

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Instituto de Economia

**Piso da Atenção Básica: Um Estudo de Caso da
Descentralização da Saúde no Brasil**

Maria Camila Mourão Mendonça de Barros

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Instituto de
Economia da UNICAMP para
obtenção do título de Mestre em
Economia Social e do Trabalho,
sob a orientação do Prof. Dr.
Geraldo Di Giovanni.

Campinas, 2003

Ficha Cartográfica

“...A educação não traz felicidade nem sequer liberdade. Não nos tornamos felizes porque somos livres, se somos. Ou porque fomos educados, se formos. Mas porque a educação pode ser o meio pelo qual percebemos que somos felizes. Abre nossos olhos e ouvidos. Nos conta onde se encontram os prazeres. Nos convence de que só existe uma liberdade que realmente importa: a da mente. E nos dá a segurança, a confiança para trilhar o caminho da mente, que nossa mente educada proporciona...”

(Murdock, 1985)

Ao meu companheiro e meu mestre, José Ricardo, que me mostrou a liberdade que o trabalho intelectual pode proporcionar.

Agradecimentos

Não são poucas as pessoas que colaboraram ao longo do percurso de escrita da dissertação. Espero não me esquecer de ninguém.

Ao professor Geraldo di Giovanni, meu orientador, meu agradecimento especial pela paciência com que conduziu minha orientação e pelo apoio incondicional às minhas iniciativas no percurso da definição do objeto da dissertação e na elaboração da metodologia de pesquisa adotada no tratamento da base de dados utilizada neste trabalho.

Meu agradecimento especial ao Núcleo de Políticas Públicas (NEPP), nas pessoas do Prof. Dr. Geraldo di Giovanni, Coordenador do NEPP e do Prof. Dr. Pedro Luiz Barros Silva, Coordenador da pesquisa “Avaliação do Piso da Atenção Básica”, pela oportunidade de utilização da base de dados que viabilizou o estudo de caso proposto nesta dissertação.

Meu agradecimento ao pessoal “da linha de frente”: à Andréia Aparecida Machado, cuja colaboração foi fundamental na tabulação dos dados utilizados nos indicadores; à Stella do NEPP, que me ajudou tanto na definição dos parâmetros estatísticos utilizados no tratamento da base de dados do PAB. E à minha querida amiga do coração Angélica Muller, minha revisora oficial.

Aos novos colegas do NEPP: Nanda, Jane, Hudson, Juliana, Maria Angélica, Alessandro; Serginho (que aliás me apresentou à Andréia!), Patrícia Castro, que tiveram a paciência de ouvir meus desabafos.

Paulinha e Luli, minhas filhotas queridas, agradeço o carinho com que agüentaram todos os “nãos” que a mamãe teve que falar nos últimos tempos quando o assunto era sair para passear, ir à piscina e pelo Hopi Hari, que eu fiquei devendo. Fora as minhas chatices e neuroses!

José Ricardo, mais uma vez, meu companheiro de tempos difíceis, que deu conta de distrair a criançada nesses últimos tempos, tarefa árdua!

Bia, Marcelão, Lú pela torcida.

Sumário

INTRODUÇÃO	02
CAPÍTULO 1: O processo de Descentralização das Políticas Sociais – O Setor Saúde	
Introdução	08
I. Modelo de Intervenção Estatal no Setor Saúde: Pontos Críticos	15
II.1. Periodização e Caracterização do Processo de Descentralização do Setor Saúde no Brasil	18
II.2. Descentralização da Saúde: A Constituição de 1988 e os Municípios	28
CAPÍTULO 2: O Piso Ambulatorial Básico (PAB)	
I. Piso de Atenção Básica	41
II. O PAB Fixo	44
III. Indicadores	46
III.1. Indicadores de Eficácia	48
III.1.1. Indicador de Eficácia da Qualificação dos Profissionais de Base	49
III.1.2. Indicador de Eficácia da Produção de Serviços	51
III.1.3. Indicador de Eficácia da Capacidade Instalada	52
III.1.4. Indicador de Eficácia do Financiamento e dos Gastos	53
III.2. Indicadores de Efetividade	55
III.2.1. Indicador de Efetividade Social	56
III.2.2. Indicador de Efetividade Institucional	57
IV.1. Indicadores de Eficácia e de Efetividade, segundo o porte do município	59
IV.2. Indicadores de Eficácia e de Efetividade, segundo as grandes regiões	70
IV.3. Indicadores de Eficácia e de Efetividade, segundo os clusters	80
CONCLUSÃO	90
ANEXO	97
I. Notas Metodológicas	98
Bibliografia	148

Resumo

Esta dissertação trata da descentralização do setor saúde no Brasil. Do surgimento das propostas da Reforma Sanitarista no bojo do processo de abertura democrática vivida no país ao final da década de 80. Da forma com que se efetivou este processo por meio da redefinição do papel dos três níveis de governo na responsabilização pela prestação da assistência à saúde em direção aos municípios.

Utiliza como estudo de caso o programa “Piso da Atenção Básica – PAB fixo” por meio da pesquisa realizada no Núcleo de Políticas Públicas (NEPP) em 2000, e da construção de indicadores de eficácia e efetividade, capazes de estabelecer parâmetros de avaliação de seu alcance em relação às novas diretrizes do setor saúde nos termos das Normas Operacionais Básicas (NOB’s), enquanto instrumentos de consolidação do Sistema Único de Saúde na direção da construção de um sistema de saúde gratuito, universalizante e de alta resolutividade.

INTRODUÇÃO

Introdução

Esta dissertação tem como tema central a discussão do processo de descentralização do setor saúde ao longo da década de 90, efetivada pela transferência das atribuições federais de execução ao nível dos municípios. A questão de fundo que permeia a análise deste movimento é a consolidação de um novo desenho do sistema de saúde brasileiro, após a promulgação da Constituição de 1988, sintetizado pelo movimento político conhecido como a Reforma Sanitária.

A proposta básica deste movimento é a constituição de um sistema de saúde que promovesse a universalização do acesso gratuito à saúde e a transferência, em direção aos municípios, da responsabilidade pela gestão da assistência neste setor. Esta proposta amplia sobremodo o entendimento da responsabilidade pública no atendimento à saúde da população, na medida em que propõe o conceito de universalização do acesso a atenção médica em contraposição ao modelo até então vigente, representado pela estrutura assistencial do INAMPS, que restringia o público-alvo aos trabalhadores com carteira assinada.

Mais que isso, as propostas do movimento da Reforma Sanitária se encaminhavam no sentido da mudança do modelo de atenção à saúde pela incorporação da medicina preventiva ao modelo de atenção epidemiológico. A proposta era de se avançar em relação à chamada medicina curativa, de baixa resolutividade e alto custo, ampliando assim, o entendimento de seguridade social.

A leitura proposta neste trabalho é de que o movimento de descentralização se colocou historicamente como um meio, uma estratégia na busca de um sistema de saúde resolutivo, eficiente e universal, que correspondesse às propostas colocadas pela Reforma Sanitária.

Neste contexto, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta como ponto crucial da universalização do atendimento, amadurecendo na sociedade um novo e amplo conceito de saúde pública, entendido agora como um direito constitucional inabalável. Também sob este

enfoque, a transferência das responsabilidades de execução da assistência à saúde do nível federal para o municipal, marca o processo de descentralização, na medida em que impõe uma trajetória rígida (envolvendo metas e financiamentos) de adequação municipal à nova demanda administrativa.

A criação das Normas Operacionais Básicas (NOB's), na década de 90, estabelece o *modus operandi* da transição do setor saúde rumo à descentralização. O documento normatiza o processo, estabelecendo parâmetros concretos para que o atendimento, agora universal, à saúde se organize e se desenvolva em instância municipal. As NOB's consolidaram a discussão, existente nas diversas esferas da sociedade, sobre o entendimento social acerca do sistema de saúde que estava sendo proposto.

Neste sentido, as NOB's representam o entendimento do papel de cada esfera "subnacional" na questão da atenção à saúde da população, ao passo que estabelecem um processo contínuo na redefinição do papel federal neste movimento de descentralização.

À esfera federal caberia a função normatizadora, de assistência técnica e de repasse de recursos. Aos municípios caberia a execução e a gestão dos recursos repassados, além da oferta da assistência à saúde. A consolidação da autonomia e da importância dos gestores municipais promovida no texto das normas operacionais vem de encontro a esta demanda.

É neste sentido que o processo de descentralização do setor saúde na década de 90 se colocou como uma forma de garantia dos preceitos da Constituição de 1988. A estratégia, agora normatizada em documento, conduz o processo rumo a um sistema de saúde mais igualitário, capaz de inserir a população excluída do mercado de trabalho formal aos programas da política social.

Paralelamente ao processo de descentralização, impõe-se no setor saúde a necessidade de estabelecimento de uma alternativa ao padrão de financiamento vigente, institucionalizado pelo INAMPS e fortemente criticado por se mostrar oneroso e ineficiente. Oneroso porque, ao pagar por procedimentos executados, incentiva a prática da medicina curativa e a adoção

de procedimentos de média e alta complexidade. E ineficiente porque ignora a possibilidade de existência de questões de fundo, relacionadas ao meio, que originam doenças de forma cíclica, que poderiam não existir mediante a adoção de procedimentos preventivos.

Colocamos então a proposta de estudo do programa Piso da Atenção Básica (PAB) como um estudo de caso do processo de descentralização.

O programa foi criado pela NOB-1/96, entendido inicialmente como uma nova forma de financiamento da atenção à saúde, a partir da definição de montante per capita repassado aos municípios habilitados. O repasse seria revertido na promoção de um determinado conjunto de procedimentos voltados à atenção básica.

É evidente que, enquanto modelo de financiamento, o PAB representa a ruptura com o padrão executado pela rede conveniada ao INAMPS. Mas o programa avança, surpreendentemente, na busca de um modelo de assistência à saúde voltado para prática da medicina preventiva, na medida em que condiciona repasses adicionais de recursos à adoção, por parte dos municípios, de programas com este enfoque de atuação.

Os recursos repassados são então separados em uma parte fixa (PAB fixo) voltada ao financiamento de um cesta de procedimentos da atenção básica, e um valor adicional, condicionado à execução de programas relativos à parte variável do PAB, tais como Programa de Saúde da Família (PSF), Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Assistência Farmacêutica Básica (AFB), Programa de Vigilância Sanitária (VISA) e o Programa de Incentivo ao Combate das Carência Nutricionais (ICCN).

