seguintes, mantendo-se, entretanto em índices superiores a 1981.

Outro dado de interesse nesta análise histórica surge quando comparamos as previsões orçamentárias, isto é, os recursos iniciais com o realizado final (tabela 16).

GRÁFICO 4
EVOLUÇÃO DA DESPESA COM SAÚDE, RELATIVAMENTE
ÀS DESPESAS REALIZADAS DA RECEITA DO ESTADO
1976 - 1984



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná.

Tabela 16 - PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA E DESPESA REALIZADA
FINAL PELA SAÚDE, PARANÁ, 1976 - 1984.

ANO	PREVISÃO	REALIZADA	DIFERENÇA	
	1	2	2/1	%
1976	182	212	+ 16,49	
77	265	272	+ 2,64	
78	413	396	- 4,12	
79	562	551	- 1,78	
80	1.020	1.135	+ 11,27	
81	2.086	3.122	+ 49,67	
82	6.491	7.004	+ 7,91	
83	12.084	13.313	+ 10,18	
84	28.691	47.093	+ 64,14	

FONTE: Paraná, Secretaria de Finanças, 1977 - 1984,
Paraná, Secretaria do Planejamento, 1975 - 1983.

Somente em 1978 e 1979, esta comparação é negativa. Nos outros anos o orçamento final é sempre maior que a previsão inicial. Em 1984 existiu um acréscimo de 72,88% mostrando evidente falha na elaboração orçamentária referente aos recursos iniciais. Fato semelhante ocorreu em 1981, quando houve uma correção de quase 50% da proposta inicial.

Na tabela 17 observa-se a evolução dos orçamentos iniciais e realizados finais do Estado e da Saúde, comparativamente ao IGP.

Tabela 17 - VARIAÇÃO ANUAL DO IGP, DO ORÇAMENTO DO ESTADO E DA SAÚDE. PARANÁ. 1976 - 1984

ANO	IGP	ESTADO		SAÚDE	
		INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
1976	1,46	-	-	-	-
77	1,39	1,47	1,28	1,46	1,28
78	1,41	1,60	1,72	1,56	1,66
79	1,77	1,48	1,49	1,36	1,39
80	2,10	1,57	1,96	1,82	2,06
81	1,95	2,02	2,17	2,05	2,75
82	1,99	2,44	1,83	3,11	2,24
83	3,11	1,92	2,51	1,86	1,90
84	3,24	2,47	3,23	2,37	3,53

FONTE: Paraná, Secretaria do Planejamento, 1975 - 1984.

Até o ano de 1980, tanto o realizado final como o previsto inicial se mantinham dentro da faixa de inflação, medida pela variação do I.G.P.

Em 1981, o realizado final da SESB é bem superior ao índice de inflação, 2,75 para 1,95. Em 1982, o previsto inicial (3,11) foi muito superior à taxa de inflação (2,00); no entanto, o realizado final (2,24) é próximo da mesma.

A grande defasagem se dá em 1983, quando tanto a previsão inicial (1,86) como o realizado final (1,90) estão aquém do índice inflacionário daquele ano (3,11).

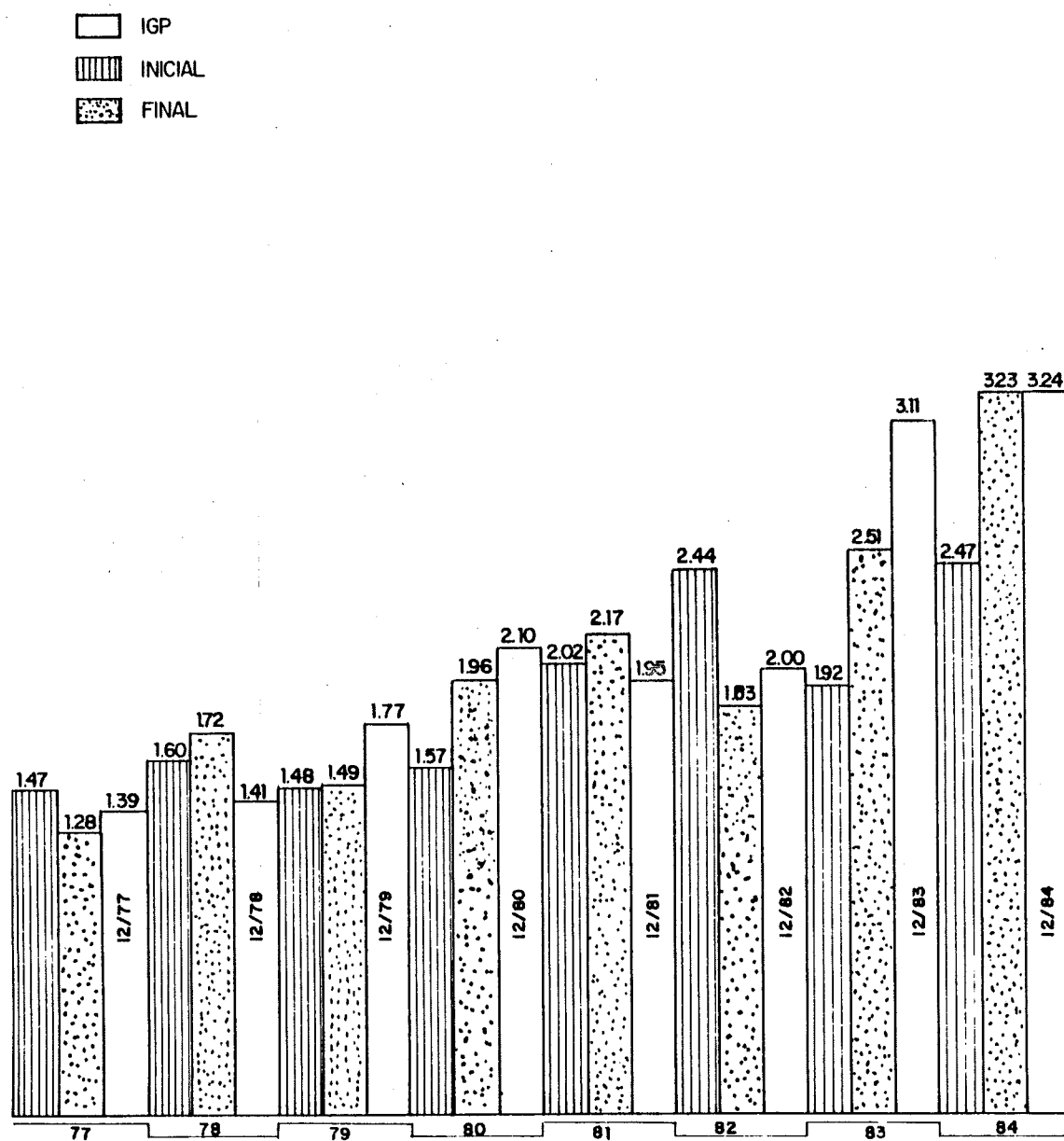
Em 1984, a correção aludida anteriormente, 64% do realizado sobre o previsto, fez com que o realizado final (3,53) ultrapassasse o índice de inflação (3,24), uma vez que a previsão inicial fora muito abaixo (2,37) do mesmo.

Este acontecimento, bem como o acréscimo orçamentário, não corrige de maneira nenhuma a defasagem ocorrida em 1983, mostrando que a melhora orçamentária, tanto do Estado como da SESB, apesar de substancial em seus valores absolutos, se situa abaixo da inflação do período.

Observem-se os gráficos 5 e 6, a seguir.

GRÁFICO 5

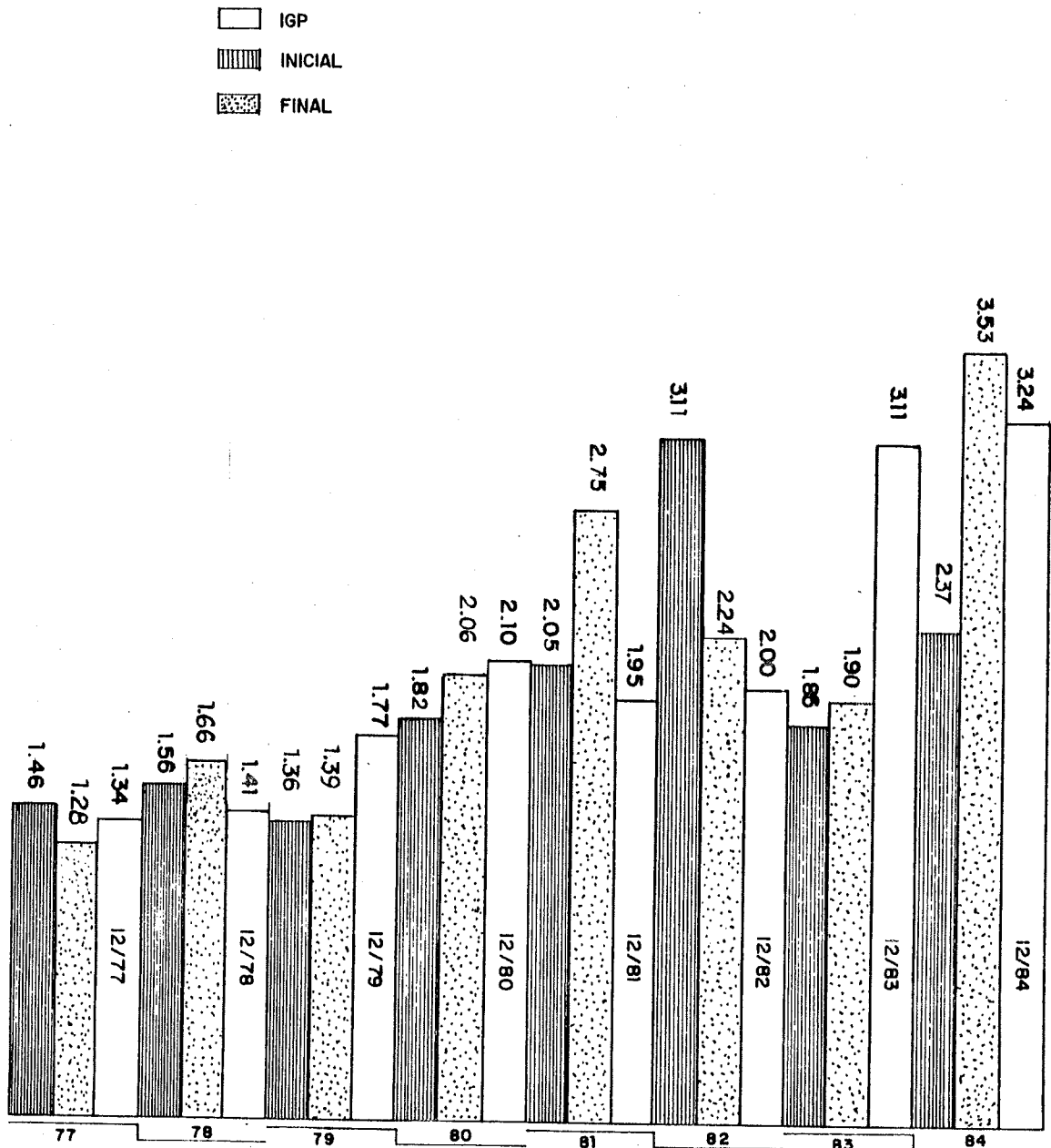
VARIAÇÃO ANUAL DO ORÇAMENTO INICIAL E REALIZAÇÃO FINAL DO ESTADO, COMPARATIVAMENTE À DO IGP, PARANÁ 1977-1984



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social.
Suma Econômica, abril, 1986

GRÁFICO 6

VARIAÇÃO ANUAL DO ORÇAMENTO INICIAL E REALIZADO
FINAL DA SESB COMPARATIVAMENTE À DO IGP, PARANÁ
1977 - 1984



FONTE: Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social
Suma Econômica, abril, 1986

Esta conclusão pode ser também inferida quando se compara o crescimento do I.G.P. no período de 1976 a 1984, que atinge 285,89 vezes, com o crescimento do orçamento do Estado, tanto inicial (126,09) como final (205,85) e com o orçamento da SESB (inicial 157,64 e final 222,14); vemos então que o crescimento do orçamento é inferior à inflação do período. (Tabela 18).

Tabela 18 - ORÇAMENTO DO ESTADO, DA SAÚDE E VARIAÇÃO DO IGP - PARANÁ, 1976 a 1984.

	1976	1984	VARIAÇÃO DO OR- ÇAMENTO	VARIAÇÃO DO I G P
ESTADO				
INICIAL	6.400	806.962	126.09	
FINAL	6.696	1.378.342	205.85	
				285.89
SEB E FSCMR				
INICIAL	182	26.691	157.64	
FINAL	212	47.093	222.14	

FONTE: Paraná, Secretaria do Planejamento, 1975 - 1983.

3.2.2 - Capacidade instalada

3.2.2.1 - Unidades sanitárias

Segundo levantamento da SESB (1981), o Estado possuía 508 unidades sanitárias, das quais 315 (62.01%) do Estado, 155 (30.51%) das Prefeituras Municipais e 38 (7.48%) de outras instituições. Estas instituições são a Associação de Proteção à Maternidade e à Infância "Saza Lattes" (APMI - Saza Lattes), mantenedora de 20 unidades em Curitiba e 1 em Campo Largo e a Universidade Estadual de Londrina, responsável por 4 unidades, em Londrina.

A rede de unidades sanitárias da SESB estendia-se a todos os 290 municípios existentes no Estado em 1980, enquanto que apenas 59 (20,39%) dos municípios contavam com postos de saúde mantidos pelas Prefeituras (SESB - 1981)*.

Embora a totalidade dos municípios possuísse pelo menos uma unidade sanitária, ao se cotejar a distribuição destes serviços com contingentes populacionais, verifica-se que os mesmos são centralizados, o que resulta em baixa cobertura.

O Ministério da Saúde preconiza como número máximo de habitantes a ser coberto por unidade de saúde (no caso, Centros de Saúde - tipo 3) 20.000 habitantes (Brasil, MS, 1981).

Em 1980, 64 dos 290 municípios (22.07%) possuíam apenas 1 unidade sanitária para mais de 20.000 habitantes, (tabela 19). Em 12 municípios tal proporção foi superior a 1 unidade sanitária para 50.000 habitantes.

(*) Dados obtidos diretamente na SESB.

Tabela 19 - DISTRIBUIÇÃO DOS 290 MUNICÍPIOS DO ESTADO,
SEGUNDO A PROPORÇÃO HABITANTE/UNIDADE SANI-
TÁRIA, 1980

HABITANTES/U.S.	Nº DE MUNICÍPIOS	%
Até 10.000	130	44.83
10.001 - 15.000	55	18.96
15.001 - 20.000	41	14.14
Mais de 20.000	64	22.07
T O T A L	290	100.00

FONTE: FIBGE, 1980.

Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha.

A relação dos municípios com unidades de saúde das prefeituras Municipais está no Anexos 3 e 4. Como se pode observar, a distribuição das unidades sanitárias é extremamente irregular nos diferentes distritos sanitários, variando desde nenhum (DS 2 e 15) até 27 (DS 10).

Em resumo, pode-se dizer que a participação das municipalidades nestes serviços é relativamente baixa. Entretanto, o fato de todos os municípios recenseados possuírem pelo menos 1 unidade de saúde constitui-se num fator positivo para a expansão da rede, uma vez que tais unidades significam, no mínimo, apoio logístico para a implementação de novos serviços que exigirão treinamento de pessoal, estocagem e distribuição de insumos, etc...

3.2.2.2 - Hospitais da SESB

A Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha mantém 14 hospitais e de propriedade da SESB existem outros 5 hospitais que estão sendo mantidos por outras entidades em regime de comodato. São eles: Sanatório Noel Nutels cedido à

Pode-se observar que as taxas de ocupação dos hospitais como um todo é de 60.0%, e que variam de 23.0% a 90.6% entre os hospitais. Utilizando a taxa de ocupação média de 80% como ponto de corte, verifica-se que apenas 2 hospitais (14.3%) estão acima, enquanto que 85.7% encontram-se abaixo do que seria uma aceitável taxa de ocupação média.

Os hospitais que apresentam taxas de ocupação acima de 80% são os psiquiátricos, dos quais o Hospital Adauto Botelho, de longa permanência e o C.P.M., de curta permanência, funcionando como pronto socorro psiquiátrico. Os hospitais que apresentam as maiores taxas de ocupação são aqueles destinados às doenças mentais, tuberculose, hanseníase e doenças infecto-contagiosas; enquanto que os demais, com exceção do Hospital Geral do Portão, por não serem de "maior interesse a Saúde Pública" apresentam as menores taxas. Tal fato encontra coerência com a política de saúde consolidada na década de 70 que, entre outras características, desenvolve a privatização dos serviços, passando o Estado a arcar predominantemente com serviços fora do raio de interesse dos produtores privados.

A conjuntura política, a partir de 1983, abre caminho para a reversão de expectativa acima colocada, mas que até 1984 não se havia concretizado.

3.2.3 - Produção de Serviços

Foram selecionados, pela representatividade e por serem sistematicamente registradas, as atividades de consulta médica e de vacinação.

3.2.3.1 - Consultas médicas

Tabela 21 - DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS PELA SESB/FSCMR E INAMPS E NECESSIDADE DE CONSULTAS MÉDICAS, EM RELAÇÃO À META (*), PARANÁ, 1982 - 1984.