Esta dinâmica de financiamento estabelece um mecanismo de controle da esfera federal sobre a oferta da atenção básica por parte dos municípios. Assim pois, ao determinar o conjunto procedimentos que deveriam ser executados pelas municipalidades como contrapartida ao recebimento dos recursos, é o governo federal quem está na condução ativa da consolidação deste novo sistema de saúde, defendido nos moldes da Reforma Sanitária.

Entretanto, ao repassar aos municípios a responsabilidade pela gestão da assistência básica à saúde, as administrações locais passam a apresentar demanda de aperfeiçoamento técnico dos recursos humanos do setor, ampliando a perspectiva da redução das desigualdades regionais patentes em todo o país.

Nosso argumento é de que o PAB carrega um enorme potencial de condutor das transformações propostas ao modelo de atenção à saúde. O que se pretende mostrar ao longo do trabalho é que talvez esta seja a maior virtude do programa: a de atuar como catalizador das transformações na oferta dos serviços da atenção básica, na busca da consolidação de um modelo de atenção à saúde para além da medicina curativa.

O primeiro capítulo da dissertação busca traçar um cenário do setor saúde no período que precedeu a Constituição de 1988. Na primeira parte deste capítulo são apresentados os pontos críticos do modelo de atenção à saúde no período da ditadura militar e as ineficiências gestadas no interior deste modelo.

Na segunda parte, é analisada a questão fiscal mostrando o processo de desconcentração fiscal da esfera federal em direção aos municípios que já havia se iniciado na década de 80.

A última parte deste capítulo reconstitui o processo de descentralização, valendo-se do estudo das Normas Operacionais Básicas para evidenciar a influência desta normatização na consolidação da autonomia dos municípios na prestação da atenção à saúde.

No segundo capítulo, é apresentado o estudo da parte fixa do Piso da Atenção Básica por meio da proposta de análise de indicadores de eficácia e de efetividade do programa.

Este segundo capítulo traz na primeira parte uma apresentação do programa, do mecanismo de financiamento proposto pela NOB-1/96 e dos procedimentos contemplados neste setor.

Na sequência tratamos da análise dos indicadores construídos a partir do questionário geral aplicado aos gestores municipais de 2.434

municípios¹. A proposta é de avaliar o impacto da implantação do PAB na promoção da atenção básica por meio da opinião dos gestores entrevistados.

Os dados foram trabalhados nos indicadores de eficácia da qualificação dos profissionais de base, eficácia da produção de serviços, eficácia da capacidade instalada, eficácia do financiamento e dos gastos, efetividade social e efetividade institucional.

A fim de contextualizar estes resultados, são apresentados, na terceira parte do segundo capítulo, os cruzamentos do resultados dos indicadores por porte de municípios, por grandes regiões e por clusters.

Por fim, na conclusão é apresentada a análise do PAB fixo sob a perspectiva proposta no início desta introdução, do entendimento do programa como um instrumento condutor do processo de descentralização do setor saúde na direção da consolidação do papel das administrações locais como agentes do processo e não mais como simples executoras das ações da assistência à saúde.

Neste sentido, o que se propõem é a interpretação dos indicadores no sentido da busca, por um lado, das alterações que a implantação do PAB possa ter logrado produzir nos sistemas de saúde locais que apontem para o avanço no sentido da redução das disparidades regionais e, por outro, de consolidação do modelo de assistência proposto no programa.

Por outro lado, a análise destes indicadores apontam as limitações destes sistemas locais de saúde e, neste sentido, o PAB evidencia as falhas ou ineficiências que persistem no desenho do sistema de saúde brasileiro.

A metodologia de construção dos indicadores está no anexo desta dissertação.

¹ Estes indicadores foram construídos a partir da tabulação especial da base de dados da pesquisa “Avaliação do Piso da Atenção Básica”, realizada pelo Núcleo de Políticas Públicas (NEPP) em 2000 cedida pela coordenação deste núcleo para a elaboração deste trabalho. As conclusões acerca dos dados refletem o entendimento da autora.

CAPÍTULO 1

**O processo de Descentralização das
Políticas Sociais:
O Setor Saúde**

CAPÍTULO 1: O processo de Descentralização das Políticas Sociais – O Setor Saúde

INTRODUÇÃO

O debate travado nos meios político e acadêmico ao longo dos anos 70 e 80, acerca das bases doutrinárias em que se estabeleceria o processo de abertura democrática, em especial na definição dos rumos da política social no país, apontavam para a necessidade de um sistema de saúde voltado à promoção da saúde e à prevenção da doença, que possibilitasse a universalização do direito à saúde e a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos à população. Um sistema que demonstrasse uma forte capacidade resolutive, com desenho institucional hierarquizado e regionalizado (Silva & Braga, 2001).

A sugestão deste modelo de sistema de saúde se colocava em contraposição a processos ocorridos no Brasil nas décadas de 70 e 80, denominados “*capitalização da medicina*” (Di Giovanni & Negri, 2001).

A característica fundamental deste processo é provisão financeira do Estado à demanda social por serviços médicos e aos produtos industriais vinculados ao setor. Nesta situação, o Estado brasileiro financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada, apoiando, assim, os empreendimentos capitalistas do setor (Silva & Braga, 2001).

Outro consenso se estabelecia em torno da necessidade de um processo de descentralização político-administrativa das diversas esferas de governo (Médici, 1991).

A pertinência desta alteração no desenho político institucional encontrava sua justificativa principal no estabelecimento de um novo padrão de intervenção do Estado na sociedade, no sentido da redefinição de seu papel no período da transição democrática e de sua manifestação objetiva.

Silva & Braga (2001) qualificam esta proposição. Segundo os autores a redefinição do papel do Estado na sociedade se daria por meio do:

“estabelecimento de novas formas de financiamento e de mecanismos de formação de preços setoriais que fossem distributivos da renda nacional e mecanismos de controle e regulação dos exageros da acumulação de capital nessa área”.

Mais especificamente, a partir do diagnóstico dos pontos críticos do desenho político institucional do setor saúde no período do regime militar (1964/85), buscava-se o estabelecimento de uma agenda de redemocratização que desse conta das lacunas diagnosticadas, mas que, concomitantemente, alterasse o perfil e o padrão de atuação do Estado rumo às propostas de mudança que estavam sendo apresentadas à sociedade.

Segundo Silva & Braga (2001), nos anos 90 tem início uma nova fase da “*capitalização da medicina*”. Um novo padrão de comportamento no financiamento e na oferta de serviços: a *mercantilização da saúde*.

Segundo os autores:

“A *mercantilização da saúde* significa o processo pelo qual a atenção médica passa a ser plenamente uma mercadoria 'como outra qualquer' submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista”.

À diferença da fase da *capitalização da medicina* - onde o Estado se colocava no centro do processo, financiando e criando demanda pelos serviços, chamando para si a determinação das estratégias e das decisões - neste período da *mercantilização da saúde*, o sujeito determinante dessas ações passa a ser o setor privado. O consumidor dos serviços de saúde passa a demandá-lo no mercado e não mais nos serviços públicos.

Nesta fase observou-se a autonomização do setor privado em relação ao financiamento e na produção de serviços, dado que estes setores já contavam com uma base própria de acumulação. A expressão máxima desta situação seria os seguros-saúde privados.

Silva & Braga (2001) observam que, concomitante à mudança no padrão de financiamento dos serviços do setor saúde, multiplicavam-se os tipos de empresas de saúde. Desta forma, o consumo de serviços se encontrava no mercado e não mais na esfera do serviço público.

Em função do fenômeno da globalização das economias e, conseqüentemente, das informações, processaram-se alterações profundas de hábitos e comportamentos no interior da sociedade. O entendimento da saúde como uma mercadoria passa por esta transformação das mentalidades.

No caso do setor público de saúde, particularmente, os autores chamam a atenção para a perda relativa de controle do Estado sobre os processos em que se estabeleciam as relações entre a esfera pública e a esfera privada em função destas mudanças.

Neste trabalho, trataremos do setor saúde e do processo de descentralização da atenção pública em direção à municipalização. De sua manifestação concreta, por meio do estudo do Piso de Atenção Básica, observando-o como uma possível solução específica de financiamento frente às instabilidades e desigualdades sociais inerentes à dinâmica econômica capitalista, acentuadas pelo mundo globalizado.

Qualificando o argumento, nos referimos à contraposição histórica entre a política econômica e a política social no Brasil, potencializada nos anos 90 em função da determinação governamental de uma política econômica fortemente restritiva, ancorada no

controle da inflação e do câmbio, promotora de reformas liberalizantes e desregulamentadoras, que acabaram por reduzir o espaço financeiro para uma política social vigorosa.

A política econômica de corte neoliberal praticada pelo governo federal nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso negou ao setor das políticas sociais a base fiscal adequada à manutenção de certa estabilidade de financiamento das políticas sociais.

Por outro lado, o sucesso do Plano Real no controle da estabilidade dos preços se deu em função de elevados custos macroeconômicos e sociais, porque tinha como estratégia a vinculação desta estabilidade à abertura econômica e à sobrevalorização do câmbio, expondo a indústria nacional a uma competição desigual.

A manutenção desta equação, onde se acumulavam saldos negativos da balança comercial e de serviços e desequilíbrios na balança de pagamentos, passava necessariamente pela manutenção de uma política de taxas de juros internas em níveis reais extremamente elevados, de forma a compensar, via aumento das reservas cambiais, o desequilíbrio do balanço de pagamentos até que se iniciasse o esperado ciclo expansivo do crescimento das exportações².

O custo social desta estratégia de ajustamento foi brutal. A manutenção destes níveis elevadíssimos de taxas de juros ao longo dos dois mandatos de FHC redundaram numa forte restrição do crescimento econômico e de um aumento proporcional das taxas de desemprego no país.

Sucintamente, o que pode se observar neste período é que o padrão de comportamento anticíclico da política econômica em relação à política social, acabou por estabelecer um círculo vicioso, onde a política econômica precariza as condições de oferta pública de serviços e, ao mesmo tempo, deteriora as condições de vida da população, fazendo com que se amplie e se retro-alimente a demanda por estes serviços.

O argumento oficial do governo FHC, de que a manutenção da estabilidade e a retomada do crescimento econômico seriam condições necessárias para a promoção do bem-estar social, se mostrou efetivamente paradoxal, pois o programa de ajuste macroeconômico adotado em seu governo promoveu, num curto espaço de tempo, o agravamento da exclusão social por um lado, e do outro, o crescimento das dívidas interna e externa, que restringia o grau de ação do Estado, especialmente no campo das políticas sociais (Fagnani, 2001).

É neste contexto que se insere nossa pesquisa. Procuraremos analisar em que medida as iniciativas como o Piso de Atenção Básica (PAB), implementada neste mesmo

² A aposta do governo FHC era de que este desequilíbrio do balanço de pagamentos era temporário, pois o aumento das importações e o processo de abertura econômica tratariam de impulsionar a competitividade da indústria nacional e desta forma, criando a médio prazo, condições para o crescimento das exportações e para o início de um novo ciclo de crescimento econômico (Fagnani, 1999).

período, se colocam como instrumentos de política social voltados à tentativa de redução das desigualdades sociais por meio do aumento do universo de cobertura das ações básicas de saúde e, portanto, atendendo a um dos objetivos do governo (o da melhoria das condições sociais) ou se na verdade, fazem parte da determinação de “corte de custos e de redução de déficits” na condução da intervenção estatal no setor saúde, fiel ao ideário neoliberal.

Isto posto, o processo de descentralização poderia ser lido de outra forma: como um dos pilares na construção de um governo de corte neoliberal, onde os argumentos da modernização do sistema, da ampliação do universo de cobertura e da melhora da qualidade do atendimento na verdade traduzem uma política de transferência da responsabilidade das ações públicas para a sociedade civil, reduzindo assim os gastos³.

Mais que isso, é possível detectar no processo de descentralização do financiamento e da gestão da Saúde, por meio da análise crítica do PAB, a determinação do foco central da tensão estabelecida entre a lógica da gestão centralizadora e a lógica descentralizante; sua real motivação.

Dito de outra forma, esta discussão remete necessariamente à opção, certamente política, da definição do papel do Estado na sociedade, do centro do poder, a partir do momento histórico onde se mostrava viável o redesenho de uma sociedade, reformulada sob uma perspectiva democrática.

Por este motivo, a descentralização das esferas de atuação pública remetem à possibilidade de garantia dos principais fundamentos da sociedade democrática moderna. Sob este prisma, o processo de descentralização deveria ser entendido como parte constitutiva de um movimento mais amplo, o da reforma do sistema de saúde no Brasil.

É precisamente este processo, de suposta transição, que pretendemos estudar, entendendo que a descentralização da atenção à saúde se configura em um elo entre a concepção curativa da saúde e um enfoque preventivo no trato a assistência médica.

Desta forma, pretendemos questionar se, por meio da descentralização, se produziram nas esferas locais resultados melhores em termos da ampliação de cobertura e da melhora na qualidade do atendimento.

Em relação ao aspecto “democratizante” que se daria em função da proximidade entre os governos locais e seu público alvo, parece não ser uma consequência obrigatória decorrente desta mudança na condução da relação prestador/cidadão-cliente. Esta relação entre a comunidade e os agentes prestadores de serviços, poderá ser fortemente

³ Um exemplo deste argumento é o slogan do Ministério da Saúde à época da epidemia da dengue no país: “A dengue é um problema de todos nós”. Lançando mão de princípios de solidariedade, do “espírito cooperativo” o governo transfere para o cidadão comum a responsabilidades da esfera das autoridades sanitárias.

discriminatória e excludente se esta for a orientação dada pelo governo municipal à sua política sanitária, como se deu ao longo período da ditadura militar.

Mais que isso, o aparente caráter democrático do processo de descentralização na prestação dos serviços, poderia, neste caso, reforçar o perfil conservador-clientelista no trato da política local de saúde.

A partir destas considerações, poderíamos argumentar no sentido da caracterização deste processo como uma desconcentração na prestação dos serviços e não a descentralização.

A opção pela descentralização está ligada a uma redefinição do papel do Estado na Sociedade e esta redefinição passa pela consolidação de instâncias decisórias toldadas no seio da sociedade(Tobar, 1991)⁴.

Sendo assim, uma concepção restrita do processo de descentralização equivaleria, de fato, a um mero processo de desconcentração porque embora exista o caráter político implícito ao processo de descentralização sua implementação é vista como um conjunto de procedimentos formais, funcionais à racionalização, à modernização e à reprodução ampliada do sistema que se pretende modificar.

Ignora-se, portanto, a necessidade de mudança na correlação de forças que o movimento de descentralização deve gerar. Neste caso, o processo de descentralização assumiria um caráter meramente funcional dado pela transferência de competência da ação, da função da esfera central em direção às demais esferas de poder.

Significa que a desconcentração poderia ser funcional à descentralização e coadjuvante na realização de uma ruptura com o velho sistema, pois o recobre de uma aparência renovadora, encobrendo o risco de um continuísmo hegemônico (Tobar, 1991).

Para conduzir este estudo, no primeiro capítulo da dissertação procuraremos, em princípio, apontar essas “falhas” ou ineficiências do molde de intervenção estatal na atenção à saúde no período da ditadura militar, em seus diferentes níveis de governo, e as conseqüências decorrentes desse modelo de intervenção.

Em um segundo momento, trataremos com mais atenção a questão fiscal, procurando mostrar como se dava a distribuição da carga fiscal entre os três níveis de governo.

Analisaremos os dados separando-os em três períodos (de 1967/76, 1977/85 e de 1985/1997), tentando traçar a correlação entre a mudança na estrutura do poder federal e o estabelecimento de um novo perfil de distribuição fiscal, funcional à proposição e execução do processo de descentralização.

⁴Tobar, F. O conceito de Descentralização: Usos e Abusos, In: Planejamento e Políticas Públicas, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

Na terceira parte deste capítulo, mostraremos como se operacionalizou a descentralização do setor saúde no período posterior à Constituinte de 1988.

No capítulo 2 desta dissertação, procederemos a análise do PAB fixo, procurando caracterizar o perfil do processo de descentralização implementado no país, considerando os questionamentos expostos acima.

I. MODELO DE INTERVENÇÃO ESTATAL NO SETOR SAÚDE: PONTOS CRÍTICOS

Os principais pontos críticos do desenho institucional do regime militar autoritário brasileiro na área social, segundo Costa (2001)⁵, estão associados a: “centralização decisória em nível federal, mediante a desapropriação dos instrumentos de ação social de estados e municípios, o bloqueio à participação social e política no processo decisório, com a supressão das formas de controle social, a fragmentação institucional que inviabilizava a constituição de uma política social integrada, o fechamento dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais e um déficit de eficiência e de responsabilização da política social agravado pela baixa definição dos papéis para os níveis de governo que atuam no setor (União, estados e municípios)”.

Do ponto de vista fiscal, Médici (1991)⁶ acrescenta que, como decorrência da centralização ao longo do regime militar, estados e municípios passaram por um processo de perda de autonomia financeira e de suas ações.

Assim, analisando os dados relativos às distribuições percentuais das receitas próprias das três esferas de governo no período de 1976 a 1985 (tabela 1), se mostra patente a queda profunda tanto das receitas próprias dos estados e municípios quanto das transferências constitucionais e negociadas.

O autor nota ainda que a centralização das receitas fiscais no período entre 1967/76 se deu mais por um esvaziamento dos estados, posto que os municípios pouco perderam chegando até a recuperar suas participações relativas no período posterior, entre 1977/85.

⁵Costa, N. R., *A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*, in Brasil: Radiografia da Saúde, Campinas, SP: Unicamp. IE, 2001.

⁶Médici, A. C. de *Descentralização e Informação em Saúde*, Caderno de Planejamento e Políticas Públicas. ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, junho de 1991

Tabela 1
Distribuição Percentual da Receita Própria das Três Esferas de Governo: Brasil:1967/85

ANOS	TOTAL	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1967	100,00	45,8	49,4	4,8
1968	100,00	51,5	44,8	3,7
1969	100,00	53,7	42,7	3,6
1970	100,00	54,5	41,9	3,6
1971	100,00	56,4	40,0	3,6
1972	100,00	58,3	37,9	3,8
1973	100,00	58,5	37,7	3,8
1974	100,00	59,3	36,9	3,8
1975	100,00	59,0	37,0	4,0
1976	100,00	62,3	33,1	4,6
1977	100,00	60,9	34,0	5,1
1978	100,00	58,2	36,1	5,7
1979	100,00	58,3	35,9	5,8
1980	100,00	58,7	36,2	5,1
1981	100,00	58,2	36,7	5,1
1982	100,00	57,2	37,6	5,2
1983	100,00	57,8	37,0	5,2
1984	100,00	56,9	38,6	4,5
1985	100,00	57,6	38,2	4,2

Fonte: PAULA, T. B. de, *Estrutura e Evolução das Contas Fiscais*, Ed. Fundap, São Paulo, junho de 1988, p.137. IN: Médici, A. C. de *Descentralização e Informação em Saúde*, Caderno de Planejamento e Políticas Públicas. ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, junho de 1991, p.6.

Observando a participação das três esferas de governo na carga fiscal global⁷ permite-se constatar que a União chegou a concentrar mais da metade da carga fiscal brasileira entre 1974/77, ao passo que este percentual de participação em 1967 não chegava a 37%. É a partir de 1978 que o perfil desta distribuição fiscal começa a se modificar a favor do crescimento percentual de carga fiscal e de responsabilidade em direção aos municípios, como pode ser observado na tabela abaixo.

⁷Total das receitas próprias incluindo as transferências federais aos estados e municípios e dos estados para os municípios.

Tabela 2
Distribuição Percentual da Carga Fiscal Total entre as Três Esferas de Governo Brasil: 1967-85

ANOS	TOTAL	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1967	100,00	36,9	45,2	17,9
1968	100,00	40,6	42,6	16,9
1969	100,00	45,8	39,8	14,4
1970	100,00	45,7	39,6	14,7
1971	100,00	47,7	38,3	13,9
1972	100,00	49,7	36,5	13,8
1973	100,00	49,1	37,1	13,7
1974	100,00	50,2	36,2	13,6
1975	100,00	50,3	36,0	13,7
1976	100,00	51,4	34,4	14,3
1977	100,00	50,2	34,8	15,0
1978	100,00	47,3	36,7	16,0
1979	100,00	47,5	36,3	16,2
1980	100,00	49,3	35,5	15,2
1981	100,00	49,2	34,9	15,9
1982	100,00	48,0	35,7	16,3
1983	100,00	48,4	35,2	16,4
1984	100,00	46,8	36,5	16,7
1985	100,00	44,9	37,5	17,6

Fonte: PAULA, T. B. de, *Estrutura e Evolução das Contas Fiscais*, Ed. Fundap, São Paulo, junho de 1988, p.137. IN: Médici, A. C. de *Descentralização e Informação em Saúde*, Caderno de Planejamento e Políticas Públicas. ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, junho de 1991, p.7.