	1982		1983		1984	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SESB/FSCMR	1.298.438	8,37	1.341.254	8,33	1.597.338	9,72
INAMPS (**)	11.182.936	72,05	11.004.101	68,34	10.974.075	66,75
TOTAL	12.481.374	80,42	12.345.355	76,67	12.571.413	76,47
NECESSIDADE	3.040.378	19,58	3.755.595	23,33	3.868.877	23,53
TOTAL GERAL	15.521.752	100,00	16.100.950	100,00	16.440.290	100,00

FONTE: INAMPS - Paraná - Coordenadoria de Informática
FSCMR

(*) Meta = 2 consultas/habitantes/ano

(**) INAMPS = consultas ofertadas em serviços próprios, contratados e conveniados.

O número de consultas médicas realizadas pela SESB/FSCMR, embora crescente, é ainda muito baixo. Os serviços próprios, conveniados e contratados não suprem o restante da demanda.

Tomando-se como meta (100,00%) a oferta de 2 consultas/habitantes"ano, parâmetro utilizado pelo INAMPS, observa-se que no decorrer dos três anos estudados as coberturas estão abaixo do esperado. Mais importante do que isto é a constatação de que o número de consultas necessárias para cobrir a população cresce no período. A tabela 21, vale salientar, demonstra dados agregados do Estado como um todo sem que haja discriminação por regiões ou municípios, o que não permite inferir que as coberturas sejam homogêneas, mas sim que, se em determinado local puder haver cobertura adequada ou acima do esperado, haverá baixa cobertura compensatória. Salienta-se ainda, que o decréscimo relativo de consultas ofertadas se dá às custas do INAMPS, englobados aí os serviços próprios (21%), contratados (63%) e conveniados (16%).

Considerando que os serviços próprios do INAMPS estão concentrados em grandes centros, e que nestes centros existam também as outras formas de oferta, reforça-se a tendência heterogênea da cobertura.

3.2.3.2 - Vacinação

As informações sobre as coberturas vacinais, dos diversos tipos de vacinas ofertadas pela rede da SESB atestam não apenas o nível de proteção da população, mas também servem de indicador do desempenho do serviço, visto que tal atividade envolve uma série de ações e equipamentos como transporte, estocagem, rede de frio, treinamento de pessoal, etc.

Tabela 22 - PERCENTUAL DE VACINAÇÕES COMPLETAS EM MENORES DE 1 ANO, DE ROTINA, PARANÁ, 1975-1984.

ANOS	VACINAS			
	SABIN	TRÍPLICE	ANTI-SARAMPO	BCG
1975	17,5	15,0	5,1
1976	19,8	13,9	51,5
1977	22,8	31,2	27,8
1978	34,4	40,9	34,4	45,5
1979	38,0	43,2	41,5	80,3
1980	54,2	69,9	100,0	75,5
1981	39,0	75,5	88,0	91,0
1982	63,2	66,0	100,0	80,7
1983	73,7	82,5	102,8	102,8
1984	73,5	76,7	84,7	100,6

FONTE: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha.

A tabela 22 mostra a evolução das coberturas vacinais em menores de 1 ano, das doses imunizantes, das principais vacinas administradas à população. Admitindo que 80% de cobertura vacinal seja o mínimo esperado, percebe-se que a vacina SABIN começa a apresentar percentuais próximos ao mínimo a partir de 1983, apenas.

A vacina tríplice, a partir de 1981, apresenta coberturas em torno do mínimo, com exceção de 1982. A vacina anti-sarampo, já vem em níveis satisfatórios de cobertura desde 1981. A cobertura pela vacina BCG é satisfatória nos últimos anos da série.

4 - ANÁLISE DA POLÍTICA TRIBUTÁRIA E SEUS REFLEXOS SOBRE OS ORÇAMENTOS MUNICIPAIS

4.1 - A política tributária brasileira

O processo de centralização política, acelerado desde 1964, mas que ganha eficácia a partir dos anos 1966/1967, estende-se por todas as áreas da sociedade brasileira (Cardoso, 1972 e Pereira, 1977). Este processo operacionaliza-se através de uma série de medidas, entre elas, medidas de concentração econômica e decisória a nível do poder da União.

A política tributária, coerentemente, passa pelo mesmo fenômeno centralizador, levando a um esvaziamento político-decisório, administrativo e econômico dos municípios (Ferraz, 1979; Duque, 1979; Brasileiro, 1979).

"A centralização aparece como uma necessidade do sistema econômico dominante. Mantém-se em nível baixo a parte da receita pública destinada a atender às necessidades sociais básicas (salários diretos e salários indiretos, na forma de serviços públicos), ao mesmo tempo que se reforça a tendência para a acumulação capitalista. A meta "Brasil-Potência" pressupõe a concentração de recursos e sua canalização para os grandes projetos nacionais. O Município, por suas características atuais, é concebido como órgão eminentemente prestador de serviços locais e portanto voltado para o atendimento de necessidades relacionadas com o consumo (ainda que incluindo-se aí parcela da infra-estrutura econômica). O Município não tem por que ver o seu papel ampliado. É mantido, contudo, como uma peça politicamente importante do sistema, na medida em que funciona, de certa forma, como amortecedor de pressões das populações carentes". (Brasileiro, 1979).

Os instrumentos legais que permitiram a centrali-

zação econômica e, conseqüentemente, o esvaziamento dos municípios, foram principalmente os da reforma tributária, que se inicia com a Emenda Constitucional nº 18, de 19/12/65 e são consolidados em 25/10/66, com a incorporação das principais determinações da Emenda, através da Lei 5.172, ao Código Tributário Nacional (Dória, 1972).

A Constituição de 1946 atribuía ao município os seguintes impostos: Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana, Impostos de Licença, Imposto de Indústrias e Profissões, Imposto sobre Diversões Públicas e Imposto sobre Atos de sua economia ou assuntos de sua competência (Imposto do Selo Municipal). Dos cinco impostos citados, a Emenda Constitucional nº 18 extinguiu os quatro últimos e criou o Imposto Sobre Serviços, reduzindo para dois o número de impostos municipais (Dória, 1972).

O Imposto de transmissão de propriedade "inter vivos" ("sisa"), que a Emenda Constitucional nº 5, de 21/11/61 havia passado da competência dos estados para os municípios, retorna, por força da Emenda Constitucional nº 18 (19/12/65), à área estadual (Dória, 1972).

Com as modificações legais relatadas, passa o município a dispor de apenas dois impostos sob sua responsabilidade, tendo perdido quatro por extinção e um por transferência a outra esfera de governo.

O processo centralizador ganha, através da Carta Magna outorgada em 1967, outro instrumento legal. Eis que passa a ser permitido à União isentar impostos em qualquer esfera de governo, federal, estadual e municipal, sem autorização das respectivas esferas (Damião, 1981).

A concentração de tributos a nível da União foi acompanhada, através da reforma tributária e de instrumentos legais posteriores, de medidas distributivistas para que os Estados e os Municípios pudessem fazer face aos seus compromissos. São exemplos destas medidas as transferências de parcelas do ICM aos municípios, de parcelas do Imposto sobre Combustíveis e Lubrificantes e do Imposto sobre Minerais aos Estados e Municípios, de parcelas do Imposto de Renda e do Im-

posto sobre Produtos Industrializados aos Estados e Municípios, através dos Fundos de Participação. Os percentuais destes impostos transferidos aos municípios têm variado no decorrer dos últimos anos (Damião, 1981).

As medidas visando a distribuição dos tributos arrecadados pelos Estados e pelo Governo Federal acentuam o processo político centralizador através do reforço que produzem na dependência dos Municípios por referência ao poder central. De fato, as receitas tributárias próprias dos municípios, que antes da reforma tributária (antes de 1966) sempre se mantiveram acima de 5,9%, descem a 3,6% em 1971 e, embora aumentem posteriormente, não mais ultrapassam os 5,9% (tabela 21). Em contrapartida, os recursos efetivamente disponíveis para os municípios, após a reforma, mantêm-se constantemente acima daquelas do período anterior a ela evidenciando a importância das transferências (tabela 23).

Em resumo, pela legislação atual a receita dos municípios é formada basicamente pelas seguintes fontes:

- Fundo de Participação dos Municípios, formado por percentuais do IR e do IPI repassados pela União. Este fundo, segundo o presidente da Associação dos Municípios do Paraná em 1979 (Grassano Jr., 1979), é, para muitos municípios, praticamente a única fonte substancial de recursos. Tal recurso, devido a um artifício legal, deixou de ser pago em 1964, 1965 e 1966. (De Bem, 1979).

- Fundo Rodoviário Nacional. Somente 8% destina-se ao município. Sua transferência é burocratizada e de difícil processamento. (Grassano Jr., 1979).

- Taxa Rodoviária Única. Legalmente 12% deverão aportar aos municípios. Entretanto, no Paraná em 1979, somente chegavam 5,16%, sendo a parcela restante destinada ao Fundo Progresso, ao pagamento do custeio de processamento e de comissão bancária. (Grassano Jr., 1979).

- Imposto sobre Circulação de Mercadorias: 20% vão para os municípios. (Grassano Jr., 1979).

- Recursos estaduais e federais a fundo perdido.

Os critérios de distribuição são exclusivamente políticos (Grassano Jr., 1979).

- Imposto sobre Serviços e Imposto Predial e Territorial Urbano. São os únicos cobrados pelos municípios. Ambos de difícil cobrança e altamente sonegados (Grassano Jr., 1979).

Entretanto, a conclusão a que chegou a CPI dos municípios é que a grande fonte de recursos da maior parte dos municípios brasileiros é constituída por quotas de IP, IPI e ICM, todos dependentes de transferência, posto que são impostos federais e estadual (Duque, 1979). Os problemas advindos das transferências foram assim equacionados no relatório final da CPI dos municípios (Duque, 1979):

"A multiplicidade de fundos de participação em receitas federais, cujo recebimento é vinculado à prévia apresentação dos respectivos planos de aplicação e condicionado à prestações de contas, vem impossibilitando aos Municípios menores o recebimento das quotas que lhes cabem, face à sua falta de estrutura administrativa que possibilite a satisfação dos requisitos citados. A questão é grave, uma vez que, de um modo geral, os Municípios têm receitas próprias bem inferiores às transferidas, com crescente dependência destas últimas".

"... a União tem deixado de transferir aos Estados e aos Municípios os percentuais que lhes cabem na arrecadação dos tributos de que participam, no que tange à correção monetária, juros moratórios e multas. O que é mais grave, a União tem deixado de realizar os repasses nos recolhimentos feitos com atraso e na arrecadação resultante da cobrança de dívida ativa. As mesmas irregularidades ocorrem na distribuição, pelos Estados, das parcelas do ICM devidas aos Municípios".

A evolução da receita tributária nos três níveis de governo encontra-se na tabela 23.

Tabela 23 REPARTIÇÃO DA RECEITA TRIBUTÁRIA PRÓPIA NOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO - BRASIL- 1957/83

ANOS	UNIÃO (1)		ESTADOS (1)		MUNICÍPIOS (1)		TOTAL (1)		PARTICIPAÇÃO % (2)		ÍNDICES DE EVOLUÇÃO 1966 = 100 (2)			PRODUTO INTERNO BRUTO	
	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	US\$ (3)
1957	27.037	24.074	4.444	55.555	48,7	43,3	8,0	45,8	50,4	52,7	39,7	66,1			
1958	34.000	27.333	5.000	66.333	51,3	41,2	7,5	57,6	57,2	59,3	42,8	71,3			
1959	33.333	29.524	4.286	67.143	49,6	44,0	6,4	56,4	61,8	50,8	45,2	75,3			
1960	36.482	32.778	4.444	73.704	49,5	44,5	6,0	61,8	68,7	52,7	49,6	82,6			
1961	38.243	34.459	4.595	77.297	49,5	44,6	5,9	64,7	72,2	54,5	54,7	91,1			
1962	39.643	35.804	5.089	80.536	49,2	44,5	6,3	67,1	75,0	60,3	57,5	95,8			
1963	43.163	36.020	5.510	84.693	51,0	42,5	6,5	73,1	75,5	65,3	58,4	97,3			
1964	46.183	42.419	6.129	94.731	48,7	44,8	6,5	78,2	88,9	72,7	60,1	100,1			
1965	51.658	43.385	6.923	101.966	50,7	42,5	6,8	87,5	90,9	82,1	61,7	102,8			
1966	59.021	47.708	8.426	115.155	51,3	41,4	7,3	100,0	100,0	100,0	60,0	100,0			
1967	48.570	52.309	5.063	105.942	45,8	49,4	4,8	82,2	109,6	60,0	67,1	111,8			
1968	77.387	67.271	5.684	150.342	51,5	44,7	3,8	131,1	141,0	67,4	74,6	124,3			
1969	92.730	73.670	6.304	172.704	53,7	42,6	3,7	157,1	154,4	74,8	82,1	136,8			
1970	99.559	76.561	6.733	182.853	54,4	41,9	3,7	168,6	160,4	79,9	88,9	148,1			
1971	111.334	78.996	7.117	197.447	56,4	40,0	3,6	188,6	165,5	84,4	99,6	166,0			
1972	136.480	88.575	8.991	234.046	58,3	37,9	3,8	231,2	185,6	106,6	110,7	184,5			
1973	161.518	104.009	10.630	276.157	58,5	37,7	3,8	273,5	218,0	126,1	125,7	209,5			
1974	180.479	112.206	11.543	304.228	59,3	36,9	3,8	305,7	235,1	136,9	137,9	229,8			
1975	185.940	116.607	12.849	315.396	58,9	37,0	4,1	315,0	244,4	152,4	145,3	242,1			
1976	221.963	117.806	16.565	356.334	62,3	33,1	4,6	376,0	246,9	196,5	159,4	265,6			
1977	224.687	125.391	19.113	369.191	60,8	34,0	5,2	380,6	262,8	226,8	168,5	280,8			
1978	223.233	138.441	22.004	383.678	58,2	36,1	5,7	378,2	290,1	261,1	176,9	294,8			
1979	226.765	139.609	22.848	389.222	58,2	35,9	5,9	384,2	292,6	271,1	188,2	313,6			
1980	234.551	144.651	20.438	399.640	58,7	36,2	5,1	397,4	303,2	242,5	201,8	336,3			
1981	215.040	135.640	18.903	369.583	58,2	36,7	5,1	364,3	284,3	224,3	198,6	331,0			
1982	222.441	146.341	20.175	388.957	57,2	37,6	5,2	376,8	306,7	239,4	200,4	334,0			
1983	198.289	126.947	17.715	342.951	57,8	37,0	5,2	335,9	266,0	210,2	194,0	323,3			

(1) Em Cr\$ Milhões

(2) Participação % e Índices de Evolução calculados com base nos valores constantes.

(3) PIB REAL em US\$ bilhões de 85.

FONTES: Revista de Finanças Públicas 44 (358), 1984

Revista de Administração Municipal, 27 (157), 1980

Suma Econômica, junho, 1986

Conjuntura Econômica, 29 (8), 1975, 23 (12), 1969 e 39 (11), 1985.

OBS.: (1) Valores Constantes pelo I.C.P. (Índice Geral de Preços) tendo como base 100 o ano de 1977.

Observa-se que a participação dos Municípios no total da receita tributária não ultrapassou 8,0% (em 1957). Com parem-se estes percentuais com a participação dos Municípios nas receitas da Itália, França e Inglaterra, que giram ao redor de 34%, 39% e 41% respectivamente (Grassano Jr., 1979). Tomando-se como índice 100 as receitas da União, Estados e Municípios, no ano de 1966, esses índices ascendem, em 1983, para 335,9; 266,0 e 210,2 respectivamente. O crescimento das receitas tributárias municipais (de 100 para 210,2) foi inferior ao crescimento do PIB que evoluiu no mesmo período, de 100 para 323,3.

Se, por um lado, as receitas tributárias municipais decresceram proporcionalmente, por outro, os recursos efetivamente disponíveis nos municípios (receitas tributárias próprias mais transferências) experimentaram acentuado aumento, principalmente após 1966, como se nota na tabela 24.