O processo de centralização financeira ocorreu em dois momentos ao longo das décadas de 60 e 70, segundo o autor.

Num primeiro momento, entre aos anos 60/70, a centralização financeira em direção à União se deu por meio do esvaziamento dos estado.

Numa etapa posterior, ao longo da década de 80, tem início um processo de descentralização da carga fiscal da União em direção aos municípios, sem alteração no percentual participativo dos estados. A partir da Constituição de 1988, estados e municípios passam a receber maior volume de recursos.

Este movimento de concentração financeira na esfera federal era justificado pela centralização dos encargos governamentais na forma da centralização administrativa e de encargos do governo sob a responsabilidade federal.

A centralização da administração e dos encargos de governo sob a responsabilidade da União tinha como contrapartida o desenvolvimento de práticas clientelistas e de barreiras burocráticas que impediam o controle por parte da população das ações do

Estado, tornando inviável a visualização das reais prioridades da federação na condução das políticas sociais.

Do ponto de vista das administrações locais este processo centralizador do governo federal sobre a execução das funções sociais resultou numa atrofia de suas máquinas administrativas, especialmente no que tange às atividades voltadas a elaboração dos diagnósticos críticos sobre a situação social de suas comunidades. Isto porque o processo de planejamento e o estabelecimento de metas de ação e de diagnóstico das necessidades locais eram executados pelos governos federal e estadual, sem o envolvimento direto dos agentes municipais.

Esta atrofia da capacidade técnica dos municípios passou ser uma questão crucial a ser resolvida para por em prática as estratégias de descentralização das políticas sociais no período, determinadas pela Constituinte de 1988.

II. PERIODIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

Medici (1991) sugere que a questão da descentralização dos serviços de saúde deve ser entendida em dois movimentos: o primeiro, de 1967 a 1976 e o segundo, de 1976 até a década de 90.

O argumento que justificaria esta periodização é a transformação, ao longo deste período, do enfoque sobre a intervenção do Estado nas questões ligadas a atenção à saúde.

Vale destacar que ao adotarmos esta periodização sugerida pelo autor, entendemos que, tanto a transformação no perfil da distribuição da receita fiscal do Estado entre as três esferas de governo, quanto as alterações efetivadas na gestão dos serviços de saúde, se inserem no contexto maior – da mudança na concepção em relação ao papel do Estado na sociedade brasileira e de suas manifestações concretas, a partir do fim da ditadura militar.

Procuramos, portanto, entender as várias facetas deste movimento a fim analisar criticamente o modelo de descentralização construído no país a partir das deliberações da Constituição Federal de 1988.

Sendo assim, a marca fundamental do primeiro período, segundo o autor, “é a estratégia de gestão centralizada dos serviços de assistência médica na Previdência Social, ao lado do esvaziamento técnico, administrativo e financeiro dos serviços locais de saúde (estados e municípios)”.⁸

Como características principais, destaca:

⁸ Op. Cit.

- A dicotomização da política nacional de saúde em dois elementos: a assistência médica, de um lado, com muitos recursos e poderes geridos pela estrutura previdenciária e a saúde pública, de outro lado, com fortes limites financeiros, sob responsabilidade do Ministério da Saúde;
- A cobertura dos serviços restrita aos segmentos formais do mercado de trabalho e suas famílias, deixando mais da metade da população brasileira fora do sistema;
- A ênfase nos serviços especializados e no hospital, em detrimento do atendimento ambulatorial, dos cuidados básicos, das medidas profiláticas e da extensão de cobertura nas regiões e periferias pobres das cidades;
- A semiparalisação dos serviços dos estados e municípios, os quais, com a centralização administrativa e fiscal decorrente da Constituição de 1967, não tinham recursos para gerenciar tais serviços segundo as necessidades locais.

O segundo movimento, a partir de 1976, é marcado pela discussão acerca da necessidade de políticas de descentralização dos serviços de saúde que fossem incorporadas às práticas governamentais.

O foco norteador desta discussão estaria sobre a constatação do desajuste do quadro de saúde da rede pública em relação aos serviços por ela prestados.

São exemplos deste desajustes as desigualdades regionais de cobertura do sistema de saúde então vigente, mais evidentes quando comparados os índices de atendimento entre as regiões Nordeste e o Sul-Sudeste; o alto nível de doenças derivadas da ausência de atendimento primário.

Ou seja, este quadro reflete qual era o modelo de política voltada à saúde traçada para o INAMPS pelos governos até então: um modelo curativo, centrado no atendimento hospitalar e na medicina especializada, voltado ao atendimento de procedimentos de média e alta complexidade. Mostrando-se ineficaz, portanto, ao conjunto dos municípios do país, carentes do atendimento básico à saúde e de ações voltadas à prevenção.

Preenchia as necessidades das regiões, municípios de médio e grande porte, ou às classes sócias mais favorecidas, onde o atendimento primário se dava fora da esfera de ação deste sistema de saúde.

A partir dos anos 80, com a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) tem início um programa de descentralização das ações do INAMPS. A criação do CONASP em 1982 permitiu a contratação dos serviços de saúde dos estados e municípios.

Como apontado por Médici (1991), o Programa de Ações Integradas (AIS) em 1984 e a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em 1986, representavam significativa elevação dos recursos repassados às secretarias estaduais e

municipais de saúde, o que viabilizava, ainda que financeiramente, a efetiva descentralização das políticas de saúde.

Tabela 3

Distribuição percentual das despesas de assistência médica do INAMPS por tipo de prestador:
Brasil: 1981-89

Tipo de Prestador de Serviços	Anos de Referência								
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Sindicatos</i>	2,8	2,0	1,7	1,2	1,2	1,0	0,8	0,1	-
<i>Empresas</i>	3,4	3,2	2,0	1,1	0,9	0,4	0,3	0,0	-
<i>Entidades Filantrópicas</i>	3,7	4,0	3,6	2,4	2,7	1,7	4,3	0,6	0,2
<i>Governo*</i>	5,7	6,0	5,2	5,4	9,8	12,3	30,4	52,6	45,9
<i>Universidades</i>	2,5	3,2	3,7	3,1	5,7	5,0	4,9	0,4	-
<i>Unidades Próprias</i>	20,5	20,5	22,8	21,4	29,9	31,8	18,8	17,9	24,3
<i>Setor Privado Contratado</i>	61,4	61,2	60,9	65,5	49,8	47,7	40,5	28,4	29,6

Fonte: INAMPS – SP/DIS, IN: Médici, A. C. de *Descentralização e Informação em Saúde*, Caderno de Planejamento e Políticas Públicas. ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, junho de 1991, p.11.

* Transferências para programas de assistência médica mantida por outros órgãos da União, estados e municípios. Estão incluídos os recursos repassados para as AIS e mais recentemente para SUD e SUS.

Como podemos observar na tabela acima, entre 1981 e 1989 a participação percentual do repasse para as esferas descentralizadas em relação ao total de recursos do INAMPS aumentou de 5,7% em 1981, para 45,9% em 1989. Esse crescimento no percentual de recursos do INAMPS atinge maior velocidade no período de 1986 a 1989.

A VIII Conferência Nacional de Saúde elevou a questão da descentralização a um dos princípios estratégicos da reforma sanitária brasileira.

A descentralização era colocada como um dos pilares da nova política nacional de saúde. A sistemática de funcionamento de curto prazo para dar curso ao processo de descentralização foi elaborada então, pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, seguida de legislação ordinária que definiu princípios jurídicos para o seu funcionamento.

Segundo Medici (1991), “o conjunto desses eventos propiciou a elaboração de uma visão, onde a descentralização do Sistema Nacional de Saúde estaria definida pelos seguintes contornos técnicos, jurídicos e institucionais”:

- O município passa a ser responsável pela execução das ações de saúde do país, num sistema de clientela universal e homogênea, sendo obrigatoriamente a porta de entrada ao sistema de saúde;
- Para tal, a rede de serviço pertencente ao nível federal (INAMPS e outros órgãos do Ministério da Saúde), excetuando-se os centros de referência estaduais ou federais, será transferida a estas esferas;

- Também será repassada aos municípios a seleção dos contratos, convênios e credenciamentos com a rede privada de serviços que, até então, era administrada pelo INAMPS;
- Os estados, em médio prazo, também irão repassar suas redes para os municípios, embora este processo esteja condicionado à dinâmica de cada estado;
- O governo federal, através dos estados, irá repassar aos municípios os recursos para que funcione o processo de descentralização;
- Os municípios de menor porte, que muitas vezes possuem uma rede de serviços incapaz de dar conta das necessidades globais de sua população, podem integrar seus sistemas locais, criando consórcios intermunicipais de saúde, com uma administração unificada;
- Por fim, mas não de menor importância, a política de pessoal prevê a adoção de planos únicos de carreira para os funcionários dos municípios que trabalhem nos três níveis do governo, pois caso contrário poderia ocorrer tensões e disfunções administrativas que fariam com que o sistema ficasse inadministrável.

É no bojo deste processo de transformação do sistema de saúde do país que a Constituição de 1988 configurou a consolidação da proposta descentralizadora como alternativa aceitável de reversão do diagnosticado quadro de baixa qualidade da gestão pública na área social; para a redefinição de prioridades nas ações estatais destinadas ao atendimento das carências das populações locais e como forma de ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais (Costa, 2001).

De acordo com o autor, “a agenda da redemocratização buscou, na ampliação das responsabilidades da gestão local, uma alternativa para o desenvolvimento de mecanismos de controle sobre o gasto público e de ampliação do acesso às políticas sociais. A Constituição Federal de 1988 expressou a tendência ao fortalecimento das demandas federativas acolhendo a lógica de repartição do bolo fiscal favorável aos interesses locais e regionais em detrimento da União”.⁹

Do ponto de vista da participação nas receitas disponíveis pela federação, o autor mostra que no período de 1980 a 1993, os municípios e os estados aumentaram sua participação de 31% para 42%. Neste mesmo período, foi registrado um aumento de 78% dos recursos públicos específicos repassados aos municípios, passando de 9% para 16% das receitas públicas. Estes dados podem ser avaliados pela tabela abaixo.

Tabela 4

Brasil: evolução percentual de receita disponível por esfera de governo (%)

⁹ Op.Cit.

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	69	22	9
1988	62	27	11
1993	58	26	16

Fonte: Afonso & Silva (1995) IN *A Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*. Op. Cit.

O autor observa ainda que “esse desempenho aparece associado ao crescimento relativo da importância da gestão municipal na administração pública nacional tanto em relação ao crescimento do emprego público, como em relação à execução dos maiores programas sociais. Essa elevação da importância municipal na gestão pública é comprovada também pelo esforço de arrecadação tributária própria dos municípios que apresenta um crescimento médio anual duas vezes mais rápido que os tributos estaduais e cerca de três vezes que os federais”.¹⁰

Esse desempenho da arrecadação tributária nos três níveis de governo pode ser constatado na tabela abaixo.

¹⁰ Op. Cit.

Tabela 4

Desempenho da arrecadação tributária por nível de governo – 1988/97

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1988	100	100	100
1989	106	119	102
1990	121	130	130
1991	101	128	189
1992	101	117	162
1993	110	108	144
1994	122	133	155
1995	129	148	215
1996	137	163	284
1997	144	165	290

Fonte: Afonso et al. (1999:6). IN *A Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*. Op. Cit. Crescimento 1997/1988 não computadas as transferências recebidas. Ano-base 1988=100.

II.2. DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE: A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E OS MUNICÍPIOS

Assumindo a premissa de que a provisão direta e exclusiva dos serviços sociais em nível municipal permite maior acesso e controle, por parte do cidadão, da qualidade dos serviços prestados pelo setor público, a principal meta da descentralização era a definição dos papéis das esferas do governo na oferta desses serviços públicos sociais.

No caso do setor saúde, mais especificamente, o objetivo, portanto, era aproximar os agentes públicos locais da comunidade, por meio da redefinição dos papéis da União, dos Estados e dos municípios na oferta de atenção à saúde, buscando ampliar o universo do atendimento e mais, conferir agilidade, qualidade e eficiência no serviço prestado.

Costa (2001) qualifica as questões pertinentes à redefinição do papel do Estado na sociedade, seus limites e contradições. O autor observa que os temas associados à qualidade e à responsabilização da atenção à saúde confrontam as características dual e segmentada do sistema de saúde brasileiro configurados ao longo dos anos 80, decorrentes dos processos de capitalização da medicina e da mercantilização da saúde. Segundo o autor:

- Subsistema privado baseado no seguro-saúde, ao qual está referida uma população de 41 milhões de habitantes, principalmente empregados das grandes e médias empresas e classes médias urbanas;
- O subsistema público universalista – SUS – que tem uma população de referência de 115 milhões de habitantes por ser teoricamente acessível aos não protegidos por modalidades de seguro-saúde.

- O processo de descentralização da provisão dos serviços de saúde tem apresentado um impacto na configuração do subsistema público universalista, redefinindo os papéis da União (governo federal), estados e municípios na oferta de atenção à saúde¹¹

Este processo de redefinição de responsabilidades claramente especificadas atenderia os objetivos traçados no processo de descentralização: correto dimensionamento das necessidades do público-alvo, o controle por parte do cidadão/cliente em relação aos serviços prestados e conseqüentemente, a maximização no uso dos recursos financeiros destinados ao setor.

É neste sentido que a Constituição de 1988 se configurou no marco da consolidação da proposta descentralizadora para o setor saúde, definindo, por meio das deliberações estabelecidas no Capítulo da Saúde, propostas que viabilizassem a reversão ou a minimização dos pontos críticos do sistema de saúde vigente até então.

Desta forma, a partir da promulgação da Constituição de 1988, consolida-se uma tendência da gestão pública setorial voltada para o reconhecimento da saúde como um direito social (assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde); de estabelecimento de um novo paradigma para ação estatal na área (ao determinar o atendimento integral, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária); de comprometimento financeiro (pela criação de um orçamento público da seguridade social que sustenta um conjunto integrado de ações capaz de assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social); e de unificação da ação pública (pela definição do Sistema Único de Saúde como instância plena da gestão pública, responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde).¹²

Por meio de seus artigos destinados ao Capítulo da Saúde, a Constituição de 1988 consolidou a redefinição do papel do Estado no desenho de uma estrutura político-administrativa para prestação dos serviços de atenção à saúde que refletisse uma nova ordem de relacionamento sociedade - Estado.

De fato, como observa o autor, a rapidez da descentralização setorial através do processo de redistribuição decisória e de recursos entre as três esferas de governo representou o acolhimento das demandas dos gestores locais e regionais por autonomia decisória e responsabilidade pela provisão direta dos serviços sociais derivadas do processo de redemocratização das décadas de 70 e 80.¹³

¹¹ Costa, N. R., A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In Brasil: Radiografia da Saúde, Campinas, SP: Unicamp. IE, 2001.

¹² In Costa (2001) pág. 309. Op. Cit.

¹³ Os pontos críticos apontados por Costa (2001) são: "a centralização decisória em nível federal, mediante a desapropriação dos instrumentos de ação social de estados e municípios; o bloqueio à participação social e política no processo decisório, com a supressão das formas de controle social; a

Este processo se concretizou pela definição dos municípios como o único ente federativo responsável pela prestação de serviços de atendimento à saúde da população.

À União e aos estados coube o provimento da cooperação técnica e financeira necessária aos municípios para o exercício desses encargos.

A partir de setembro 1990, com a criação da Lei nº 8.080, que ratificou as diretrizes constitucionais, caberia à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde e gerir e executar os serviços de saúde. Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual.¹⁴

Como resultado, observou-se ao longo da década de 80 um crescimento do papel dos governos locais na provisão da atenção o que levou à redução das funções da União na oferta direta de serviços de atenção à saúde e ampliou sua atuação na renegociação de alocação de recursos e de regulação de desempenho.

Desta forma, por meio das redefinições de funções, o Sistema Único de Saúde tem implementado de modo acelerado a separação entre financiamento e provisão no que diz respeito às relações entre níveis de governo (Costa, 2001).

A partir dos dados apresentados nas tabelas 5 e 6 pode-se observar a ampliação da autonomia das gestões municipais, administrativa e financeira, em função da efetivação do processo de descentralização, manifestada tanto no crescimento de estabelecimentos sob suas gestões, quanto no aumento do emprego público em saúde nas esferas locais.

Tabela 5
Evolução do número de Estabelecimentos do setor público de saúde por esfera administrativa

ANO	UNIÃO		ESTADOS		MUNICÍPIOS		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1981	3.764	28	6.890	50	2.961	22	13.615	100
1988	1.978	9	10.643	50	8.851	41	21.472	100
1992	1.387	5	7.043	26	18.662	69	27.092	100

Fonte: IBGE/ MAS-1981/88/92. IN: IN *A Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*. Op. Cit.

Observa-se que entre 1981 e 1992 o percentual de estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade dos municípios evoluiu de 22% para 69%, ao passo que os estabelecimentos sob a responsabilidade da União e Estados, respectivamente, regrediram de 28% para 5% e de 50% para 26%.

fragmentação institucional que impossibilitava a constituição de uma política social integrada; o fechamento dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais". Op. Cit, pág. 308.

¹⁴ Lei nº 8.080/90, art. 18, I e II.

Tabela 6

Brasil: Evolução e participação relativa do emprego no setor público, no setor saúde por esfera administrativa – 1981/92.

ANO	UNIÃO		ESTADOS		MUNICÍPIOS		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1981	113.297	43	109.373	41	43.086	16	265.956	100
1992	80.298	15	22.139	41	235.321	44	537.688	100
<i>Participação Relativa*</i>	-2,6		6		13,9		5,6	

Fonte: IBGE/ MAS-1981/92. IN: IN *A Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*. Op. Cit.

* P% = taxa média de crescimento geométrico anual

Observa-se uma inversão na distribuição do emprego público em saúde entre a esfera federal e municipal.

Os municípios passam a oferecer 44% do total de empregos na saúde contra os 16% de 1981. Por outro lado, na esfera federal este percentual decai de 43% para 15%.

A descentralização do setor saúde na década de 90 foi impulsionada e regulamentada por meio das Normas Operacionais Básica (NOB's). As NOB's se constituíam em orientações específicas e pactuadas estabelecidas pelo Ministério da Saúde visando a repartição orçamentária entre os níveis de governo, a atribuição de titularidade para a gestão e a organização do modelo assistencial¹⁵.

A primeira, a NOB-1/91 vigorou em 1991 e estabeleceu as regras de transferência dos recursos da União para os municípios, a habilitação para a provisão direta dos serviços de saúde e as competências entre os três níveis de governo. Desta forma, introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços, tendo como pressuposto a criação, por parte dos municípios, de um fundo setorial e o funcionamento de conselhos comunitários.

A NOB-1/93 criou as Comissões Intergestores Bipartites (CIB's) nos estados, por representação paritária entre estados e municípios e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por representantes dos governos federal, estaduais e municipais no plano nacional. Criou, também, uma classificação entre os estados e municípios habilitados ao SUS, dividindo-os em municípios com condição de gestão incipiente, parcial ou semiplena, conforme os níveis de comprometimento e da estrutura administrativa.

¹⁵ Este processo foi relativamente interrompido ao longo do governo Collor por meio da reafirmação da ação do INAMPS. Há uma tentativa do governo do Collor de estabelecer um controle sobre os municípios por meio da preservação do papel do INAMPS e de seus princípios de financiamento e de alocação de recursos. A estratégia montada pelo governo passa pela restrição das bases de financiamento do SUS porque ao se utilizar de uma instituição cuja estrutura havia sido montada para prestar assistência médica a uma parcela da população, contrária às metas de universalização da saúde traçadas para o SUS, o financiamento de uma política de assistência à saúde para toda a população passaria, necessariamente, pelo remanejamento da alocação de recursos entre os Estados. Isto geraria forte tensão política e abrindo espaço para a ação política do poder executivo na negociação da realocação dos recursos necessários.

Segundo a interpretação de Costa (2001),

“A NOB-1/93 produziu uma modulação institucional do processo de descentralização e de responsabilização das instâncias de governo em relação à saúde, representando um divisor de águas na política social brasileira dos anos 90 por formatar um processo de normatização das relações intragovernamentais, por criar regras de transferências de recursos, mecanismos de controle e avaliação, e por definir etapas não sequenciais de transferências para a gestão local de serviços”.