Tabela 24 REPARTIÇÃO DA RECEITA TRIBUTÁRIA EFETIVAMENTE DISPONÍVEL NOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO - BRASIL 1957/83

ANOS	UNião (1)		ESTADOS (1)		MUNICI- PIOS (1)		TOTAL (1)		PARTICIPAÇÃO % (2)			ÍNDICES DE EVOLUÇÃO 1966 = 100 (2)		
	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	VALORES CONSTANTES	UNião	ESTADOS	MUNICI- PIOS	UNião	ESTADOS	MUNICI- PIOS	UNião	ESTADOS
1957	23.704	25.555	6.296	55.555	42,7	46,0	11,3	50,7	47,9	41,7	41,7	50,7	47,9	41,7
1958	30.333	29.667	6.333	66.333	45,7	44,7	9,6	64,9	55,6	42,0	42,0	64,9	55,6	42,0
1959	29.048	32.143	5.952	67.143	43,2	47,9	8,9	62,1	60,3	39,5	39,5	62,1	60,3	39,5
1960	31.852	35.556	6.296	73.704	43,2	48,2	8,6	68,1	66,7	41,7	41,7	68,1	66,7	41,7
1961	32.297	38.378	6.622	77.297	41,8	49,6	8,6	69,1	72,0	43,9	43,9	69,1	72,0	43,9
1962	31.875	39.375	9.286	80.536	39,6	48,9	11,5	68,2	73,8	61,6	61,6	68,2	73,8	61,6
1963	35.510	38.979	10.204	84.693	41,9	46,0	12,1	75,9	73,1	67,7	67,7	75,9	73,1	67,7
1964	37.527	45.941	11.263	94.731	39,6	48,5	11,9	80,3	86,1	74,7	74,7	80,3	86,1	74,7
1965	39.761	49.060	13.145	101.966	39,0	48,1	12,9	85,0	92,0	87,2	87,2	85,0	92,0	87,2
1966	46.753	53.321	15.081	115.155	40,6	46,3	13,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1967	39.082	47.865	18.995	105.942	36,9	45,2	17,9	83,6	89,8	125,9	125,9	83,6	89,8	125,9
1968	60.995	63.974	25.373	150.342	40,6	42,5	16,9	130,5	120,0	168,2	168,2	130,5	120,0	168,2
1969	79.131	68.686	24.887	172.704	45,8	39,8	14,4	169,2	128,8	165,0	165,0	169,2	128,8	165,0
1970	83.573	72.477	26.803	182.853	45,7	39,6	14,7	178,7	135,9	177,7	177,7	178,7	135,9	177,7
1971	94.248	75.725	27.474	197.447	47,7	38,4	13,9	201,6	142,0	182,2	182,2	201,6	142,0	182,2
1972	116.324	85.444	32.278	234.046	49,7	36,5	13,8	248,8	160,2	214,0	214,0	248,8	160,2	214,0
1973	135.640	102.570	37.947	276.157	49,1	37,1	13,8	290,1	192,4	251,6	251,6	290,1	192,4	251,6
1974	152.788	110.188	41.252	304.228	50,2	36,2	13,6	326,8	206,6	273,5	273,5	326,8	206,6	273,5
1975	158.694	113.434	43.268	315.396	50,3	36,0	13,7	339,4	212,7	286,9	286,9	339,4	212,7	286,9
1976	183.001	122.440	50.893	356.334	51,3	34,4	14,3	391,4	229,6	337,5	337,5	391,4	229,6	337,5
1977	185.379	128.475	55.337	369.191	50,2	34,8	15,0	396,5	240,9	366,9	366,9	396,5	240,9	366,9
1978	181.592	140.688	61.398	383.678	47,3	36,7	16,0	388,4	263,8	407,1	407,1	388,4	263,8	407,1
1979	184.919	141.117	63.186	389.222	47,5	36,3	16,2	395,5	264,6	419,0	419,0	395,5	264,6	419,0
1980	196.959	141.857	60.824	399.640	49,3	35,5	15,2	421,3	266,0	403,3	403,3	421,3	266,0	403,3
1981	181.917	128.782	58.884	369.583	49,2	34,9	15,9	389,1	241,5	390,4	390,4	389,1	241,5	390,4
1982	186.587	138.821	63.549	388.957	48,0	35,7	16,3	399,1	260,3	421,4	421,4	399,1	260,3	421,4
1983	166.142	120.574	56.235	342.951	48,4	35,2	16,4	355,4	226,1	372,9	372,9	355,4	226,1	372,9

(1) Em Cr\$ Milhões

(2) Participação % e Índices de Evolução calculados com base nos valores constantes.

FONTES: Revista de Finanças Públicas 44 (358), 1984

Revista de Administração Municipal, 27 (157), 1980

Suma Econômica, junho, 1986

Conjuntura Econômica, 29 (8), 1975, 23 (12), 1969 e 39 (11), 1985

OBS.: (1) Valores Constantes calculados pelo I.G.P. (Índice Geral de Preços) tendo como base 100 o ano de 1977.

Convém ressaltar que, embora tenha havido crescimento acentuado da disponibilidade de recursos a nível de município, especialmente após 1976, o volume de recursos disponíveis para a União foram sempre superiores àqueles para o conjunto dos Municípios. Neste período, do total de recursos disponíveis, a União sempre contou com mais de 47,3% tendo chegado a atingir 51,3% em 1976, enquanto os Municípios, em conjunto, dispuseram de cifras nunca superiores a 16,4%.

Entretanto, o crescimento da disponibilidade financeira veio acompanhado de uma série de encargos cujos custos superaram o aumento de tal disponibilidade (Ferraz, 1979; Grassano Jr., 1979; Duque, 1979). Sobre este aumento a CPI dos Municípios assim se manifesta em seu relatório final (Duque, 1979):

"Os Municípios, face ao interesse comunitário e à necessidade dos serviços públicos federais e estaduais em suas localidades, e dada a pressão exercida pelas demais esferas de poder, vêm sucumbindo a exigências crescentes no sentido de assumirem diferentes encargos de competência da União e dos Estados, desde a cessão gratuita de imóveis até a manutenção dos serviços e pagamento de aluguéis para o funcionamento de:

- Juntas de Alistamento Militar.
- Juntas de Conciliação e Julgamento.
- Delegacia de Polícia: manutenção e conservação de viaturas policiais, prédios, aluguéis e instalações dos alojamentos militares.
- Mobral.
- Forum.
- Patrulha Rodoviária.
- Tiro de Guerra.
- Justiça Eleitoral.
- Receita Federal e Receita Estadual.
- Campanha Nacional de Alimentação Escolar.
- INCRA.
- IBGE.

- Posto de Assistência Social: ambulâncias, internamentos, pessoal, alimentação de pessoas carentes.
 - Ensino Superior."
-

4.2 - A situação dos Municípios Paranaenses

A situação dos municípios paranaenses não foge ao contexto nacional.

Durante o exercício de 1984, dos 309 municípios, 180 arrecadaram menos de 1 bilhão de cruzeiros e destes, 56 arrecadaram menos de 500 milhões de cruzeiros (tabela 25).

Tabela 25 - ARRECADAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PARANAENSES NO EXERCÍCIO DE 1984

ARRECADAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	Cr\$ bilhões % DE MUNICÍPIOS
Até 0,5	56	18
0,5 - 1,0	124	40
Acima de 1,0	129	42
TOTAL	309	100

FONTE: Tribunal de Contas do Paraná.

Para se poder comparar, em 1984 o quilômetro de asfalto custava 331 milhões de cruzeiros (DER - Paraná) e a média do m² da construção normal de alvenaria do ano foi de 250.310 cruzeiros. (A Construção Região Sul 16 (183 a 192) e 17 (193 e 194). Isto significa, por exemplo, que um município que tenha arrecadado 500 milhões de cruzeiros poderia construir apenas 1.997m² de construção de alvenaria.

Concomitantemente, pode-se citar o índice de liquidez dos municípios paranaenses, obtido dividindo-se o ativo financeiro pelo passivo financeiro. Este indicador acusou em 1984, que apenas 120 municípios possuíam disponibilidade acima de 01 cruzeiro, perfazendo 39% dos municípios paranaenses. Por outro lado, 121 (39%) municípios apresentaram baixíssimos índices, menos de 50 centavos disponíveis para cada cruzeiro comprometido. (tabela 26).

Tabela 26 - ÍNDICES DE LIQUIDEZ DOS MUNICÍPIOS
PARANAENSES - EXERCÍCIO DE 1984

ÍNDICE DE LIQUIDEZ	Nº DE MUNICÍPIOS	em Cr\$	
		% DE MUNICÍPIOS	
Até 0,20	56	18	
0,20- 0,50	65	21	
0,50- 1,00	68	22	
Acima de 1,00	120	39	
TOTAL	309	100	

FONTE: Tribunal de Contas do Paraná.

Em resumo, pode-se dizer que a situação econômico-financeira de significativa parcela dos municípios paranaenses não é boa, o que deverá se refletir sobre a possibilidade de implantação ou expansão de serviços municipais de saúde.

5 - A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE: REFLEXOS SOBRE OS
SERVIÇOS MUNICIPAIS.

A década de 30 inaugura novos padrões de relações sociais no Brasil (Ianni, 1977). O acelerado processo de urbanização/industrialização vivido pelo País irá determinar mudanças na área da saúde (Donnangelo, 1975). A maior importância, até então prestada às medidas de caráter coletivo - consequência do modelo agrário-exportador (*) e do predomínio das doenças pestilenciais (Luz, 1978) - desloca-se paulatinamente para a assistência médica (Garcia, s.d.). Esta passa a merecer maior atenção, como consequência da mudança do quadro nosológico, que se altera na direção do predomínio das doenças de massa - que resultam ou são agravadas pelas condições de vida e de trabalho, muitas vezes impostas pela urbanização e/ou industrialização (Luz, 1978) - e como consequência direta da urbanização, que cria novos padrões de consumo (Pereira, 1975). Ademais, a urbanização/industrialização exigirá maior desenvolvimento das áreas "sociais" como componente político importante para a manutenção das condições gerais de produção (estabilidade social). Cria-se, portanto, a necessidade de uma Medicina que cuide da força de trabalho urbana e responda às exigências de novos padrões de consumo (Luz, 1979).

O predomínio da assistência médica, entretanto, irá se firmar a partir da década de 60, quando os gastos com a assistência da Previdência Social superam os da Saúde Pública.

(*) "La exportación de los capitales norte americanos se dirigen fundamentalmente a los sectores agrícolas y mineros que llevan a la producción de matéria prima y alimentos importantes a los Estados Unidos. El saneamiento y la lucha contra las enfermedades transmisibles se han de entrelazar con las actividades económicas para facilitar la circulación de las mercancías y la productividad en los enclaves" (Garcia, s.d.).

Analisando a estrutura de gastos do Estado com saúde (Braga, 1978) observa que o I.N.P.S. aumentou sua despesa com saúde de aproximadamente 4,5 bilhões em 1967 para 17,5 bilhões de cruzeiros em 1975 (a preços de 1976). Por outro lado, os gastos com o Ministério da Saúde praticamente não variaram entre 1970 e 1974, situando-se ao redor de 1 bilhão e 200 milhões de cruzeiros (Braga, 1978). Em anos mais recentes a crise financeira da Previdência Social fez diminuir o orçamento do INAMPS e a injeção de recursos do Finsocial fez aumentar o orçamento do Ministério da Saúde (tabela 27).

Tabela 27 - ORÇAMENTOS COMPAPADOS: INAMPS E
MINISTÉRIO DA SAÚDE SÉRIE
HISTÓRICA - BRASIL
1979 - 83

ANO	INAMPS (1)	MINISTÉRIO DA SAÚDE (2)	1/2
1979	131.508.081	13.989.100	9,4
1980	186.772.638	26.542.600	7,0
1981	362.112.107	45.933.300	7,9
1982	722.677.870	107.719.700	6,7
1983	1.479.424.770	305.098.800	4,8

FONTE: INAMPS em dados, 1979 - 1983

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Geral.

A ampliada possibilidade de extração de lucro na área da saúde possibilitou o surgimento de um modelo assistencial com determinadas características: crescente privatização dos serviços, uso intensivo do hospital como espaço privilegiado para as ações médicas, especialização e uso de tecnologia sofisticada (Cordoní, 1979).

Quanto à privatização, seria ocioso mencionar dados que divulgada bibliografia tem dado conta de demonstrar (Mello, 1977 e Mello, 1981). Já as características mencionadas

de uso intensivo do hospital, especialização e sofisticação tecnológica podem ser inferidas dos dados da tabela 28, que mostra a consolidação de um modelo assistencial na década de 70.

Como se observa, a taxa de crescimento dos exames radiológicos é superior à de consultas médicas, enquanto que, as taxas de crescimento das internações hospitalares e dos exames laboratoriais, embora inferiores àquela das consultas médicas, foram bastante elevadas. A título de exemplo, admitindo-se que cada pessoa internada o foi apenas por uma vez, dividindo-se as internações de 1970 e 1980 pela população brasileira nos respectivos anos, obtêm-se um índice de internações de 2,9% em 1970 e 9,7% em 1980.

O desenvolvimento da assistência médica da Previdência Social com as características assinaladas, tornaram o modelo assistencial bastante oneroso, o que tem sido invocado como um dos fatores componentes da crise financeira da Previdência, admitida pelo Governo em 1981.

A evolução da participação da assistência médica na receita e na despesa da Previdência Social pode ser observada na tabela 29.

TABELA 28 - CRESCIMENTO DAS CONSULTAS MÉDICAS, INTERNAÇÕES HOSPITALARES, EXAMES LABORATORIAIS
E EXAMES RADIOLÓGICOS DO INAMPS ENTRE 1970 e 1980.

ANO	CONSULTAS MÉDICAS Nº	CRESC. RELATIVO	INTERNAÇÕES HOSP. Nº	CRESC. RELATIVO	EXAMES LABORATORIAIS Nº	CRESC. RELATIVO	EXAMES RADIOLÓGICOS Nº	CRESC. RELATIVO
1970	35.848.807	100	2.802.051	100	10.581.204	100	2.533.955	100
1980	179.751.174	501	11.753.451	419	51.551.700	487	12.822.301	506

FONTE: INAMPS/Secretaria de Planejamento, apud Lima & Pucu, 1981.

TABELA 29 - EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA NA RECEITA E NA DESPESA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE 1968 e 1980.

ANO	DESPESA C/ASS.MÉD./ RECEITA TOTAL (%)	DESPESA C/ASS.MÉD./ DESPESA TOTAL (%)
1968	18	18
1969	23	24
1970	26	26
1971	23	24
1972	25	25
1973	23	25
1974	22	25
1975	25	27
1976	29	30
1977	26	27
1978	24	25
1979	25	25
1980	29	27

FONTE: LIMA & PUCU, 1981.

Analisando-se a tabela 29 verifica-se que, em verdade, a participação da assistência médica na receita e na despesa da Previdência não apresenta uma tendência ao crescimento, mas sim, tem oscilado ao redor dos 25%, com alguns anos de pico: 1975, 1976, 1977 e 1980. Lima & Pucu (1981) destacam o período de 1975 a 1977 como aquele em que a Previdência mais gastou com assistência médica. Portanto, quando se considera a assistência médica um dos fatores da crise da Previdência, deve-se entender que ela constitui uma fonte elevada de gastos, de caráter permanente, que aliada a outras fontes crescentes

de gastos, não acompanhadas da correspondente ampliação das receitas levaram à crise atual (Oliveira, 1981; Coutinho & Braga, 1981).

O mesmo raciocínio pode ser aplicado no período de 1981 a 1984, quando o percentual da despesa com assistência médica sobre o total da receita do MPAS é de 26,46% em 1981, 22,70% em 1982, 21,87% em 1983 e 25,41% em 1984 (INAMPS, Relatório de Atividades, 1986).

Coutinho e Braga (1981) dividem as causas da crise em dois grupos, correspondentes a duas raízes: conjunturais e estruturais. As causas de raízes conjunturais, derivadas da política recessiva, levam à redução da receita devido ao desemprego, queda dos salários, esgotamento de outras medidas que possibilitavam o aumento da arrecadação e aumento da sonegação. As causas de raízes estruturais da Previdência levam ao aumento da despesa ou, pelo menos, quando estas despesas diminuem, o fazem em proporção menor que a diminuição da receita, propiciando elevação dos custos com assistência médica, inadimplência da União e aumento da demanda por serviços de saúde.

Oliveira (1981) atribui a crise principalmente a fatores derivados da herança populista, que levaram à desproporcional ampliação da despesa por referência à receita. Estes fatores, em resumo, constituem-se em serviços e benefícios incompatíveis com a arrecadação. São os seguintes os fatores enumerados pelo autor: funcionamento deficitário do Funrural, o não desconto de aposentados e pensionistas, reajustes semestrais dos benefícios a 110% do INPC, extensão da cobertura, aumento dos gastos com assistência médica (aqui o autor compara dados de 1966 com 1980), aplicação de recursos fora da Previdência (construção de grandes obras alheias à área previdenciária), dívida bancária (em função do sistema de "caixa dupla"), sonegação e diminuição da participação da União no custeio a partir da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960.

A assistência médica, como componente da crise apresenta - menos que o seu aumento significativo, como componente das despesas previdenciárias - duas peculiaridades que a colocam em posição de especial importância na referida crise:

o conteúdo político, imbutido na questão da assistência médica, e a possibilidade que esta área apresenta de diminuição das despesas, sem redução da capacidade e da qualidade do atendimento. (Portanto, sem grandes desgastes políticos para o governo, o que remete novamente à primeira questão).

O conteúdo político da assistência médica pode ser compreendido quando esta é analisada enquanto área dos chamados setores sociais (saúde, educação, habitação e previdência social). A politização do setor saúde responde fundamentalmente às seguintes determinações: em primeiro lugar, o setor saúde passa a ser a variante para onde se desviam as atenções e as esperanças de solução dos problemas de saúde, originados predominantemente na esfera da produção - único local onde podem efetivamente ser resolvidos. O próprio Estado Capitalista reforça esta visão, confessando assim a impossibilidade de solucionar o problema em essência. Num modelo econômico que possibilitou uma grande redução do valor do trabalho e restringiu os canais de defesa deste valor, crescem de importância os serviços de saúde. Outra determinação pode ser encontrada na pressão da população que assimila padrões urbanos de consumo, onde se incluem os serviços de saúde (Cordoni, 1979). Trata-se de um processo de substituição das políticas econômicas pelas políticas sociais.

A VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, trouxe à baila novamente a necessidade de ampliação da cobertura da assistência médica, percebida como necessidade política. Na época, pronunciamento do Ministro da Saúde classifica como "inquietante" a dificuldade de o Estado prover serviços de saúde em quantidade e qualidade satisfatórias (Arcoverde, 1980). Surge desta Conferência a proposta de criar-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), com a finalidade de estender a cobertura a baixo custo, através da criação de ampla rede de serviços básicos, calcados no modelo de Assistência Primária de Saúde. Em essência, é o ressurgimento de antigas diretrizes racionalizadoras que devem cumprir a um tempo dois objetivos: contribuir para a absorção de tensões sociais, respondendo à demanda por serviços de saúde, não encarecendo (e se possível, reduzindo) os custos com atenção médica.

De fato, a versão não divulgada do Prev-Saúde, preparada pelo Grupo Técnico Interministerial (Brasil, MS, MPAS, MI; SEPLAN, agosto/1980), prevê uma série de medidas racionalizadoras capazes de estender a cobertura a baixo custo.

Já o documento aprovado pelos Ministros de Estado e divulgado em setembro de 1980 (Brasil, MS e MPAS, setembro, 1980) descaracteriza as diretrizes racionalizadoras, transformando o Prev-Saúde em uma proposta não mais que legitimadora da atual organização dos serviços de saúde (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1981; Mello, 1981). O Prev-Saúde não foi implementado a partir de 1981, como previa o cronograma inicial e retirou-se discretamente de cena.

Entretanto, o fracasso desta tentativa de racionalização dos serviços não afasta a necessidade de sua realização, uma vez que os determinantes desta necessidade continuam presentes. As medidas visando ampliar a receita previdenciária, baseadas principalmente na elevação dos percentuais de contribuição, apenas adiam a questão. Pode-se atribuir a não implementação do Prev-Saúde ao predomínio conjuntural de forças políticas cujos interesses econômicos são atendidos pela atual organização de serviços. Trabalham no sentido de reformular a atual política de saúde outras forças organizadas ou não, entre elas, as exigências da demanda, setores profissionais e até mesmo setores politicamente mais lúcidos do grupo no poder que visam a preservação, a longo prazo, do Estado Brasileiro tal como está ele hoje organizado, ainda que com sacrifícios impostos a setores cujos interesses encontram-se ligados ao atual modelo de saúde (Cordoní & Almeida, 1980).

Assim, em 1982 surge o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social", elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão criado no ano anterior com a finalidade de estabelecer as diretrizes gerais de uma assistência organizada de uma forma mais racional, para fazer frente à crise financeira do setor. Três linhas básicas compõem o "Plano do CONASP" (Nicz, 1985):

- Racionalização dos gastos com serviços contra-

tados na área hospitalar privada, através da implantação de um "novo" (aperfeiçoamento burocrático do anterior) modelo de controle e pagamento de contas hospitalares - "Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social";

- reorganização dos serviços ambulatoriais próprios (Postos de Assistência Médica) e contratados (médico/clínicas credenciados), hierarquizando-os através da implantação do "Projeto de Racionalização da Assistência Ambulatorial INAMPS/credenciados";

- maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos de saúde, através da implantação do "Convênio Trilateral MPAS/MS/SES", substituído posteriormente pelas "Ações Integradas de Saúde" (AIS).

O Plano do CONASP, quanto aos dois primeiros itens, começa a ser executado já em 1982; quanto às AIS, os primeiros convênios são assinados em meados de 1983. Mas é em maio de 1984 que a Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação - CIPLAN define as AIS como: "... a estratégia de integração programática entre as instituições de saúde pública federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde, a nível da Unidade Federada, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política nacional de saúde" (Brasil, CIPLAN, 1984).

Através destes convênios, os serviços estaduais e municipais de saúde são incorporados à rede de prestadores de serviços pagos pelo INAMPS. Mas o avanço mais significativo, do ponto-de-vista administrativo da integração, é a obrigatoriedade de constituição das comissões (Estadual, Regional, Municipal) Interinstitucionais de Saúde, nas quais as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e a comunidade estão representadas, e que têm a atribuição de gerir todas as questões de saúde no seu raio geográfico de atuação.

Vê-se assim que está em fase de montagem a estrutura formal necessária ao funcionamento integrado dos serviços públicos de saúde em todo o País, e à gestão colegiada de toda a área de saúde, nos seus diversos níveis geográficos, a partir do nível municipal.

Neste momento, o poder público municipal aparece como elemento estratégico para promover a expansão da cobertura de maneira eficaz e não dispendiosa, constituindo a "porta de entrada" do sistema de saúde.

6. - ESTUDO DO SERVIÇO DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA

6.1 - Aspectos geográficos e demográficos de Londrina

Londrina localiza-se no norte do Estado do Paraná. É considerada polo de uma região que inclui o norte paranaense, o sul do Estado de São Paulo e o leste do Mato Grosso do Sul (Nakagawara, 1972).

Em número de habitantes, é a segunda cidade do Paraná e a terceira da região sul do Brasil. Ao contrário de todo o norte do Paraná, que experimentou na última década, diminuição de sua população, Londrina vem mantendo taxas de crescimento acima do crescimento vegetativo, ou seja, vem apresentando saldo migratório positivo, embora com intensidade muito menor que aquela de décadas anteriores. Entre 1970 e 1980 o município passou de 228.532 habitantes para 309.420, crescendo à taxa média geométrica anual de 2,8% (FIBGE, 1981). A população urbana recenseada em 1980 foi de 274.600 habitantes (88,7% da população municipal), enquanto a população rural somou 34.820 pessoas (11,3%), apresentando o município, elevadíssima taxa de urbanização.

A distribuição da população no seu distrito sede e nos oito distritos rurais, segundo a localização urbana ou rural, estimada para 1983, encontra-se na tabela 30.

Tabela 30 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE LONDRINA, DE ACORDO COM OS DISTRITOS E SITUAÇÃO DO DOMÍLIO (Urbano e rural)-1983.

DISTRITOS	URBANO	RURAL	TOTAL
Londrina	290.342	8.553	298.895
Guaravera	1.485	4.410	5.895
Irerê	1.257	1.718	2.975
Lerroville	1.217	7.305	8.522
Maravilha	275	2.638	2.913
Paiquerê	1.213	3.046	4.259
São Luiz	565	2.810	3.375
Tamarana	3.421	6.276	9.697
Warta	388	1.039	1.427
TOTAL	300.163	37.795	337.958

FONTE: FIBGE, 1970 - 1980

Projeção: 1983 (2,82% - Taxa geométrica do crescimento anual).

6.2 - Histórico e organização dos serviços

Os serviços de saúde da Prefeitura Municipal de Londrina foram objeto de análise no final da década de 70 (Almeida, 1979). Deste trabalho extraíram-se as principais análises, complementadas pela atualização dos dados e avaliações mais recentes.

O desenvolvimento dos serviços municipais de saúde está ligado à iniciativa de implantação de unidades de saúde descentralizadas pela Universidade Estadual de Londrina.

Almeida (1979) divide o processo de implantação de serviços de Medicina Comunitária em Londrina em três períodos:

O primeiro, entre 1969 e 1971, quando a Universidade instala, em convênio com a Prefeitura, uma unidade de saúde, urbana, em um bairro periférico. Naquela ocasião não se cogitava da criação de um modelo assistencial, mas sim de se proporcionar ao aluno contacto mais intenso com a realidade sócio-econômica da população atendida.

O segundo, que vai de 1972 a 1976, é caracterizado pela reorientação técnica e administrativa dos serviços, além da criação de mais duas unidades sanitárias. A reorientação técnica refere-se à adoção do sistema de delegação de funções tradicionalmente realizadas por médicos, ao pessoal auxiliar. A delegação de funções foi adotada a partir da reflexão sobre a prática, que indicava, serem a maior parte das situações de demanda, de fácil diagnóstico e conduta, ocorrendo portanto, a referida delegação, antes mesmo da divulgação do modelo de Medicina Comunitária.

O terceiro período analisado pelo autor, vai de 1977 a 1978, mas pode-se dizer que tem continuidade até os dias atuais. Caracteriza-se pela ampliação, pela Prefeitura, dos serviços de assistência primária, que passam a ser o modelo orientador da rede de serviços. A possibilidade de expansão da rede básica de serviços, nesta ocasião, prende-se, por um lado, à existência de uma experiência local com unidades sanitárias periféricas, em 1977 (já com oito anos), e por outro, à conjuntura político-eleitoral. De fato, o candidato a prefeito eleito pela oposição, desenvolvendo um estilo muito próximo do populismo dos anos 50 e início dos 60, consegue perceber que os serviços de saúde constituem importante anseio popular, e inclui a instalação destes serviços em seus planos administrativos, divulgando-os já na campanha eleitoral.

Do ponto de vista técnico, os serviços municipais seguiram o modelo de assistência primária: unidades descentralizadas, funcionando com auxiliares de saúde supervisionados por enfermeiras de saúde pública e médicos generalistas.

Até 1984 a prefeitura instalou 17 unidades, das quais 12 urbanas e 5 nas sedes de distritos rurais, as quais

contam com o apoio de um laboratório que realiza exames de fezes, tipagem sanguínea, sorologia para Lues, glicemia e urina tipo I.

Para assegurar a cobertura de toda a população periférica do município, a Secretaria de Saúde e Promoção Social propõe a implantação de mais 24 postos de saúde (19 na área urbana e 5 na zona rural), segundo o "Projeto de Expansão da Rede Básica de Saúde" da Prefeitura do Município de Londrina (Londrina - Prefeitura Municipal S.S.P.S., s.d.)

Este projeto prevê a implantação de um sistema de saúde descentralizado, regionalizado e hierarquizado, diferenciando três tipos de postos de saúde de complexidade crescente, para a prestação de serviços de Assistência Primária de Saúde, tendo como retaguarda, no nível de atenção secundária, Centros de Saúde Regionais, uma Unidade Mista, o PAM do INAMPS e o ambulatório do Hospital Universitário; e no nível terciário, as clínicas especializadas credenciadas pelo INAMPS, o Hospital Universitário e a rede hospitalar privada, credenciada pelo INAMPS.

Os serviços de saúde da PML são administrados por uma Autarquia do Serviço Municipal de Saúde (ASMS), órgão da Secretaria de Saúde e Promoção Social do Município, a qual possui também um Departamento de Promoção Social.

A Prefeitura possui dois outros órgãos de saúde não ligados à Secretaria de Saúde e Promoção Social, que atendem funcionários da mesma: um serviço de Medicina do Trabalho, para funcionários em regime de CLT e outro, do instituto de previdência da municipalidade, para funcionários estatutários. Estes serviços não serão analisados no presente trabalho devido à sua especificidade, fugindo aos objetivos do mesmo.

6.3 - Orçamento

A evolução orçamentária da Prefeitura Municipal de Londrina encontra-se na tabela 31. Tomando o orçamento de 1970 como valor 100, observa-se que após um rápido crescimento até 1973 - ano cujo orçamento corresponde ao índice 184,7, comparativamente com 1970 - o orçamento não apresenta mais tendência ao crescimento, passando a oscilar entre os índices 184,7 e 143,1. Há praticamente uma estabilização no orçamento entre 1973 e 1982. Lembrando que a população de 1973 era de 251.845 habitantes e a de 1982 é estimada em 327.116, tendo crescido neste período 29,9%, conclui-se que o orçamento decresceu relativamente à população.

Tabela 31- EVOLUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA 1970 - 1982

ANO	TAXA INFL ANO ANT.	ORÇAMENTO (Cr\$ 1.000)	ORÇAMENTO CORRIG.PA RA VALORES DE 1970	CRESCIM. RELA TIVO 1970=100
1970		20.890		100
1971	19,3	25.575	24.921	102,5
1972	19,5	36.505	29.780	118,4
1973	15,7	59.215	34.455	184,7
1974	15,5	69.943	39.795	143,1
1975	34,5	125.762	53.524	157,4
1976	29,4	216.137	69.260	167,9
1977	46,3	203.183	101.327	150,1
1978	38,8	725.364	140.641	180,6
1979	40,8	851.873	198.022	176,5
1980	77,8	1.509.740	352.083	176,6
1981	110,2	1.953.115	740.078	162,1
1982	96,0	4.106.412	1.450.552	164,6

FONTE: Londrina - Prefeitura Municipal S.S.P.S.

A tabela 32, apresenta a evolução do orçamento municipal, da SSPS e da ASMS (criada em 1978)

Tabela 32 - ORÇAMENTOS MUNICIPAIS, DA SSPS E DA ASMS (1970 - 1984)

ANO	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
ORÇ./MUNIC. (Cr\$ 1.000,00)	20.890	25.575	36.505	58.215	69.943	125.762	216.137	203.183	725.364	851.873	1.509.740	1.953.115	4.106.412	8.837.352	44.915.400
ORÇ./SSPS (Cr\$ 1.000,00)	1.778	503	2.801	6.076	4.767	5.410	5.432	7.820	15.061	17.630	24.692	40.420	115.850	192.080	631.757
% DO ORÇ./DA SSPS/ORÇ.MUN.	8,5	2,0	7,7	10,3	6,8	4,3	2,5	3,8	2,1	2,1	1,6	2,7	2,8	2,1	1,4
ORÇ./ASMS (Cr\$ 1.000,00)	-	-	-	-	-	-	-	-	5.189	7.558	8.316	11.477	45.800	157.135	493.169
% DO ORÇ./DA ASMS/ORÇ.MUN.	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,9	0,5	0,6	1,1	1,7	1,1

FONTE: Londrina - Prefeitura Municipal - SSPS

Como se observa, os recursos destinados à SSPS, vêm diminuindo tendencialmente. Note-se que estes recursos destinam-se também à área de promoção social. Em relação aos recursos exclusivos dos serviços de saúde (ASMS) nota-se que entre 1978 a 1982 as dotações, comparativamente com os orçamentos municipais, foram irrisórias, tendo experimentado aumento substancial apenas em 1982 e 1983, decrescendo em 1984.

Os serviços de saúde, através da Autarquia de Saúde, recebem recursos de outras fontes, que, no entanto, somam parcelas insignificantes, como se vê na tabela 33.

Tabela 33 - FONTES DE CUSTEIO DA ASMS - 1984

FONTES	%
Prefeitura	95,7
INAMPS	0,2
Rendimentos de Aplicação no Mercado Financeiro	4,1
TOTAL	100,0

FONTE: Londrina - Prefeitura Municipal-SSPS

Confrontem-se os dados de custeio com a distribuição da demanda segundo a categoria na tabela

Tabela 34 - DISTRIBUIÇÃO DA DEMANDA SEGUNDO A CATEGORIA EM 1981

FONTES	%
Não Contribuintes	36
INAMPS	51
FUNRURAL	12
Outros	1
TOTAL	100

FONTE: Londrina - Prefeitura Municipal - SSPS

Embora não se disponha destes dados atualizados, não há razão para se supor que tenha havido redução do atendimento de previdenciários. Dispensa comentários o fato de a SSPS atender a uma demanda elevada de previdenciários, recebendo tão baixa parcela da Previdência Social em seu orçamento.

As despesas dos serviços são realizadas principalmente com recursos humanos, que em 1984 consumiram 92,76% da receita. As demais despesas foram assim distribuídas em 1984: 3,51% com medicamentos, 2,60% com materiais e 1,13% com outras despesas.

A escassez de recursos é, sem dúvida, um dos maiores impecilhos ao desenvolvimento do trabalho e seus reflexos podem ser percebidos nas considerações que vêm a seguir.

6.4 - Recursos Humanos

O quadro de pessoal da ASMS em dezembro de 1984 é constituído por 8 médicos, em tempo parcial 5 em tempo integral, 4 enfermeiras de saúde pública em tempo integral e 1 em tempo parcial, e 39 auxiliares de saúde.

A insuficiência de pessoal sempre foi citada nos relatórios do Departamento de Saúde Coletiva da SSPS (relatórios da SSPS de 1976 a 1984). A falta crônica de auxiliares de saúde sobrecarrega as equipes dos postos de saúde e dificulta às enfermeiras o desempenho de na tarefa de supervisão. Por diversas vezes, postos rurais foram fechados durante férias ou licenças do único auxiliar destes postos, por não se dispor de número suficiente de auxiliares de saúde para proceder às substituições. Em 1981, segundo relatório da ASMS, deixou-se de proceder, com o fechamento destes postos, a 5.144 atendimentos de enfermagem, correspondentes a 4,4% do total de atendimentos de enfermagem realizados em todos os postos naquele ano (Londrina, Prefeitura Municipal, 1981).

A partir de 1983, passou-se a ter reforço através de recursos humanos provenientes de outras instituições; 1 médico e 3 auxiliares de saúde da FSCMR e 8 médicos autorizados do INAMPS passaram a prestar serviços na rede de postos de saúde da prefeitura. Essa integração com outras instituições refletiu-se por um lado, num aumento quantitativo dos serviços prestados; mas por outro lado, percebe-se, segundo informação prestada por funcionários da ASMS, que a presença de servidores de outras instituições causa alguns transtornos para as equipes dos postos de saúde. As principais dificuldades citadas são: discrepâncias salariais, manutenção de elo com a instituição de origem, gerando duplo comando e, no caso espe-

cífico dos médicos autorizados do INAMPS, até mesmo a falta de um vínculo empregatício.

Outras deficiências na política de recursos humanos apontadas pelos relatórios são: ausência de carreira para promoção funcional por mérito, não pagamento de taxa de insalubridade, falta ou insuficiência de auxílio locomoção e alimentação, não fornecimento de bolsas de estudo e não reconhecimento da categoria profissional "auxiliar de saúde".

6.5 - Produção de serviços

A produção de serviços prestados pela rede de postos de saúde da prefeitura vem crescendo continuamente, como pode ser observado na tabela 35.

Equiparando-se o número dos diversos serviços produzidos e o número de postos existentes em 1978, ao valor 100, pode-se melhor avaliar o crescimento relativo dos mesmos no gráfico 7,

Como se observa, o crescimento dos serviços não vem sendo acompanhado do aumento proporcional do número de postos, acarretando, portanto, o aumento de serviços por unidade de saúde.

O atendimento de enfermagem apresenta um crescimento contínuo durante todo o período estudado, refletindo o aumento constante da demanda.

O número de consultas médicas, que se manteve praticamente estagnado no período de 1980 a 1982, começou a se elevar significativamente a partir de 1983, ano em que foi contratado mais um profissional pela prefeitura, e a Secretaria de Estado da Saúde colocou um profissional à disposição da prefeitura, em dezembro de 1983. A agência local do INAMPS permitiu que 8 médicos autorizados fossem alocados em postos de saúde da prefeitura, o que manteve o crescimento do número de consultas médicas prestadas em 1984.

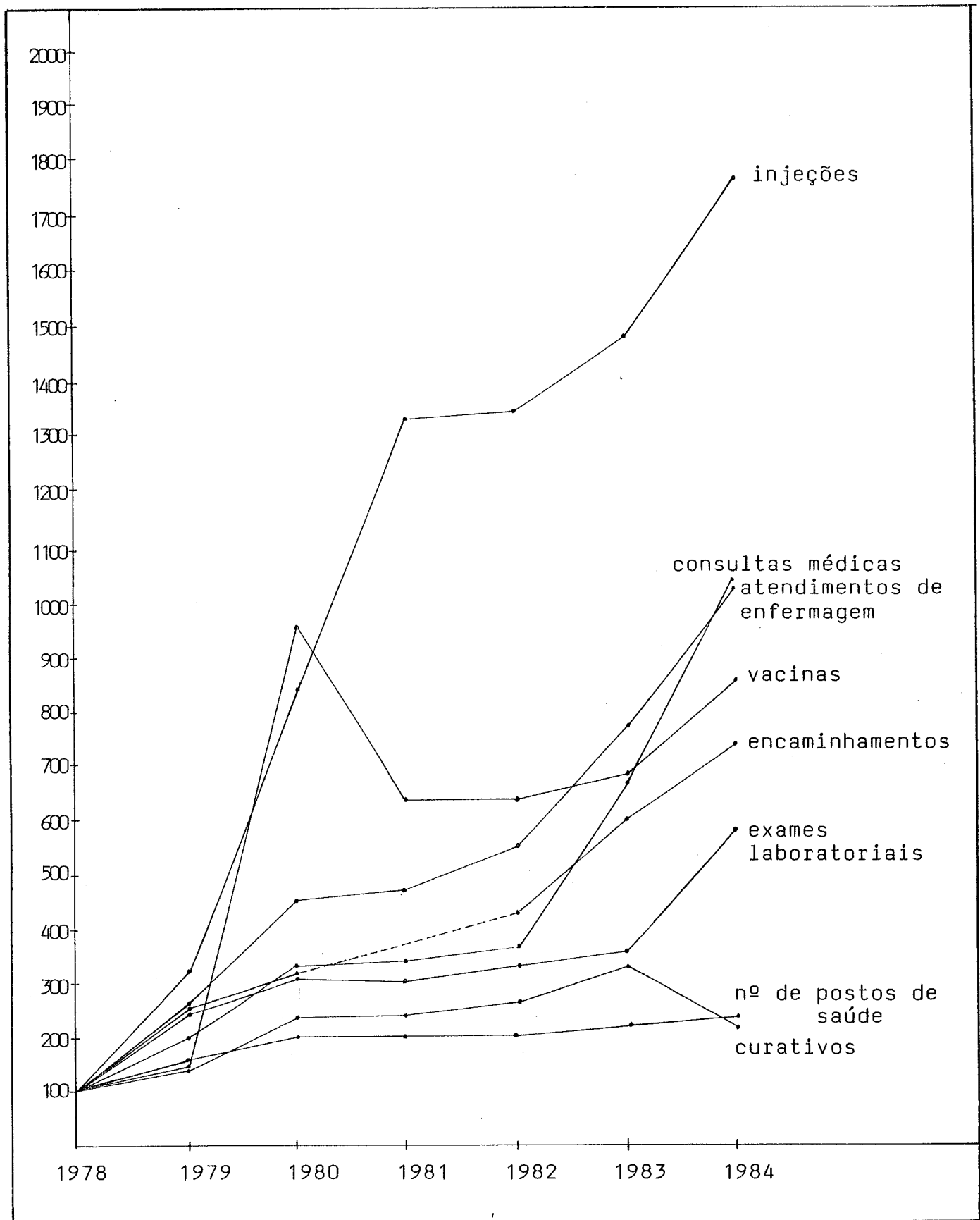
Tabela 35 - PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NOS POSTOS DE SAÚDE E EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE POSTOS
DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE
LONDRINA - 1978 - 1984

SERVIÇOS	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Atendimento de enfermagem	25.320	67.647	116.274	119.758	142.857	194.776	306.743
Consultas médicas	2.835	5.425	9.477	9.801	10.496	18.683	40.763
Vacinas (doses aplicadas)	4.580	6.982	43.595	29.113	29.209	31.499	39.295
Pessoas q.rec.medicamentos	*	28.556	43.241	*	64.668	74.702	138.216
Exames laboratoriais	3.559	8.889	11.204	10.975	11.910	12.814	20.691
Curativos	12.237	17.017	29.249	29.429	32.942	41.348	27.380
Injeções	1.394	4.497	11.724	18.558	18.766	20.659	24.490
Encaminhamentos	835	1.395	2.672	*	3.632	5.013	6.139
Nº de postos	7	11	15	15	15	16	17

* Dados não Disponíveis

FONTE: Londrina - Prefeitura Municipal S.S.P.S.

GRÁFICO 7
CRESCIMENTO RELATIVO DOS SERVIÇOS E POSTOS
DE SAÚDE DE LONDRINA



FONTE: Prefeitura Municipal de Londrina.

Em relação ao número de doses de vacinas aplicadas, chama a atenção um pico ocorrido em 1980. Há 2 fatos que contribuíram para este pico:

a - nos primeiros anos de funcionamento da rede de postos de saúde da prefeitura havia falta frequente de vacinas, já que o fornecimento das mesmas pelo governo estadual era muito irregular, chegando a Autarquia do Serviço Municipal de Saúde a comprar vacinas em São Paulo e no Rio de Janeiro, o que, no entanto, também não garantiu um abastecimento regular dos postos de saúde; 1980 foi o primeiro ano em que houve um repasse de vacinas da SESB para a ASMS, permitindo a imunização de toda uma clientela acumulada dos postos de saúde que permanecia não imunizada.

b - a este fato somou-se ainda uma divulgação maior da necessidade de imunização através das campanhas de vacinação Sabin, que foram iniciadas em 1980, sendo que neste ano foram realizadas 4 campanhas na cidade de Londrina.

Os números de exames laboratoriais realizados, apesar de apresentarem também um crescimento principalmente no ano de 1984, não acompanharam a expansão do atendimento prestado, caindo proporcionalmente para cerca da metade. Em 1978 foram prestados 25.320 atendimentos de enfermagem e 2.835 consultas médicas, que geraram 3.559 exames de laboratório, havendo uma proporção de 1 exame para cada 7,9 atendimentos; em 1984 os 306743 atendimentos de enfermagem, somados aos 40.763 atendimentos médicos geraram 24.497 exames complementares, numa proporção de 1 exame para cada 14,2 atendimentos.

O número de curativos realizados na rede de postos vinha crescendo gradativamente, caindo significativamente, no ano de 1984, ano em que foi implantada nova rotina de realização de curativos, visando uma maior racionalização desta atividade.

Com relação ao número de injeções aplicadas chama atenção, no gráfico 7, o grande aumento relativo desta atividade específica, que cresceu mais que 1600 vezes no período analisado. Na rede de postos de saúde da prefeitura aplicam-se

injeções apenas mediante apresentação de receita médica, quer seja dos médicos da própria rede de serviços, quer seja de profissionais de outros serviços. Possivelmente a prestação deste serviço, que praticamente não depende da infra-estrutura, possa ser tomada como parâmetro quanto ao real crescimento da demanda aos postos de saúde.

O número de encaminhamentos a outros serviços apresentou um crescimento proporcionalmente menor que o número de atendimentos médicos e de enfermagem prestados, indicando, possivelmente, um aumento na resolutividade dos postos de saúde, ou uma "auto-triagem" da população, que no caso de intercorrências de maior complexidade procura os serviços de nível secundário e terciário.

Finalmente, pode-se considerar que a expansão do número de consultas médicas, atendimentos de enfermagem, curativos, exames laboratoriais, fornecimento de medicamentos e curativos dependem fundamentalmente da limitação da infra-estrutura montada (número de recursos humanos à disposição, disponibilidade de medicamentos básicos, reagentes, etc). Já a aplicação de injeções depende menos dessa infra-estrutura montada, o que leva a pensar que o grande crescimento apresentado pela prestação deste serviço específico possa servir de parâmetro quanto à demanda potencial aos postos de saúde, que se encontra reprimida pela limitação da estrutura.

6.6 - Principais dificuldades para a implementação do serviço

A produção de serviços, embora tenha crescido significativamente durante o período analisado, tem sido prejudicada muito por dificuldades encontradas pela ASMS na manutenção dos postos de saúde.

As principais dificuldades citadas nos relatórios do Departamento de Saúde Coletiva da Secretaria de Saúde

e Promoção Social têm sido:

- insuficiência de materiais de consumo - tais como: medicamentos básicos, material para curativos, impressos, material de limpeza, reagentes para exames de laboratório, e até combustível que foi racionado durante os anos 1981 e 1982;

- falta de assistência técnica para reparo de instrumentos. Até recentemente, os aparelhos danificados ou não eram consertados ou o eram precariamente por um almojarife improvisado em mecânico de tais peças (atualmente encaminham-se os aparelhos danificados para oficinas especializadas);

- estrutura física: diversos postos apresentam estrutura física deficiente, com problemas nas instalações elétricas e/ou hidráulica; houve, no entanto, melhorias significativas nos últimos 2 anos nos postos mais problemáticos;

- transporte: uma frota pequena, com veículos desgastados pelo tempo de uso, associada a épocas de falta absoluta de combustível (em 1981 e 1982), tem prejudicado em muito o desenvolvimento dos serviços. Tem-se suprimido períodos de supervisão de enfermagem e de consultas médicas nos postos de zona rural por falta de transporte, e o transporte de doentes graves a centros de referência tem sido deficiente. Não ocorreu mais falta de combustíveis e aos poucos a frota está sendo renovada, a partir de 1983;

- comunicação telefônica: diversos postos da periferia urbana não têm telefone, o que dificulta o trabalho.

Em resumo, pode-se dizer que a escassez de recursos é uma das principais dificuldades, e certamente é a que mais diretamente vem afetando a execução dos serviços e limitando a sua expansão em bases qualitativamente aceitáveis. As principais causas dos problemas financeiros são: a redução do orçamento real da municipalidade, a redução proporcional do orçamento da SSPS e a participação praticamente insignificante de outras instituições, principalmente a Previdência Social no

custeio dos serviços, que, por vezes tem seus contribuintes usufruindo dos mesmos. A escassez de recursos acarreta, como consequência, a precariedade dos mesmos: dificuldade de recrutamento e qualificação do pessoal, desestímulo e sobrecarga de trabalho, falta de insumos para operacionalização dos postos e falência dos sistemas de apoio.

A expansão da demanda, pressionando a expansão dos serviços, agrega novas barreiras à sua adequada execução, particularmente quando a expansão se dá com recursos escassos. A expansão da demanda constitui-se em exigência de natureza política e surge por força do crescimento populacional, urbanização acelerada do município e deterioração da qualidade de vida. A esfera de governo mais vulnerável à pressão popular é justamente o poder municipal. A política de assistência médica do INAMPS, que resulta na existência de serviços centralizados e de difícil acesso, reforça a tendência da população recorrer aos postos de saúde periféricos.

A área de recursos humanos carece de uma política uniforme para todas as áreas profissionais e que incentive o aprimoramento e dedicação.

Além destas dificuldades, Almeida (1979) identifica os seguintes obstáculos ao desenvolvimento do trabalho:

Obstáculos ligados à dificuldade de se operacionalizar conceitos ideológicos comprometidos com os legítimos interesses populares. Estes obstáculos se refletem, por um lado, na dificuldade em redirecionar as tarefas tradicionais dos agentes de saúde, e por outro, em fazer com que os profissionais, principalmente os de nível universitário, aceitem certa morosidade com que se dá a organização e conscientização do pessoal auxiliar.

Pode-se citar ainda obstáculos de natureza política que dificultaram o relacionamento funcional com a Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social e com a Universidade Estadual de Londrina. Ambas as instituições, em determinadas épocas sob o controle político partidário divergente daquela municipalidade, ofereceram resistência à aten-

ção conjunta. A primeira, por exemplo, negligenciou o fornecimento de vacinas e o credenciamento dos postos municipais para a vacinação. A segunda rompeu com a SSPS o convênio que permitia o encaminhamento de pacientes ao Hospital Universitário. (Almeida, 1979).

VII - CONCLUSÕES

A premissa de que se parte é de que a municipalização dos serviços de saúde é desejável, admitindo-se que a proximidade dos serviços com o poder decisório, o executivo municipal, e a proximidade da população com o referido poder e com os serviços, são fatores importantes para assegurar a boa qualidade dos mesmos.

Entende-se também que a ênfase dos serviços municipais deve recair sobre a assistência primária de saúde (APS), entendida como aquela que é prestada por profissionais de nível médio e elementar, executando tarefas preventivas e curativas de cuidados à saúde em caráter permanente, supervisionada por profissionais de nível superior e também prestada por profissionais de nível superior em caráter contínuo ou intermitente, em unidades sanitárias descentralizadas.

Em primeiro lugar, o trabalho demonstra a necessidade de ampliação da APS no Estado.

O quadro nosológico apresenta ainda altas incidências de doenças infecciosas e parasitárias e incidências altas e crescentes de doenças do aparelho circulatório e degenerativas. Grande número de doenças destes grupos são erradicáveis, redutíveis ou controláveis por medidas de APS. Também o alto índice de causas mal definidas é passível de redução pela extensão de cobertura da assistência.

O baixo nível de renda de grandes contingentes populacionais e, portanto, as precárias condições de vida a que estão submetidos, criam condições adversas à saúde, aumentando a necessidade de atendimento precoce e ações preventivas.

Estão ainda a demonstrar a necessidade de expansão da APS, a existência de número insuficiente de unidades sanitá-

rias (embora a excessiva disponibilidade de leitos hospitalares e de serviços de maior complexidade), a baixa cobertura de consultas médicas e as coberturas vacinais ainda aquêm do desejável.

Embora na década de 70 o crescimento demográfico do Estado tenha sido muito baixo, algumas regiões, especialmente a região metropolitana de Curitiba apresentaram crescimento bastante elevado. Para estas áreas pode-se dizer que a expansão de serviços municipais não só é necessária, mas impositiva e urgente.

Quanto à viabilidade da expansão dos serviços municipais, há que se considerar os fatores facilitadores e entraves à mesma.

Antes, porém, pode-se dizer que a simples constatação da existência de certo número de municípios que mantêm serviços de saúde (num momento da política nacional em que pouco ou nada tem sido feito no sentido da descentralização, e na ausência de uma política de saúde descentralizadora, quer no Estado, quer na União) aponta no sentido da viabilidade da municipalização.

Este fato está a demonstrar que há, no mínimo, predisposição de municípios para a criação e desenvolvimento de serviços próprios, o que permite colocar como condicionamento principal da referida municipalização a determinação política dos níveis de governo estadual e principalmente federal.

Entre os fatores analisados destacam-se como facilitadores:

Índice razoavelmente alto de população aglomerada (urbana e aglomerados rurais), fácil e rapidamente atingíveis por serviços descentralizados.

Distribuição territorial bastante homogênea dos maiores municípios, polos naturais, em sua maioria sedes regionais da SESB/FSCMR, o que facilita a atuação normativa, treinamento de recursos humanos, suporte técnico, distribuição de insumos e outras ações que o Estado deverá, regionalizadamente, colocar à disposição dos municípios. Esta distribuição territo-

rial das maiores cidades facilita também a regionalização hierarquizada dos serviços.

A boa capilaridade da rede estadual, chegando a todos os municípios, permite para o nível local, as mesmas relações feitas acima para o nível regional.

Por fim, pode-se considerar como fator facilitador o contexto político por que passa o País, que poderá abrir espaço para o redirecionamento da política nacional de saúde, aumentando-se as possibilidades de descentralização, de ênfase às atividades ambulatoriais, e, portanto, da municipalização. Também este contexto, tendente ao encerramento do ciclo autoritário, deverá abrir canais às reivindicações populares, por um lado, e por outro, exigirá respostas a essas demandas, explicitadas num momento de crise do principal órgão financiador, a Previdência Social, podendo ser a municipalização alternativa privilegiada pela elevada eficácia e baixo custo.