A NOB-1/93 gerou um aumento no comprometimento dos governos locais em relação às variáveis de responsabilização e de controle externo das decisões para que obtivessem a promoção na classificação referente aos níveis de gestão.

Esta ação serviu como instrumento de aceleração da adesão municipal às novas funções propostas pelo SUS, pois como “premiação” ao atendimento dos requisitos solicitados¹⁶, os governos locais obtinham autonomia sobre as ações e serviços de saúde¹⁷.

A NOB-1/96 deu continuidade ao processo de descentralização iniciado pela NOB-1/93, pois tinha por objetivo estratégico a consolidação da responsabilidade do gestor municipal e estadual na prestação de serviços de saúde, pela gestão adequada do sistema, visando atender integralmente as demandas da população pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (NOB-1/96).

Uma interpretação possível para esta busca pela consolidação do papel de cada esfera de governo na gestão da atenção à saúde vai no sentido da identificação do gestor municipal como uma peça fundamental na condução do processo de transição do modelo de atenção à saúde, através de sua manifestação objetiva na condução das ações e serviços de atenção básica de seu município.

Esta postura fica muito clara no item relativo às “Bases para um novo modelo de atenção à saúde”, onde diz que:

para os estados e municípios. A lei que extinguiu o INAMPS só foi promulgada em 1993 (lei nº 8.689 de 27/07/93).

¹⁶ Para obter a situação de gestão semiplena na saúde, os municípios teriam de assumir o compromisso de: ampliar a capacidade gerencial de planejamento, avaliação e controle dos serviços de saúde; de instituir Conselho de Saúde; de criar um Fundo de Saúde; de desenvolver um Plano de Saúde; de elaborar Relatório de Gestão para efeito de auditoria que contenha os balancetes do Fundo de Saúde, as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, os dados sobre os gastos fiscais próprios destinados à saúde; de informar sobre os recursos organizacionais locais para auditar os gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares contratados (Costa, 2001:312).

¹⁷ A premiação para as Secretarias Municipais de Saúde envolvia: a obtenção da titularidade sobre autorização de credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares privados e filantrópicos; a gestão da totalidade das cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH); o gerenciamento da rede ambulatorial e a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços (Costa, 2001:312).

“Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços” (NOB-1/96, pg. 9).

É necessário observar que o arcabouço conceitual que ordena este processo de transição¹⁸ na Norma Operacional não pressupõe a ruptura com o modelo de atenção curativo. Sugere, outrossim, a ampliação do modelo de atenção atual, buscando a efetiva integralidade das ações voltadas à atenção à saúde, transformando-o num modelo centrado na busca pela qualidade de vida do cidadão e do seu ambiente e na relação que se estabelece entre os núcleos familiares e as equipes de saúde.

Esta dinâmica na condução das práticas voltadas à atenção é colocada no texto da NOB-1/96 como mecanismo condutor das mudanças de caráter global e intersetorial.

O foco da política da saúde se consolidaria, segundo esta visão, na relação dinâmica estabelecida entre o geral e o particular.

A construção do sistema de saúde focado no interesse coletivo se daria, desta forma, por meio da compreensão e do tratamento do indivíduo segundo a sua inserção no contexto coletivo, na sua comunidade, na coletividade.

A partir destas premissas, a proposição deste modelo de atenção à saúde sugere a incorporação do modelo clínico dominante, centrado na doença, ao modelo epidemiológico, que requereria o estabelecimento de processos mais abrangentes, vinculando o paciente ao seu meio ambiente, às condições de vida a que este indivíduo está exposto.

Isto é, no modelo curativo o indivíduo é visto como o vetor da moléstia¹⁹. No modelo preventivo o foco é centrado na atenção integral do indivíduo enquanto sujeito social. A moléstia, neste caso, é uma das dimensões da existência do homem e deve ser tratada como tal.

Desta forma, a integralidade buscada neste modelo de atenção poderia ser atendida pelo tratamento da saúde como um processo que se inicia na prevenção da doença, na busca pela redução das vulnerabilidades a que o indivíduo está exposto.

Este modelo de atenção só pode ser viabilizado mediante a maior proximidade possível do agente formulador da política e o público-alvo. Dadas as especificidades regionais, portanto, a gestão da atenção à saúde neste modelo só pode se dar de forma descentralizada.

¹⁸ Da construção de um “novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do indivíduo” (NOB-1/96, pg.15).

¹⁹ Caracterizando-se, desta forma, por uma intervenção especializada, de alto custo, envolvendo procedimentos de média ou alta complexidade.

E é no estabelecimento destes vínculos e na constituição destes processos que os gestores desempenham papel importante²⁰.

A questão, portanto, não é a determinação do foco da política assistencial porque nos dois modelos confrontados o sujeito passivo da ação é o mesmo, o indivíduo. A diferença é como ele é visto. Este enfoque é que determina a forma que o paciente será tratado, a estratégia de ação da política assistencial para atender as necessidades deste cidadão.

Esta é a diferença fundamental entre o modelo de atenção à saúde centrado no tratamento da doença e o modelo preventivo.

No modelo preventivo o paciente é visto dentro do contexto de sua existência, das bases materiais concretas com que reproduzem as formas de sua sobrevivência. Portanto, torna-se passível a elaboração de um conjunto de políticas voltadas à prevenção das doenças, para uma ação pautada pela elaboração de um diagnóstico que atenda as necessidades locais.

A partir de então, o atendimento às necessidades de atenção médica deste mesmo indivíduo se amplia aos interesses e ao bem estar da coletividade, além de possibilitar a interface da política da saúde com as demais políticas sociais²¹.

A implementação da NOB-1/96, associada a NOB-1/93, promoveu de fato, a integração das ações da saúde entre as três esferas do governo, desencadeando, assim, a aceleração do processo de descentralização do setor saúde por meio da transferência para os estados e municípios de um conjunto de responsabilidades e de recursos para a operação do Sistema Único de Saúde (IPEA, 2001).

Outro ponto inovador da NOB-1/96 é a forma proposta para o financiamento das ações e serviços de saúde e de custeio da assistência hospitalar e ambulatorial.

Os instrumentos criados para a operacionalização do sistema de saúde se traduziram em mecanismos indutores da consolidação do modelo assistencial proposto, principalmente na criação dos instrumentos que compõem a transferência regular e automática.

²⁰ Para atender estas condições, as ações delimitadas no texto da Norma Operacional 1/96 buscavam o aperfeiçoamento da gestão do SUS e uma reordenação do modelo de atenção à saúde, por meio da redefinição dos papéis de cada esfera de governo; dos instrumentos gerenciais dotando estados e municípios do papel de gestores do SUS e não meros prestadores de serviços; dos mecanismos e fluxos de financiamento de forma a reduzir progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, baseadas nas programações pactuadas de saúde e da relação prestador de serviços usuários privilegiando os núcleos familiares e comunitários a fim de criar condições para a efetiva participação e controle social.

²¹ Dito de outra forma, não adianta nada tratar a verminose de uma criança se não existe saneamento básico onde ela mora. A partir da constatação das condições de vida deste paciente é possível a articulação de uma intervenção estatal mais efetiva no saneamento do problema. É esta contextualização do indivíduo a que me refiro. E também, esta possibilidade de cruzamento das demandas da política de

Destacamos:

- O Piso Assistencial Básico (PAB): Consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE) e transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas na NOB-1/96. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.
- O incentivo à adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se constitui num percentual acrescido ao montante do PAB, em função do acréscimo percentual da população coberta pelas equipes do PSF e do PACS. Estes percentuais de acréscimo não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS for a mesma.

Por outro lado, ao reduzir as modalidades de gestão municipal propostas pelo SUS à Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal a NOB-1/96 simplificou o processo de responsabilização municipal e redefiniu pontos importantes na operacionalização do Sistema Único de Saúde, buscando o aperfeiçoamento do modelo assistencial (NEPP, 2000).

Os municípios habilitados na forma da Gestão Plena da Atenção Básica²² tornaram-se então responsáveis pela gestão da prestação de serviços de saúde no âmbito da atenção primária²³.

saúde com as demais políticas sociais. No caso, o diagnóstico da necessidade de investimento em infraestrutura.

²² Na íntegra do texto da NOB-1/96 são colocadas as seguintes condições para a habilitação do município na Gestão Plena da Atenção Básica:

- a) Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da Programação Pactuada Integrada do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à Comissão Intergestores Bipartite, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

A execução desta gestão tem sua fonte de financiamento resultante da somatória dos recursos do Piso de Ambulatorial Básico (PAB) de, no mínimo R\$ 10,00 por habitante/ano e no máximo R\$ 18,00 por habitante/ano, do Piso da Vigilância Sanitária e do Piso Básico de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Na condição de habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, cabe aos municípios a responsabilidade pela gestão da assistência médico-hospitalar a seus municípios, incluindo a prestação de serviços ambulatoriais de alto custo e de procedimentos hospitalares de alta complexidade, e a gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares, dentre outras ações.

Neste caso, o valor dos recursos federais repassados aos municípios corresponde à somatória do Teto Financeiro da Assistência (TFA), do Piso de Vigilância Sanitária, do pagamento pelos serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e das ações do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (NEPP, 2000)²⁴.

Desta forma, o conjunto das medidas propostas e implementadas pela NOB-1/96 consolidaram as bases para a consecução do processo de descentralização da responsabilização das ações de saúde, propiciando o amadurecimento dos municípios, na condução da oferta de serviços, e da gerência do sistema de saúde, na formação de um contingente de profissionais qualificados nas diversas áreas do SUS.

A Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde nº1 (NOAS-SUS 01/01) dão continuidade e fortalecimento ao processo de descentralização da assistência à saúde.

No caso da Emenda Constitucional nº 29 o estabelecimento da vinculação de recursos para a área da Saúde conferiu maior estabilidade no financiamento setorial (IPEA, 2001).

A emenda estabelece uma regra de vinculação direta das receitas tributária aos gastos na área da Saúde, semelhante à existente para a Educação. Define os percentuais a serem vinculados, os critérios de rateio entre as unidades federativas, as normas de fiscalização, de avaliação e de controle dos gastos e cálculo do montante a ser aplicado pela União²⁵.

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

²³ O conjunto das ações de atenção primária será analisado com maior cuidado no capítulo 2.

²⁴ Para a habilitação nesta modalidade de gestão o município deve cumprir os pré-requisitos requeridos na GPAB acrescido de um Plano Municipal de Saúde aprovado pela CMS, relatórios das Gestões anteriores aprovados pela CMS, um médico formalmente designado para exercer a função de gestão do sistema.

²⁵ Regras estas inseridas no artigo 77 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

No caso dos estados da federação e do Distrito Federal a regra é a vinculação direta de 12% da arrecadação dos impostos de transmissão e doação²⁶. Para os municípios, o percentual de vinculação sobre a arrecadação de impostos se altera para 15%.

À União, em 2000, coube a aplicação do total de recursos empenhados em 1999 nas ações e serviços públicos de saúde acrescidos de no mínimo de 5%. De 2001 a 2004 a regra é a aplicação do valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB²⁷.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/01) dá continuidade às determinações da NOB-1/96 no sentido da resolução das fragilidades da norma que se evidenciaram ao longo desse período.

A Noas-SUS 01/01 (substituída pela Noas-SUS 01/02) ampliou o elenco de procedimentos incluídos na Atenção Básica (PAB fixo), que era restrito na NOB-1/96 e resultava na baixa capacidade de resolução dos problemas mais frequentes dos usuários, criando o Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA). Para isso, propõe o aumento do Piso da Atenção Básica fixo.

Outro ponto tratado na Noas era a dificuldade de acesso por parte dos usuários do sistema à assistência de média e alta complexidade em função da inexistência desses serviços em alguns municípios e/ou pela concentração dos mesmos em alguns municípios ou estados. Neste sentido, estabelece que o financiamento das ações da primeira linha de atenção de média complexidade em ambulatório seja estabelecido a partir de um valor per capita nacional, como é no caso da parte fixa da atenção básica (Souza, 2002²⁸).

Em função destas questões, o propósito geral da norma era a promoção de uma maior equidade na alocação dos recursos e no acesso da população aos serviços contemplados pela atenção básica. A estratégia adotada na Noas para atender às suas metas é a regionalização da assistência.

Segundo Souza (2002), foram propostos três grandes grupos de estratégias articuladas que tinham por objetivo promover a descentralização da responsabilidade pela atenção básica com igualdade no acesso da população aos serviços:

“(1) elaboração do Plano Diretor de Regionalismo e diretrizes para a organização regional da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção práticos e

²⁶ Engloba o ICMS, IPVA, os impostos arrecadados pela União pertencentes aos estados, menos às parcelas transferidas aos respectivos municípios.

²⁷ Foi definida uma regra para a transição das unidades da federação com percentuais de vinculação dos gastos na saúde inferiores aos determinados em 2000. No ano de 2000, as aplicações dos estados, do D.F. e dos municípios não deve ser inferiores a 7% de suas receitas com impostos; a diferença até os patamares previstos deve ser eliminada até 2004, à razão de pelo menos um quinto ao ano (IPEA, 2001).

²⁸ Souza, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. Em Negri B. & Viana AL (orgs.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: O passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime. Cealag, 2002.

resolutivos nos diversos campos; (2) fortificação das capacidades gerentes do SUS, que compreende um conjunto de estratégias para consolidar o caráter público, por meio do instrumento dos administradores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções, como o planejamento, programa, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromisso entre os administradores; (3) atualização dos critérios e do processo de habilidade de estados e municípios para as condições gerais do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas”

O Plano Diretor de Regionalismo, coordenado pelo administrador estadual com a participação dos municípios, exerce papel fundamental na estratégia delimitada na Noas porque traça o diagnóstico da situação da rede de assistência sobre o qual serão executadas as ações e atividades previstas na norma²⁹.

Para resolver a questão da necessidade de aumento da eficiência e resolutividade no acesso da população aos serviços básicos que não existem em seus municípios, a Noas propõe a formação de módulos de assistência resolutivos formados por um ou mais municípios e que têm por objetivo garantir microregionalmente o acesso à atenção básica para além dos limites dos municípios.

Este mesmo princípio do regionalismo é aplicado na norma quando se, das diretrizes para a organização das ações de média e alta complexidade, é recomendada a elaboração de um plano regional contendo o mapeamento das redes de referência em áreas específicas.

Como pode se observar, a palavra de ordem das diretrizes traçadas na Noas é articulação das administrações locais para se superar os limites estabelecidos para a atenção básica e para o atendimento de média e alta complexidade presente no Sistema Único de Saúde. Este mecanismo de “cooperação municipal” mediada pelo estabelecimento de microregiões resolutivas e pelos Planos Diretores de Regionalismo, estabelece por meio de uma espécie de “solidariedade entre os municípios”, uma estratégia para a assistência básica eficiente, pois possibilita a maximização das estruturas existentes garantindo ganhos de qualidade e de escala.

²⁹ Segundo Souza (2002), os Planos tratam da: (a) divisão do território estadual em regiões/microregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acesso; (b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção; (c) a constituição de módulos de assistência resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam o primeiro tipo de média complexidade, visando a garantir o suporte às ações de atenção básica; (d) os fluxos de referência para todos os tipos de complexidade e os mecanismos de relações intermunicipais; (e) a organização de redes de assistência específicas; (f) o Plano Diretor de Investimentos, que procura suprir as lacunas de assistência identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção.

Com relação às regras de financiamento, a norma avança em relação à NOB-1/96 porque, ao ampliar o leque da cesta de ações da atenção básica, propõe o aumento do valor do PAB fixo, beneficiando, em grande medida, os municípios de menor porte.

Esta sensação de avanço, no sentido de rompimento com o modelo anterior, presente nas Normas Operacionais, se reafirma na Noas-SUS 01/01. Ou seja, a superação do conceito de financiamento próprio do INAMPS (de pagamento por produção) e o incentivo à consolidação da autonomia dos gestores no processo de descentralização da assistência à saúde pode ser sentido quando do estabelecimento de um valor de per capita para o financiamento das ações de primeiro tipo da média complexidade ambulatorial. Isto porque requer um papel mais ativo dos gestores municipais e estaduais no planejamento da oferta de serviços de acordo com as necessidades diagnosticadas nos seus municípios e estados (Planos Diretores de Regionalismo).

No próximo capítulo, trataremos especificamente da parte fixa do Piso da Atenção Básica buscando destacar os avanços desta norma operacional no sentido da descentralização do financiamento e da responsabilização do setor saúde em direção aos municípios e à adoção de um novo modelo assistencial e, também, buscando apontar as suas limitações, que são objeto da Noas-SUS 01/01.

CAPÍTULO 2

O Piso Ambulatorial Básico – PAB

CAPÍTULO 2: O Piso Ambulatorial Básico – PAB

I. O PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O *Piso Assistencial Básico* (PAB) foi criado pela NOB-1/96 e foi definido na norma como um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao financiamento da atenção básica à saúde, de responsabilidade tipicamente municipal.

No entanto, o escopo originalmente previsto para o programa, que cobriria somente a assistência não comportava a mudança de modelo proposta na Nob-1/96. Além disso, causou certa polêmica em torno do valor per capita nacional, pois muitos municípios receberiam mais recursos e alguns receberiam menos (Negri, 2002).

O autor observa que:

“O modelo de financiamento originalmente previsto para o Programa de Saúde da Família, um incentivo crescente segundo a cobertura populacional alcançada no município, calculado como porcentagem do PAB Fixo, tanto para os agentes comunitários como para as equipes de saúde da família, não permitia a expansão rápida proposta pelo quadro federal e não facultava a sustentação do programa nos municípios pequenos, então prioritários para a execução. A metodologia da NOB-1/96 não atendia ao financiamento de outros programas prioritários do Ministério da Saúde, deixando ainda uma parcela considerável das transferências na modalidade conveniaria, burocrática e ineficiente”.

Desta forma, após o entendimento sobre o valor que o piso deveria ter e do conjunto de procedimentos que deveriam ser incluídos chegou-se a uma fórmula consensual. O PAB passa a ser *Programa de Atenção Básica* (PAB), incluindo ações tanto de assistência como de promoção e prevenção.

O programa passa a ser composto por uma parte fixa destinada à atenção básica, e de uma parte variável relativa³⁰ a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica como a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Combate às Carências Nutricionais (Ministério da Saúde, 2001).

O PAB, enquanto forma de financiamento, é um novo mecanismo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que altera a lógica do pagamento por produção por meio do repasse automático do Fundo Nacional da Saúde para os Fundos Municipais de Saúde³¹, de um montante per capita previamente fixado que deverá ser destinado ao desenvolvimento das ações de atenção básica (Ministério da Saúde, 2001).

A inovação está no fato de se tratar de uma forma de financiamento calculada de forma objetiva, na medida em que estabelece um valor per capita único que deverá ser multiplicada pelo número de habitantes do município, segundo o IBGE. Cria-se assim um padrão mínimo de gasto per capita entendido pelo Ministério da Saúde como adequado e, ao mesmo tempo, contextualiza o valor do repasse à realidade populacional de cada município³².

Outra novidade ocorre porque até 1997, com a criação do PAB, não havia uma subdivisão dos recursos transferidos para os estados e

³⁰ A parte fixa do PAB é calculada da seguinte forma:

$$\text{PAB} = \frac{\text{nº de habitantes do município, segundo o IBGE}}{12} \times \text{R\$ per capita}$$

12

Sendo que este valor per capita pode variar de R\$10,00 a R\$18,00, com base na série histórica de alguns procedimentos.

A metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde para a obtenção do valor per capita é:

Per Capita = $\frac{\text{soma de procedimentos pagos ao município em 1996}}{\text{População do município em 1997, segundo o IBGE}}$

População do município em 1997, segundo o IBGE

O cálculo da parte variável do PAB se dá por aumentos percentuais somados à parte fixa calculados em função de acréscimos percentuais da população coberta pelos programas VISA, PSF, PACS, AFB, ICCN.

³¹ Repasse “fundo a fundo”.

³² É evidente que poderão surgir situações em que o município seja negligenciado ao ser aplicada a fórmula. Estas situações poderão surgir, não raramente, em função diferença entre a população total apontada pelo IBGE e a população total do que realmente reside no município. Outro fator a ser considerado é a particularidade municipal em relação à infra-estrutura destinada ao atendimento da atenção básica segundo as regiões do país. Este valor per capita estabelecido pode se mostrar insuficiente nas regiões menos favorecidas. Mas, de qualquer forma, o PAB estabelece um ponto de

municípios. A forma de financiamento prevista no programa separou os recursos destinados à atenção básica e à assistência ambulatorial de média e alta complexidade.