Entre os principais entraves destacam-se as diversas facetas sob as quais se apresentam os problemas de recursos financeiros.

Em primeiro lugar, cabe ressaltar as dificuldades inerentes à estrutura tributária centralizada causando dificuldades de disponibilidade de recursos aos Estados e municípios pela escassez de tributos cobrados diretamente, e pelos problemas burocráticos, administrativos e políticos causados pelas transferências de tributos arrecadados por esferas superiores de governo e transferidos às inferiores.

Em segundo lugar, deve-se considerar que a municipalização deverá acarretar aumento de despesas com saúde para o Estado, pois, caberá a este deste uma série de encargos gerados pela municipalização, dos quais, entre outros, pode-se citar: suporte financeiro, técnico, de serviços de referência de maior complexidade, além de serviços regionais de apoio.

Desta forma, o comportamento orçamentário e das despesas do Estado e da saúde pode indicar a possibilidade de estrangulamento neste setor. De fato, os recursos programados e as despesas efetuadas pela saúde nos últimos anos têm

sido oscilantes e sem clara tendência de crescimento em relação ao programado e dispendido pelo Estado (tanto quando se consideram os recursos totais do Estado como quando se considera a receita própria do mesmo). Além disto, constata-se perda real de recursos nas execuções orçamentárias no conjunto dos anos analisados, tanto para o Estado como para a saúde.

A experiência do município de Londrina, embora não generalizável para pequenos municípios, demonstra que, havendo determinação política, é possível a criação de serviços municipais de razoável porte. De resto, a análise desta experiência é menos útil para conclusões globalizantes que para a orientação de futuros serviços a serem criados.

RECOMENDAÇÕES

Antes de passar às recomendações, cabe comentar que algumas das que se faz a seguir sãõ serão possíveis com o reaquecimento da economia, sem o que, grande parte das questões financeiras seriam dificilmente equacionáveis.

Em seguida, enumeram-se algumas recomendações julgadas prioritárias para se implementar serviços municipais de saúde no Paraná.

1 - Apoio financeiro imediato da União aos Estados, para que os mesmos se capacitem para as novas demandas, decorrentes da municipalização.

2 - Melhoria nos mecanismos de arrecadação do Estado.

3 - Aumento dos recursos do Estado destinados à Saúde.

4 - Apoio imediato do Estado para a expansão da rede pública municipal, deixando o mesmo de expandir serviços de APS, e até mesmo repassando a algumas prefeituras estes serviços estaduais.

5 - Reforma tributária que permitirá a substituição da estratégia transitória (enquanto forma de financiamento) das AIS, pois assim os serviços municipais poderão ser custeados com recursos dos próprios municípios. O mesmo raciocínio aplica-se aos Estados.

6 - Incremento da estratégia das AIS como forma de municipalização.

7 - Adequação dos serviços do Estado para capacitá-los a desempenhar o papel de referência às redes de APS, tanto no que diz respeito a Unidade Sanitárias e Hospitais, co-

mo a órgãos de apoio.

8 - Definição dos papéis dos municípios, Estado e União, assumindo as três esferas de governo papéis hierarquizados de complexidade crescente, do município à União. Esta definição mais do que teórica, deve ser conquistada na prática com a convivência que as AIS exigem entre as esferas de governo.

ANEXOS

ANEXO 1

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO REENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970		POPULAÇÃO REENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)
	TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE	HOMENS	MULHERES	
PARANÁ	7.749.523	6.936.743	7.630.202	3.850.653	3.779.549	119.321	0.94
ABATIÁ	9784	15521	9669	4954	4715	115	-4.62
ADRIANÓPOLIS	11144	11555	11115	5704	5411	29	-0.39
AGUDOS DO SUL	5210	5419	5204	2684	2520	6	-0.40
ALMIRANTE TAMANDARÉ	34321	15367	34226	17555	16671	95	8.34
ALTÔNIA	43273	43027	42804	22248	20556	469	-0.05
ALTO PARANÁ	13445	19560	13342	6962	6380	103	-3.75
ALTO PIQUIRI	23060	40611	22682	11685	10997	378	-5.66
ALVORADA DO SUL	12657	19249	12551	6443	6108	106	-4.19
AMAPORÁ	3282	4843	3245	1679	1566	37	-3.93
AMPERE	15779	13278	15612	8001	7611	167	1.63
ANDIRÁ	17735	20133	17537	8810	8727	198	-1.37
ANTONINA	16538	16457	16302	8270	8032	236	-0.09
ANTONIO OLINTO	6856	7155	6832	3637	3195	24	-0.46
APUCARANA	81730	69322	80124	39692	40432	1606	1.46
ARAPONGAS	55536	51250	54675	27080	27595	861	0.65
ARAPOTI	17479	13667	17125	9014	8111	354	2.28
ARARUNA	14319	23323	14228	7300	6928	91	-4.82
ARAUCÁRIA	35145	17162	34832	17763	17072	313	7.33
ASSAÍ	22101	29116	22000	11080	10920	101	-2.76

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO REENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO REENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES	
			TOTAL	HOMENS		
ASSIS CHATEAUBRIAND	78784	55363	27752	26931	680	- 3.59
ASTORGA	24967	20873	10515	10168	190	- 1.86
ATALAIA	6538	4764	2461	2271	32	- 3.18
BALSA NOVA	4709	5319	2719	2564	36	1.16
BANDEIRANTES	38793	34671	17021	16682	968	- 1.40
BARBOSA FERRAZ	37320	37617	19427	17976	214	0.02
BARRAÇÃO	16401	18254	9265	8883	106	1.02
BARRA DO JACARÉ	6666	4023	2044	1936	43	- 5.03
BELA VISTA DO PARAÍSO	18254	15330	7484	7516	330	- 1.94
BITURUNA	9092	11753	6073	5641	39	2.57
BOA ESPERANÇA	14094	8535	4361	4117	57	- 4.96
BOCAIÚVA DO SUL	10733	12219	6413	5722	84	1.24
BOM SUCESSO	16043	9443	4852	4535	56	- 5.22
BORRAZÓPOLIS	24143	15625	7974	7501	150	- 4.35
CAFEARA	4876	3162	1654	1496	12	- 4.28
CALIFÓRNIA	11581	8252	4163	3941	148	- 3.51
CAMBARÁ	25645	21574	10797	10568	209	- 1.81
CAMBÉ	35604	54219	27239	26629	351	4.23
CAMBIRA	20277	12067	6305	5722	40	- 5.09
CAMPINA DA LAGOA	39037	23625	12000	11232	393	- 5.06

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO RECENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO RECENSEADA EM 1980			TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE	NÃO MORADORES PRESENTES	
		TOTAL	HOMENS	MULHERES	
CAMPINA GRANDE DO SUL	7835	10034	5073	4727	2.20
CAMPO DO TENENTE	4426	3881	2013	1853	-1.34
CAMPO LARGO	34340	55297	27570	27331	4.80
CAMPO MOURÃO	77141	76775	37859	37608	-0.22
CÂNDIDO DE ABREU	14543	18647	9687	8854	2.46
CAPANEMA	21717	26073	13175	12607	1.73
CAP. LEÔNIDAS MARQUES	23331	41206	20993	19876	5.77
CARLÓPOLIS	15591	13666	6987	6565	-1.39
CASCABEL	89417	166395	82277	81261	6.22
CASTRO	37601	51058	25133	14747	2.37
CATANDUVAS	25868	36734	18729	17618	3.46
CENTENÁRIO DO SUL	19558	16582	8505	7914	-1.73
CERRO AZUL	18369	20064	10310	9592	0.80
CÉU AZUL	23249	25898	13034	12416	0.91
CHOPINZINHO	27124	35524	18060	17128	2.64
CIANORTE	52459	49638	24625	24184	-0.72
CIDADE GAÚCHA	12989	8336	4164	4089	-4.43
CLEVELÂNDIA	13482	17124	8336	8449	2.22
COLOMBO	19229	63107	31902	30972	12.58
COLORADO	16126	17214	8693	8377	0.57

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO RECENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO RECENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES	
			TOTAL	HOMENS		
CONGONHINHAS	18474	8334	4250	4063	21	-7.67
CONSELHEIRO MAIRINCK	6553	3691	1913	1778	55	-5.58
CONTENDA	7212	7552	3779	3773	64	0.46
CORBÉLIA	39659	36394	18533	17339	522	-1.00
CORNÉLIO PROCÓPIO	49749	42614	21255	21359	535	-1.54
CORONEL VIVIDA	22446	27276	13701	13257	318	1.85
CRUZEIRO DO OESTE	37639	27522	13783	13483	256	-3.17
CRUZEIRO DO SUL	8096	5792	2978	2722	92	-3.45
CRUZ MACHADO	13571	15175	7828	7324	23	1.11
CURITIBA	608417	1052147	496237	529742	26168	5.36
CURIÚVA	17698	19785	10158	9501	126	1.06
DIAMANTE DO NORTE	7645	8512	4415	3981	116	0.94
DOIS VIZINHOS	37324	43075	21723	20813	539	1.32
DOUTOR CAMARGO	9217	6668	3318	3294	56	-3.27
ENÉAS MARQUES	13901	14417	7314	6966	137	0.27
ENGENHEIRO BELTRÃO	25304	15400	7879	7521	144	-4.84
FAXINAL	33893	25485	13114	12371	271	-2.81
FENIX	14785	7462	3793	3669	117	-6.61
FLORAÍ	10999	6639	3406	3233	115	-4.92
FLORESTA	8297	4300	2163	2137	36	-6.36
FLORESTÓPOLIS	9773	12152	6378	5774	72	2.20

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO RECENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO RECENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)	
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES		
			TOTAL	HOMENS			MULHERES
FLÓRIDA	2987	2025	1989	1023	966	36	-3.98
FORMOSA DO OESTE	44382	36424	36028	18522	17506	396	-2.06
FOZ DO IGUAÇU	34026	141726	136479	69307	67172	5247	14.90
FRANCISCO ALVES	20438	14834	14711	7587	7124	123	-3.23
FRANCISCO BELTRÃO	36730	49613	44781	24415	24366	832	2.88
GENERAL CARNEIRO	6849	9023	8991	4678	4313	32	2.76
GOIO-ERÊ	75776	49600	48798	24947	23851	802	-4.31
GRANDES RIOS	36503	35461	35350	18343	17007	111	-0.32
GUAÍRA	32866	30012	29196	14674	14522	816	-1.18
GUAIRAÇÁ	7940	7171	7107	3634	3473	64	-1.10
GUAPIRAMA	5136	3222	3164	1658	1506	58	-4.73
GUAPOREMA	5981	2712	2691	1355	1336	21	-7.68
GUARACI	7686	5696	5681	2873	2808	15	-2.98
GUARANIAÇU	28719	34779	34556	17761	16795	223	1.87
GUARAPUAVA	111042	159096	157393	78888	78505	1703	3.55
GUARAQUEÇABA	7712	7724	7662	4130	3532	62	-0.07
GUARATUBA	9436	13028	12180	6288	5892	848	2.59
IBAITI	31534	28854	28446	14580	13866	408	-1.03
IBIPORÁ	27156	27831	27620	13917	13703	211	0.17
ICARAÍMA	24817	16769	16400	8447	7953	369	-4.06

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO REENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO REENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES	
		TOTAL	HOMENS	MULHERES		
IGUARAÇÚ	9843	6646	3300	3223	123	-4.03
IMBITUVA	20414	22113	11110	10892	111	0.75
INÁCIO MARTINS	7662	10504	5450	5030	24	3.18
INAJÁ	4407	2717	1375	1307	35	-4.85
INDIANÓPOLIS	11655	9126	4722	4354	50	-2.47
IPIRANGA	9527	10074	5177	4850	47	0.51
IPORÃ	51773	38074	19319	18255	500	-3.15
IRATI	36532	42662	20876	21351	435	1.46
IRETAMA	15014	22302	11416	10679	207	3.94
ITAGUAJÉ	8594	5379	2694	2540	145	-4.84
ITAMBARACÁ	11638	8784	4550	4151	83	-2.87
ITAMBÉ	15000	6638	3361	3361	63	-7.92
ITAJEJARA DO OESTE	10082	10175	5126	5126	63	0.03
ITAÚNA DO SUL	4605	4131	2167	2167	20	-1.08
IVAÍ	10112	10673	5427	5427	157	0.39
IVAIPORÃ	67671	62768	31873	31873	300	-0.80
IVATUBA	13928	2838	1283	1283	295	15.64
JABOTI	5905	5191	2704	2704	12	-1.30
JACAREZINHO	38806	39498	19441	19441	537	-3.91
JAGUAPITÃ	16728	12161	6223	6223	150	-3.26

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO REENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO REENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES	
			TOTAL	HOMENS		
JAGUARIAÍVA	15144	15325	7712	7613	320	0.12
JANDAIA DO SUL	21641	17775	8886	8889	404	-1.95
JANIÓPOLIS	22698	13734	7105	6629	115	-4.90
JAPIRA	8313	5772	2973	2799	64	-3.58
JAPURÁ	12919	10501	5432	5069	226	-2.05
JARDIM ALEGRE	34873	28659	14712	13947	194	-1.94
JARDIM OLINDA	2413	1306	675	631	31	-5.95
JATAIZINHO	10941	9542	4890	4652	132	-1.86
JOAQUIM TÁVORA	12425	10386	5238	5148	130	-1.78
JUNDIAÍ DO SUL	8510	5478	2733	2680	65	-4.42
JUSSARA	10766	5725	2904	2821	39	-6.12
KALORÉ	14000	8369	4286	4083	54	-5.02
LAPA	32150	34972	17869	17103	798	0.84
LARANJEIRAS DO SUL	39549	62830	32124	30706	1028	4.78
LEÓPOLIS	12044	5182	2653	2529	3	-8.09
LOANDA	19225	19449	9834	9615	312	0.12
LOBATO	6207	3413	1795	1618	56	-5.81
LONDRINA	228532	301749	148540	153209	7671	2.82
LUPIONÓPOLIS	5894	5108	2620	2488	68	-1.42
MALLET	10026	10050	3	4907	195	0.02

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO RECENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO RECENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)	
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES		
			TOTAL	HOMENS			MULHERES
MAMBORÉ	34507	24982	24710	12722	11998	272	-3.28
MANDAGUAÇU	16745	14124	14030	7300	6730	94	-1.75
MANDAGUARI	30418	24855	24487	12154	12333	368	-2.15
MANDIRITUBA	11051	15513	15454	7921	7533	59	3.41
MANGUEIRINHA	15723	21388	21166	10892	10274	222	3.02
MANGEL RIBAS	12544	16135	15950	8285	7665	185	2.43
MARECHAL CÂNDIDO RONDON	43696	56762	56229	28162	28067	533	2.55
MARIA HELENA	41187	25241	24963	12980	11983	278	-4.88
MARIALVA	37505	42676	42369	21462	20907	307	1.23
MARILÂNDIA DO SUL	21923	14006	13923	7104	6819	83	-4.44
MARILENA	6960	7026	6970	3621	3349	56	0.01
MARILUZ	23075	13618	13458	6918	6540	160	-5.25
MARINGÁ	121461	172662	168194	82691	85503	4468	3.31
MARIÓPOLIS	6894	6290	6215	3143	3072	75	-1.03
MARMELEIRO	12654	14608	14416	7344	7072	192	1.31
MARUMBI	12552	6775	6744	3445	3299	31	-6.02
MATELÂNDIA	24596	33455	33212	17129	16083	243	3.05
MATINHOS	4292	6022	5679	2892	2787	343	2.84
MEDIANEIRA	31160	50017	49225	24993	24232	792	4.68
MIRADOR	3141	2052	2027	1045	982	25	4.29

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO RECENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO RECENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)	
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES		
			TOTAL	HOMENS			MULHERES
MIRASELVA	7698	6016	5943	3120	2823	73	-2.55
MOREIRA SALLES	23989	19118	18951	9798	9153	167	-2.33
MORRETES	11838	13403	13253	6750	6503	150	1.14
MUNHOZ DE MELLO	7379	4927	4898	2562	2336	29	-4.02
NOSSA SEN.DAS GRAÇAS	6298	4304	4265	2216	2049	39	-3.82
NOVA ALIANÇA DO IVAÍ	1948	1077	1077	558	519	0	-5.75
NOVA AMÉRICA DA COLINA	6879	4491	4480	2346	2134	11	-4.20
NOVA AURORA	30545	18657	18380	9434	8946	277	-4.95
NOVA CANTÚ	15117	11999	11918	6172	5746	81	-2.35
NOVA ESPERANÇA	29101	24381	23977	12044	11933	404	-1.92
NOVA FÁTIMA	12496	8182	8175	4168	4007	7	-4.15
NOVA LONDRINA	10691	12265	12096	6064	6032	169	1.24
NOVA OLÍMPIA	9488	6322	6253	3193	3060	69	-4.08
NOVA SANTA ROSA	8478	7052	6907	3482	3425	145	-2.03
ORTIGUEIRA	36688	50467	50073	26348	23725	394	3.16
OURIZONA	8335	4894	4883	2465	2418	11	-5.21
PAIÇANDU	12103	12025	11953	6142	5811	72	-0.12
PALMAS	26699	31329	30899	15577	15322	430	1.47
PALMEIRA	19976	24514	24329	12408	11921	185	1.99
PALMITAL	29444	34536	34067	17673	16394	519	1.47

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO REENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO REENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)	
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES		
			TOTAL	HOMENS			MULHERES
PALOTINA	40226	28754	28239	14391	13848	115	-3.48
PARAÍSO DO NORTE	11669	7959	7853	3929	3924	106	-3.88
PARANACITY	11653	8422	8323	4293	4030	99	-3.31
PARANAGUÁ	62510	83415	82062	41174	40888	1353	2.76
PARANAPOEMA	4037	2169	2161	1113	1048	8	-6.06
PARANAVAÍ	57459	66676	65367	32249	33118	1309	1.30
PATO BRANCO	33829	46853	45971	22658	23313	882	3.11
PAULA FREITAS	4698	4534	4519	2352	2167	15	-0.39
PAULO FRONTIN	5310	5460	5374	2786	2588	86	0.12
PEABIRU	24096	16231	16081	8166	7915	154	-3.96
PÉROLA	26964	21883	21570	10944	10626	313	-2.21
PÉROLA D'OESTE	15304	16828	16709	8625	8084	119	0.88
PIÊN	5349	6015	5993	3154	2839	22	1.14
PINHALÃO	7960	7351	7280	3810	3470	71	-0.89
PINHÃO	20481	34392	33441	17378	16063	951	5.03
PIRAÍ DO SUL	15025	17322	17095	8546	8549	227	1.30
PIRAQUARA	21266	71241	70561	36160	34401	680	12.74
PITANGA	64082	85636	84212	43407	40805	1424	2.77
PLANALTINA DO PARANÁ	8558	4695	4693	2446	2247	2	-5.83
PLANALTO	17201	20426	20307	10369	9938	119	1.67

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO REENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO REENSEADA EM 1980			TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE	NÃO MORADORES PRESENTES	
		TOTAL	HOMENS	MULHERES	
PONTA GROSSA	127019	190540	91341	95347	-3.93
PORECATU	22292	21795	10903	10589	-0.36
PORTO AMAZONAS	2913	2927	1471	1436	-0.02
PORTO RICO	6198	5378	2781	2559	-1.48
PORTO VITÓRIA	3103	3700	1868	1662	1.30
PRES. CASTELO BRANCO	5765	4783	2538	2214	-1.91
PRIMEIRO DE MAIO	25754	13340	6726	6483	-6.46
PRUDENTÓPOLIS	34462	40661	20239	19549	1.45
QUATIGUÁ	6097	5328	2683	2621	-1.38
QUATRO BARRAS	4079	5812	2954	2761	3.43
QUEDAS DO IGUAÇU	11322	32093	16262	15268	10.78
QUERÊNCIA DO NORTE	14207	9155	4747	4338	-4.37
QUINTA DO SOL	15948	7833	3978	3717	-7.03
QUITANDINHA	10866	12393	6378	6008	1.32
RANCHO ALEGRE	7478	4918	2468	2415	-4.17
REALEZA	16740	22015	10934	10781	2.64
REBOUÇAS	11142	11016	5572	5336	-0.21
RENASCENÇA	9268	8032	4009	3899	-1.57
RESERVA	20958	23843	12322	11378	1.24
RIBEIRÃO CLARO	14675	12751	6409	6163	-1.53
RIBEIRÃO DO PINHAL	19091	14975	7576	7326	-2.54

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO REENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO REENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)	
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES		
			TOTAL	HOMENS			MULHERES
RIO AZUL	9636	10756	10665	5565	5100	91	0.98
RIO BOM	10290	5085	5014	2584	2430	71	-6.94
RIO BRANCO DO SUL	25163	31913	31794	16340	15454	119	2.37
RIO NEGRO	18448	22278	21687	10755	10932	591	1.63
ROLÂNDIA	47920	41996	41425	20842	20583	571	-1.45
RONCADOR	13490	18240	18003	9419	8584	237	2.97
RONDON	22032	13002	12923	6757	6166	79	-5.20
SABAUDIA	8347	5008	4935	2528	2407	73	-5.12
SALGADO FILHO	12253	15651	15551	8030	7521	100	2.41
SALTO DO ITARARÉ	7379	7536	7488	3912	3576	48	0.15
SALTO DO LONTRA	31518	34527	34265	17683	16582	262	0.84
SANTA AMÉLIA	7072	4635	4622	2378	2244	13	-4.16
SANTA CECÍLIA DO PAVÃO	13307	9903	9869	5034	4834	35	-2.95
STª. CRUZ DO MONTE CASTELO	13193	10106	10008	5073	4935	98	-2.73
SANTA FÉ	11531	9627	9508	4873	4635	119	-1.91
SANTA HELENA	26859	35317	34952	17989	16963	365	2.67
SANTA INÊS	4841	2910	2897	1499	1398	13	-5.00
STª. ISABEL DO IVAÍ	21362	20402	20297	10501	9796	105	-0.51
STª. ISABEL DO OESTE	14823	16176	16028	8166	7862	150	0.78
SANTA MARIANA	22783	15506	15359	7805	7554	147	-3.87

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO REENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO REENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES	
			TOTAL	HOMENS		
SANTANA DO ITARARÉ	7546	7528	3913	3615	48	-0.02
STº. ANTONIO DA PLATINA	38651	36817	18449	18368	247	-0.48
STº. ANTONIO DO CAIUÁ	7288	4043	2104	1939	15	-5.72
STº. ANTONIO DO PARAÍSO	7134	3373	1744	1629	15	-7.22
STº. ANTONIO DO SUDOESTE	29679	35218	17939	17279	422	1.73
SANTO INÁCIO	8369	5613	2913	2700	32	-3.91
SÃO CARLOS DO IVAÍ	7571	4740	2420	2277	43	-4.66
SÃO JERONIMO DA SERRA	24500	16497	8488	7916	93	-3.93
SÃO JOÃO	15423	17318	8767	8361	190	1.05
SÃO JOÃO DO CAIUÁ	10284	7286	3666	3531	89	-3.51
SÃO JOÃO DO IVAÍ	47730	41365	21216	19853	296	-1.49
SÃO JOÃO DO TRIUNFO	10302	10869	5605	5215	49	0.49
SÃO JORGE DO OESTE	12083	13966	7094	6631	241	1.28
SÃO JORGE DO IVAÍ	17948	9298	4677	4459	162	-6.53
SÃO JOSÉ DA BOA VISTA	8502	9837	5156	4643	38	1.43
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS	34154	72127	35725	34912	1490	7.54
SÃO MATEUS DO SUL	23634	27335	13695	13300	340	1.34
SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	25269	34189	17640	16549	350	3.07
SÃO PEDRO DO IVAÍ	19388	10618	5334	5117	167	-5.99
SÃO PEDRO DO PARANÁ	6380	4875	2542	2270	63	-2.78
SÃO SEBAST. DA AMOREIRA	12820	6924	3503	3403	18	-6.00

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO RECENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

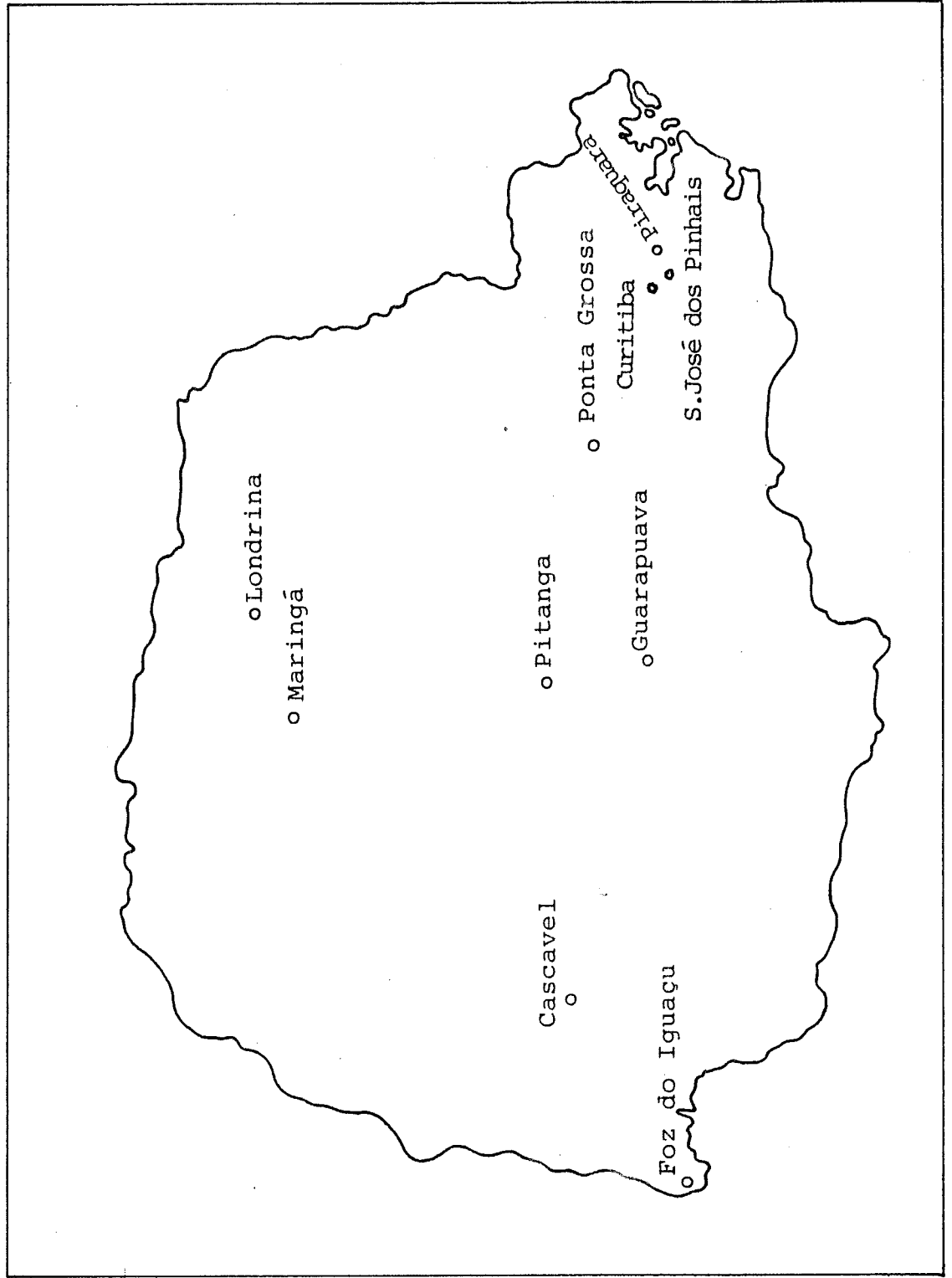
UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO RECENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)	
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES		
			TOTAL	HOMENS			MULHERES
SÃO TOMÉ	9312	7225	7143	3769	3374	82	-2.62
SAPOEMA	8600	8463	8419	4406	4013	44	-0.21
SENGÉS	11774	13714	13572	7160	6412	142	1.43
SERTANEJA	14298	6985	6920	3548	3372	65	-7.00
SERTANÓPOLIS	21985	16566	16409	8386	8023	157	-2.88
SIQUEIRA CAMPOS	15662	15461	15314	7693	7621	147	-0.22
TAMBOARA	9798	5343	5267	2695	2572	76	-6.02
TAPEJARA	22285	12851	12822	6641	6181	29	-5.38
TAPIRA	21375	12518	12468	6457	6011	50	-5.25
TEIXEIRA SOARES	12889	12993	12892	6608	6284	101	0.00
TELÉMAGO BORBA	37265	55294	54587	27403	27184	707	3.89
TERRA BOA	19711	16476	16257	8385	7872	219	-1.91
TERRA RICA	18030	17233	16999	8683	8316	234	-0.59
TERRA ROXA.	37227	25535	25216	12834	12382	319	-3.82
TIBAGI	20445	21180	20643	10782	9861	537	0.10
TIJUCAS DO SUL	7934	8013	7999	4178	3821	14	0.08
TOLEDO	64489	82513	81352	41556	39796	1161	2.35
TOMAZINA	20043	16125	15992	8314	7678	133	-2.23
TUNEIRAS DO OESTE	19817	12375	12290	6426	5864	85	-4.67
UBIRATÁ	40045	27726	27356	13820	13536	370	-3.74

POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970, POPULAÇÃO RECENSEADA E POPULAÇÃO
RESIDENTE EM 1980, POR SEXO, DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ

UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO RESIDENTE EM 1970	POPULAÇÃO RECENSEADA EM 1980				TAXA DE CRESCIM. ANUAL (*)	
		TOTAL	POPULAÇÃO RESIDENTE		NÃO MORADORES PRESENTES		
			TOTAL	HOMENS			MULHERES
UMJARAMA	113808	101929	100617	51153	49464	1312	-1.22
UNIÃO DA VITÓRIA	29764	40059	39626	19569	20057	433	2.90
UNIFLOR	4174	3087	3075	1627	1448	12	-3.01
URAI	18402	14162	13994	7161	6833	168	-2.70
WENCESLAU BRÁZ	15698	18579	18402	9383	9019	177	1.60
VERÊ	12679	12324	12293	6356	5937	31	-0.31
VITORINO	7616	6803	6718	3420	3298	85	-1.25
XAMBRE	19858	12309	12130	6220	5910	179	-4.81

(*) TAXA MÉDIA GEOGRÁFICA DE INCREMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE

ANEXO 2 - Localização das dez cidades mais populosas do Paraná em 1984



ANEXO 3 - MUNICÍPIOS COM UNIDADES SANITÁRIAS DAS PREFEITURAS.
 POPULAÇÃO, UNIDADES SANITÁRIAS EXISTENTES, SEGUNDO
 INSTITUIÇÃO A QUE PERTENCEM, E COEFICIENTES UNIDA-
 DES SANITÁRIAS/Nº DE HABITANTES. PARANÁ, 1980.

MUNICÍPIOS POR DIST. SANITÁRIOS	POPULAÇÃO	US-SESB	US/PREF	1US/HAB.
<u>D.S.M.</u>				
CURITIBA	1.025.979	13	13	22.303
<u>1º D.S.</u>				
PARANAGUÁ	82.062	1	3	20.515
<u>3º D.S.</u>				
ARAPOTI	17.125	1	1	8.562
CASTRO	49.880	1	3	12.470
ORTIGUEIRA	50.073	1	1	25.036
PONTA GROSSA	186.688	1	1	93.344
<u>4º D.S.</u>				
IRATI	42.227	1	4	8.445
PRUDENTÓPOLIS	39.788	1	4	7.957
SÃO MATEUS DO SUL	26.995	1	4	5.399
TEIXEIRA SOARES	12.892	1	4	2.578
<u>5º D.S.</u>				
GUARAPUAVA	157.393	1	11	13.116
PITANGA	84.212	1	1	42.106
PINHÃO	33.441	1	1	16.720
<u>6º D.S.</u>				
UNIÃO DA VITÓRIA	39.626	1	2	13.208
<u>7º D.S.</u>				
CHOPINZINHO	35.188	1	2	11.729
PATO BRANCO	45.971	1	1	22.985
SÃO JORGE DO OESTE	13.725	1	1	6.862
<u>8º D.S.</u>				
DOIS VIZINHOS	42.536	1	3	10.634
FRANCISCO BELTRÃO	48.781	1	2	16.260
PÉROLA DO OESTE	16.709	1	1	8.354
SALGADO FILHO	15.551	1	2	5.183
STA. IZABEL DO OESTE	16.028	1	1	8.014
STA. ANTONIO DO SUDOESTE	35.218	1	1	17.609

<u>9º D.S.</u>					
FOZ DO IGUAÇU	136.479	1	1	68.239	
MEDIANEIRA	49.225	1	2	16.408	
MATELÂNDIA	33.212	1	3	8.303	
SANTA HELENA	34.952	1	2	11.650	
SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	34.189	1	3	8.547	
<u>10º D.S.</u>					
CASCADEL	163.538	2	4	27.256	
CATANDUVAS	36.347	2	3	7.269	
CAP.LEÔNIDAS MARQUES	40.869	1	4	8.173	
CORBÉLIA	35.872	1	6	5.124	
GUARANIAÇÚ	34.556	1	2	11.518	
FORMOSA DO OESTE	36.028	2	3	7.205	
NOVA AURORA	18.380	1	1	9.190	
TOLEDO	81.352	1	4	16.270	
<u>11º D.S.</u>					
GOIO-ERÊ	48.798	1	2	16.266	
MAMBORÊ	24.710	1	2	8.236	
<u>12º D.S.</u>					
IPORÃ	37.574	1	1	18.787	
MARIA HELENA	24.963	2	1	8.321	
PÉROLA	21.570	1	1	10.785	
TERRA ROXA	25.216	1	1	12.608	
UMUARAMA	100.617	1	10	9.147	
<u>13º D.S.</u>					
INDIANÓPOLIS	9.076	1	1	4.538	
TAPEJARA	12.822	1	1	6.411	
<u>14º D.S.</u>					
QUERÊNCIA DO NORTE	9.085	1	1	4.542	
STA. IZABEL DO IVAÍ	20.297	1	2	6.765	
<u>16º D.S.</u>					
APUCARANA	80.124	1	6	11.446	
GRANDES RIOS	35.350	1	1	17.675	
<u>17º D.S.</u>					
BELA V.DO PARAÍSO	15.000	1	1	7.500	
CAMBÉ	53.868	1	1	26.934	
LONDRINA	301.749	5	8	17.749	
MIRASELVA	5.943	1	1	2.971	

18º D.S.

ANDIRÁ	17.537	1	1	8.768
CORNÉLIO PROCÓPIO	42.614	1	1	21.307
SANTA MARIANA	15.359	1	2	5.119

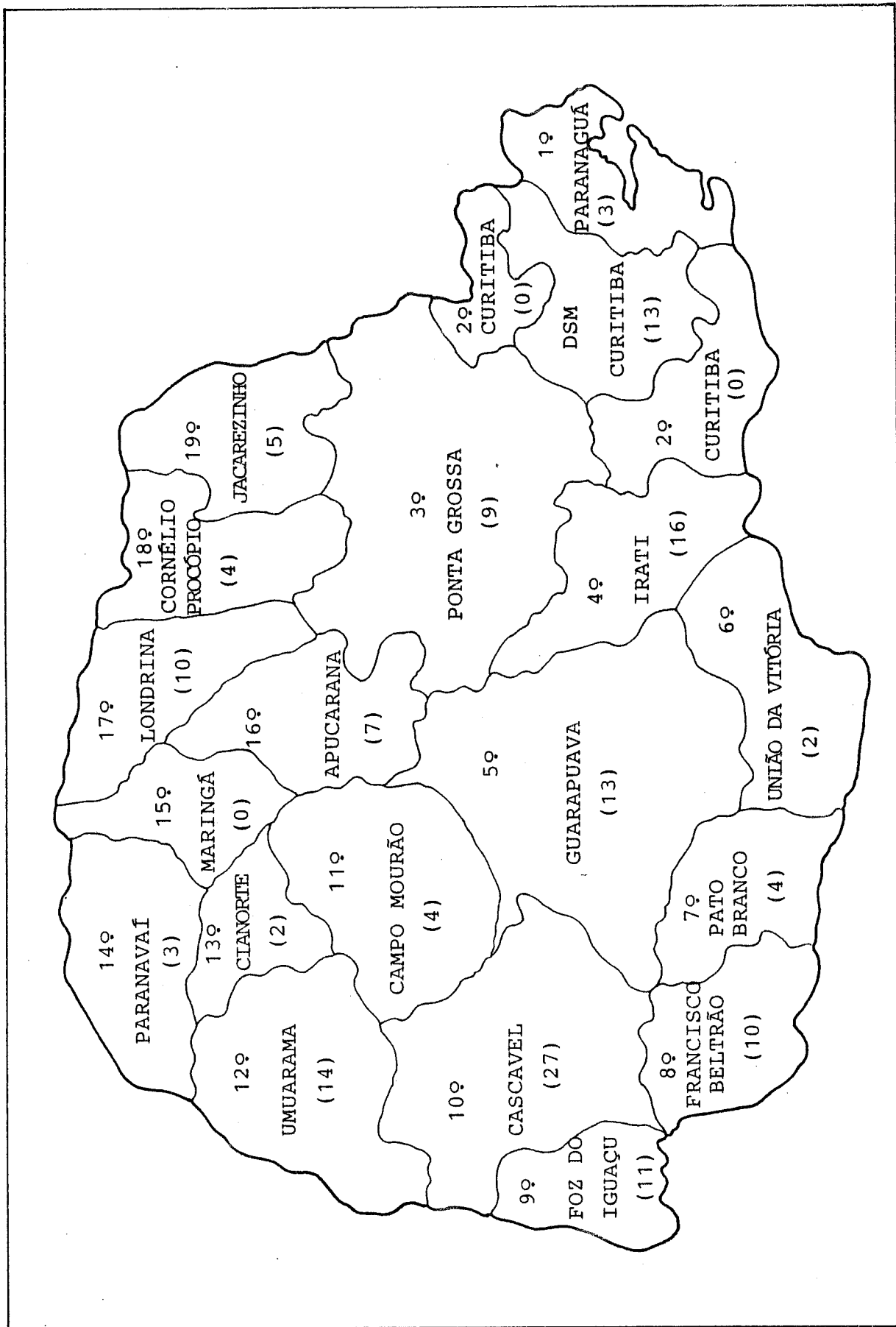
19º D.S.

IBAITI	28.446	1	2	9.482
JACAREZINHO	38.961	1	2	12.987
STA. ANTONIO DA PLATINA	36.817	1	1	18.408

=====

FONTE: SESB, 1980.

ANEXO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SAÚDE NOS DIVERSOS DISTRITOS SANITÁRIOS.
 ENTRE PARÊNTESES FIGURAM O NÚMERO DE UNIDADES SANITÁRIAS PERTENCENTES ÀS MUNICIPALIDADES.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.J. A organização de serviços de saúde a nível local; registros de uma experiência em processo. Rio de Janeiro, 1979, 125 p. Tese de Mestrado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro.
 2. ALVES, O. Exposição do Secretário de Estado Oscar Alves perante o Senhor Governador Ney Braga e secretariado, em 12 de março de 1980. Curitiba, 1980. 57 p. mimeografado.
 3. _____. Política nacional de saúde. Curitiba, 1982. 61 p. mimeografado. Exposição do Secretário de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social, Oscar Alves, no curso de aperfeiçoamento para professores de Estudo de Problemas Brasileiros, promovido pela Universidade Católica do Paraná, em 04 de fevereiro de 1982.
 4. ARAÚJO, J.A.A. A crise da Previdência e seu impacto sobre a política de saúde. Saúde em debate, (13): 4-19, 1981.
 5. ARCOVERDE, W.M. Um novo caminho para a saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 7., Brasília, 1980. Anais... Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980, p.7-9.
 6. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Rio de Janeiro, Fundação SESP, 8(2), 1976; 9 (1, 24, 26), 1977; 10 (18), 1978; 11(12, 16), 1979, 12(1,9,26), 1980.
 7. BOLETIM INFORMATIVO. Curitiba, SESB, 1 (1), 1980.
-

8. BOLETIM DE SERVIÇO. Rio de Janeiro, IBGE, (142):6-10,1980.
 9. BRAGA, J.C. A Questão de saúde no Brasil. Campinas, 1978. 209 p. Tese de Mestrado. Departamento de Economia e Planejamento da Universidade Estadual de Campinas.
 10. BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de resolução nº 98, de 1979 (da C.P.I. dos Municípios). Brasília, Congresso Nacional, 1979.
 11. BRASIL. Leis, decretos, etc. Resolução CIPLAN 03/81, de 25 de março de 1981. s.n.t.
 12. _____. Resolução CIPLAN 06/84; normas gerais aplicáveis às Ações Integradas de Saúde. Brasília, 1984.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Municipalização dos serviços de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., Rio de Janeiro, 1963.
 14. _____. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. Brasília, 1980. 74 p.
 15. _____. _____ - Prevsauúde; anteprojeto; proposta dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Brasília, 1980. 50 p. mimeografado.
 16. _____. Secretaria Geral. Núcleo de Informática. Grupo de Trabalho Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Cadastro de estabelecimento de saúde; Brasil, 1983. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 2v.
 17. _____. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Estatísticas de mortalidade; Brasil, 1978. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 269 p.
-

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Estadísticas de Mortalidade; Brasil, 1979. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. 355 p.
 19. _____. Estadísticas de Mortalidade; Brasil, 1980. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. 354 p.
 20. _____. Estadísticas de Mortalidade; Brasil, 1981. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 354 p.
 21. _____. Estadísticas de mortalidade; Brasil, 1982. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 353 p.
 22. BRASILEIRO, A.M. Depoimento prestado à CPI dos Municípios em 21/08/79. Diário do Congresso Nacional, 34 (163), 1979. Suplemento.
 23. _____. Coord. Municipalização; educação e saúde. Rio de Janeiro, SEPLAN-PR/IBAM, 1977. 168 p.
 24. CARDOSO, F.H. O modelo político brasileiro. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1972. 211 p.
 25. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Considerações sobre o Prevsauê. Saúde em debate, (12): 22-25, 1981.
 26. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 1978. Cuidados Primários de Saúde. Brasília, UNICEF, 1979. 64 p.
 27. CONJUNTURA ECONÔMICA. Rio de Janeiro, F.G.V., 39 (11), nov. 1985.
 28. CORDONI JR., L. Medicina comunitária; emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. São Paulo, 1979. 110 p. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
-

29. CORDONI JR., L. & ALMEIDA, M.J. VII Conferência Nacional de Saúde; um passo adiante? Saúde em debate, (10): 10-15, 1980.
 30. COUTINHO, L. & BRAGA, J.C. Os motivos da crise. Folhetim, (241): 8-9, 30 ago, 1981.
 31. DAMIÃO, A.S.B. Estrutura tributária que prevaleceu de 1946 a 1967; estudo técnico específico da Assessoria Legislativa da Câmara dos Deputados. Brasília, Congresso Nacional, 1981. 24 p. mimeografado.
 32. DE BEM, L.G. Depoimento prestado à CPI dos Municípios de 09/08/79. Diário do Congresso Nacional, 34 (163), 1979. Suplemento.
 33. DEMOGRAPHIC yearbook, 1978. New York, United Nations, 1979. 463 p.
 34. DONNANGELO, M.C.F. Medicina e estrutura social; o campo de emergência da medicina comunitária. São Paulo, 1976. Tese de Livre-docência. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
 35. _____. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975. - 175 p.
 36. DÓRIA, A.R.S. Discriminação de rendas tributárias. São Paulo, José Burshatsky Ed., 1972. 232 p.
 37. DUQUE, H. Relatório da CPI dos Municípios. Diário do Congresso Nacional, 34 (163), 1979. Suplemento.
 38. FEDER, J. A fiscalização e o Poder Legislativo. in: CONGRESSO MUNICIPALISTA, 3, Foz do Iguaçu, 20-23, junho, 1981. 16 p. (mimeografado).
-

39. FERRAZ, J.C.F. Depoimento prestado à CPI dos Municípios em 28/06/79. Diário do Congresso Nacional, 34(163), 1979. Suplemento.
40. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico, 1970. Rio de Janeiro, IBGE, 1972.
41. _____. Censo Demográfico, 1980. Rio de Janeiro, IBGE, 1982.
42. _____. Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1979. Rio de Janeiro, IBGE, 1980. t.3, v.4.
43. _____. Pesquisa nacional por amostra de domicílios, 1984. Rio de Janeiro, IBGE, t.5, v.8.
44. _____. Sinopse preliminar do censo demográfico; IX recenseamento geral do Brasil, 1980. Rio de Janeiro, IBGE, 1981. t.1, v.1, n.1; n.19.
45. GARCIA, J.C. La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social. s.n.t. 58 p. mimeografado.
46. GOLDING, A.M.B. & TOSEY, D. The cost of high-technology medicine. Lancet, 2 (8187): 195-197, July 26, 1980.
47. GRASSANO JR., A. Depoimento prestado à CPI dos Municípios em 07/08/79. Diário do Congresso Nacional, 34 (163) , 1979. Suplemento.
48. HERRELL, J.R. Health care expenditures; the approaching crisis. Mayo clin. Proc., 55: 705-710, 1980.
49. IANNI, O. Estado e planejamento econômico no Brasil; 1930-1970. 2. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira , 1977. 316 p.
50. INAMPS EM DADOS. Rio de Janeiro, INAMPS, 1-5, 1979-1983.
51. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Relatório de atividades, 1985. Rio de Janeiro , 1986. 100 p.

52. KOWARICK, L. Estratégias de planejamento social no Brasil. São Paulo, Brasiliense, 1976. (Caderno CEBRAP, 2).
53. LIMA, L.F.M. & PUCU, A.S.S. Doze anos de assistência médica na Previdência Social, 1968-1980. Saúde em debate, (13): 20-29, 1981.
54. LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde e Promoção Social. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. Documento da equipe de saúde. Londrina, 1981. 24 p. mimeografado.
55. _____. Projeto de expansão da rede básica de saúde do Município de Londrina. Londrina, s.d. 45 p.
56. _____. Relatório anual, 1976. Londrina, 1977.
57. _____. Relatório anual, 1977. Londrina, 1978.
58. _____. Relatório anual, 1978. Londrina, 1979.
59. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil; instituições e estratégias de hegemonia. 2.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 295 p.
60. _____. Saúde e as instituições médicas no Brasil. In: Guimarães, R., org. Saúde e medicina no Brasil; contribuição para um debate. 4 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1978, p. 157-171.
61. MELLO, C.G. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. Revista brasileira de educação médica, Rio de Janeiro, (Supl.1): 67-80, 1978.
62. _____. Perspectivas da medicina previdenciária social. Revista paulista de medicina, 21 (12): 540-546, 1973.
63. _____. Prev-saúde: vida paixão e morte. Saúde em Debate, (12): 25-26, 1981.
-

64. MELLO, C.G. Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1977. 269 p.
65. _____. O sistema de saúde em crise. 2.ed. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981. 205 p.
66. NAKAGAWARA, Y. As funções regionais de Londrina e sua área de influência. São Paulo, 1972. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo.
67. NICZ, L.F. Assistência médica e cidadania; ações integradas de saúde como política de universalização dos serviços de saúde. São Paulo, 1985. Dissertação de Mestrado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo - F.G.V.
68. OLIVEIRA, J.A.A. A crise da previdência e seu impacto sobre a política de saúde. Saúde em debate, (13): 4-19, 1981.
69. PARANÁ. Secretaria de Estado das Finanças. Contadoria Geral do Estado. Balanco geral; relatório e balanço geral do exercício de 1976. s.n.t. 451 p.
70. _____. Balanco geral; relatório e balanço geral do exercício de 1977. s.n.t. 721 p.
71. _____. Balanco geral; relatório e balanço geral do exercício de 1978. s.n.t. 921 p.
72. _____. Balanco geral; relatório e balanço geral do exercício de 1979. s.n.t. 1060 p.
73. _____. Balanco geral do Estado, 1980; relatório. s.n.t. 1000p.
74. _____. Balanco geral do Estado, 1981; relatório. s.n.t. 304 p.
75. _____. Balanco 82. s.n.t. 284 p.
-

76. PARANÁ. Secretaria de Estado das Finanças. Contadoria Geral do Estado. Balanço Geral do Estado, 1983; relatório. s.n.t. 100 + 294 p.
77. _____. Balanço Geral do Estado, 1984; relatório. s.n.t. 108 + 229 p.
78. PARANÁ. Secretaria de Estado de Planejamento. Coordenadoria de Orçamento e Programação. Orçamento anual; para o exercício de 1976; Lei n. 6743 de 4/12/75. s.n.t. 734 p.
79. _____. Orçamento programa de 1977; Lei n. 6843 s.n.t. 432 p.
80. _____. Proposta de orçamento anual; para o exercício de 1978, s.n.t. 502 p.
81. _____. Orçamento anual; para o exercício de 1979; Lei n. 7058 de 05/12/78 s.n.t. 589 p.
82. _____. Orçamento anual; para o exercício de 1980; mensagem n. 115/79. s.n.t. 653 p.
83. _____. Orçamento anual; para o exercício de 1981; Lei n. 7397, de 24/11/80. s.n.t. 587 p.
84. _____. Orçamento programa anual; 1982: lei n. 7536, de 30/11/81. s.n.t. 465 p.
85. _____. Orçamento programa anual; 1983; Lei n. 7676, de 06/12/82. s.n.t. 453 p.
86. _____. Orçamento programa anual; 1984; Lei n. 7772 de 13/12/83. s.n.t. 299 p.
87. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social. Diagnóstico institucional dos órgãos e saúde do Estado do Paraná. Curitiba, 1975.
88. _____. Levantamento hospitalar do Estado do Paraná. Curitiba, 1978.
-

89. PEREIRA, L. Urbanização sociopática e tensões sociais na América Latina. In: _____. Ensaio de sociologia do desenvolvimento. 2 ed. São Paulo, Pioneira, 1975. p. 96-123.
 90. PEREIRA, L.C.B. Desenvolvimento e crise no Brasil. 3.ed. São Paulo, Brasiliense, 1977. 234 p.
 91. QUADRA, A.A.F. & CORDEIRO, H.A. Sistema nacional de saúde. Rio de Janeiro, Universidade do Estado da Guanabara, 1976. 12 p. mimeografado.
 92. REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL, 27 (157), 1980.
 93. REVISTA DE FINANÇAS PÚBLICAS, Brasília, Secretaria de Economia e Finanças do Ministério da Fazenda, 44 (358), 1984.
 94. RIBEIRO, A.C.T. et al. Campanhas sanitárias e sua institucionalização; um estudo histórico da saúde pública no Brasil. 47 p. mimeografado. (Texto provisório).
 95. SINGER, P. et al. Prevenir e curar. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978. 166 p.
 96. SUMA ECONÔMICA, abr., jun. 1986.
 97. THEOPHILO, F.V. Problemática dos serviços de saúde urbanos e rurais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 29., São Paulo, 1977. Documentos básicos para discussão dos temas oficiais. s.n.t. p. 29-50.
 98. WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL. Geneve, W.H.O., 1978-1984.
 99. YUNES, J. Evolução da mortalidade infantil e mortalidade infantil proporcional no Brasil. Pediatria, São Paulo, 3; 42-53, 1981.
 100. YUNES, J. & RONCHEZEL, V.S.C. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. Revista de Saúde Pública, 8: 3-48, jun. 1974. Suplemento.
-