Além disso, as prefeituras municipais deixam de serem tratadas pelo Ministério da Saúde como simples prestadoras de serviços do SUS e passam a se responsabilizar pela gestão da prestação de saúde por meio do secretário municipal, que deverá exercer a função de gestor do SUS no município, amparado pela elaboração de planos de ação em saúde, de acordo com a realidade local.

Portanto, além de estabelecer o valor per capita destinado aos municípios para o PAB fixo e variável, vincula o recebimento destes recursos à adesão municipal ao programa. De certa forma, cria um mecanismo de controle da esfera federal sobre não só sobre o uso desta fonte de financiamento, como também de controle da execução das ações e atividades delimitadas na parte fixa e variável do PAB (Negri, 2002).

O Ministério da Saúde, ao criar o Manual para a Organização da Atenção Básica³³, que busca regulamentar os procedimentos da atenção básica à saúde, estabelece um conjunto de ações que deverão ser de responsabilidade dos municípios, para que estes recebam os recursos do PAB.

Este documento estabelece um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção e induz, efetivamente, a transição na direção do modelo de saúde delimitado na NOB-1/96, através dos programas que compõem a parte fixa e a variável do Programa de Atenção Básica.

O manual amplia o conceito de atenção básica como forma de se avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente em que vivem.

As ações de atenção básica, segundo o manual, não devem se limitar aos procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela

partida na direção da redução das desigualdades regionais. Estes aspectos serão mais explorados ao longo deste capítulo e na conclusão.

³³ *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Secretaria de assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 1999.

do SAI/SUS. Devem ser compreendidas “como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Ministério da Saúde, 2001: pg. 9).

Portanto, o que se pretende ressaltar é que a criação do PAB estabelece parâmetros concretos para a continuidade do processo de descentralização da saúde e para o redirecionamento do modelo de atenção garantindo o preceito constitucional da autonomia dos municípios, na medida em que passa a entendê-los como gestores do modelo³⁴.

II. O PAB Fixo

A parte fixa do Programa de Atenção Básica compreende um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas para a promoção da saúde, para a prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (Ministério da Saúde, 2001). As ações compreendidas pelo programa são:

- Consultas médicas em especialidades básicas;
- Atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais, dentistas e odontologia cirúrgica básica);
- Atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior;
- Visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da Equipe de Saúde da Família;
- Vacinação;
- Atividades educativas a grupos da comunidade;
- Assistência pré-natal;
- Atividades de Planejamento familiar;

³⁴ A forma de habilitação dos municípios nas modalidades de gestão do SUS segue o padrão estipulado pela NOB-1/96, podendo ser habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal e na Gestão Plena da Atenção Básica. A cada uma das modalidades corresponde um conjunto de responsabilidades municipais em relação à prestação de serviços de assistência à saúde e de percentuais de recursos correspondentes. Pouparei o leitor em relação ao detalhamento deste processo, posto que o assunto foi tratado no capítulo anterior.

- Pequenas cirurgias;
- Atendimentos básicos por profissionais de nível médio;
- Atividades dos agentes comunitários de saúde;
- Orientação nutricional e alimentar, ambulatorial e comunitária;
- Assistência ao parto domiciliar por médico do Programa Saúde da Família;
- Pronto-Atendimento.

Este corte encontra sua justificativa no fato de entendermos que esta parte do Programa reflete o entendimento por parte do poder público do que venha a ser a Atenção Básica.

O componente representa, portanto, a base da análise quantitativa deste trabalho. O acompanhamento de seu processo de implantação pode se constituir em um meio de avaliação do alcance concreto dos princípios norteadores da NOB-1/96: de integralidade assistencial, da migração para um novo modelo assistencial, da universalização do acesso à saúde.

Dito de outra forma, o objetivo desta análise quantitativa e qualitativa dos PAB fixo é apreender em que grau ou nível a implantação do PAB logrou definir um novo modelo assistencial; em que medida conduziu a ampliação do universo de cobertura do público-alvo do programa; e quais são os impactos por ele produzidos na prestação de serviços de atenção à saúde, na capacidade instalada dos municípios.

A fonte primária dos dados que serão apresentados é a pesquisa “Avaliação da Descentralização dos Recursos do Ministério da Saúde para a Gestão Plena da Atenção Básica: PAB, PSF/PACS, Combate às Carências Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica e Vigilância Sanitária” realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp em 2000.

Mais especificamente utilizamos o questionário geral do PAB fixo, enviado aos Secretários Municipais de Saúde de uma amostra selecionada com 2.434 municípios, buscando entender a percepção destes gestores

municipais em relação ao programa, partindo da premissa da importância estratégica destes atores sociais no processo de descentralização da assistência à saúde determinado pela NOB-1/96 e, portanto, de que a postura assumida por estes gestores na implementação do PAB se constitui em um dos elos críticos do redimensionamento da Atenção Básica proposto pela Norma Operacional.

III. Indicadores

Para tratar das diversas dimensões desta análise foram produzidos alguns indicadores³⁵ a partir do agrupamento das questões que compõem o questionário geral enviado aos Secretários Municipais de Saúde.

O objetivo desta metodologia de trabalho é aferir, a partir da análise do resultado dos indicadores, a percepção dos gestores municipais acerca da: (1) eficácia da qualificação dos profissionais de base; (2) eficácia da produção de serviços; (3) eficácia da capacidade instalada; (4) eficácia do financiamento e dos gastos na atenção básica municipal; (5) efetividade social do programa; (6) efetividade institucional do PAB.

Os resultados obtidos em cada indicador³⁶ estão classificados nos intervalos: (a) alto; (b) médio alto; (c) médio baixo; (d) baixo significando, por ordem decrescente, o preenchimento do resultado indicador aos critérios máximos de atribuição de notas estabelecidos em sua construção³⁷.

A fim de evidenciar a influência da capacidade fiscal do município, por porte, localização regional e na malha urbana, nível de industrialização,

³⁵ O detalhamento da metodologia utilizada para a construção dos indicadores está na notas metodológicas, no Anexo. A forma de construção destes indicadores tem por base as análises feitas por Draibe, Sônia M. (2001). *Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas*. In: Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IE/PUCSP e por Arretche, Marta T.S (2001). *Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas*. In: Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IE/PUCSP.

³⁶ Os intervalos foram calculados para cada indicador a partir dos valores padronizados seguindo a seguinte distribuição:

Baixo= de zero a (média do indicador – 0,5 desvio padrão);

Médio baixo= de (média do indicador – 0,5 desvio padrão) até a média do indicador;

Médio Alto= da média do indicador até (média do indicador + 0,5 desvio padrão);

Alto= da (média do indicador + 0,5 desvio padrão) até 1.

A distribuição das frequências padronizada está no Anexo.

³⁷ Detalhamento nas Notas Metodológicas.

sistema de saúde e capacidade administrativa instalada no processo de implementação do PAB, procedemos à reclassificação da distribuição percentual dos resultados obtidos em cada indicador segundo o cruzamento destas informações por (1) porte do município; (2) por grandes regiões; (3) por clusters³⁸.

A análise destes indicadores será dividida em duas seções. Na primeira, serão explicitados os critérios utilizados na composição de cada indicador e a distribuição relativa dos municípios na soma total do indicador, segundo os intervalos de corte.

A segunda seção tratará da distribuição do resultado de cada indicador, por municípios da amostra, utilizando os cruzamentos definidos anteriormente.

O objetivo destes cruzamentos é o de ponderar a participação relativa dos resultados obtidos em cada indicador, por municípios da amostra, segundo sua inserção regional e de seu porte, a fim de aferir a opinião dos gestores com relação ao impacto que o PAB tenha produzido na redução das desigualdades regionais, na questão da universalização do acesso aos serviços de saúde considerada a partir da expansão do nível de cobertura, da qualidade das instalações e da prestação de serviços, supondo que a opinião destes gestores é um traçador dos resultados efetivos do programa.

³⁸ Esta metodologia de classificação foi criada na pesquisa “Avaliação da Descentralização dos Recursos do Ministério da Saúde para a Gestão Plena da Atenção Básica: PAB, PSF/PACS, Combate às Carências Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica e Vigilância Sanitária” realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp em 2000 e usa, por critério de agrupamento, a homogeneidade interna de cada município em relação às variáveis de classificação (capacidade fiscal, porte, localização regional e na malha urbana, nível de industrialização, sistema de saúde e capacidade administrativa instalada), ainda que não guardem entre si proximidade espacial.

III.1. Indicadores de Eficácia

O critério utilizado na escolha das perguntas que compõem estes indicadores segue a proposta metodológica sugerida por Draibe (2001):

“...a eficácia de um dado programa diz respeito à relação entre características e qualidades dos processos e sistemas de sua implementação, de um lado, e os resultados a que chega de outro. Assim, será mais eficaz –(...)– aquele programa que se apoiar em processos e sistemas adequados de implementação(...). Consideram-se eficazes aqueles nos quais predominam fatores facilitadores de resultados em quantidades e qualidades máximas e em períodos mais curtos de execução. Ao contrário, perde em graus de eficácia o programa cujos processos e sistemas de implementação apresentam eles próprios ineficácias, tendendo a operar como obstáculos ao atingimento dos resultados”.

A partir destas considerações e supondo que (1) o PAB é um programa que busca, em última instância, universalizar o acesso à saúde gratuita e de boa qualidade e (2) promover a transição do modelo de assistencial curativo para uma abordagem fundada na medicina preventiva; entendemos que, para alcançar as metas estabelecidas no PAB é necessário: (a) a qualificação dos profissionais envolvidos para o atendimento da demanda por novas competências, (b) adequar a infra-estrutura instalada aos procedimentos contemplados no Programa, (c) adequada produção de serviços e (d) nível adequado de financiamento que viabilize a execução dos gastos pertinentes às ações previstas no Programa.

A construção dos indicadores de eficácia objetivou avaliar a opinião dos gestores entrevistados acerca da dinâmica de interação das variáveis acima expostas no processo de implementação do PAB.

III.1.1. Indicador de Eficácia da Qualificação dos Profissionais de Base

A questões tratadas neste indicador se reportam: (a) ao treinamento dos profissionais da atenção básica no último ano; (b) aos principais mecanismos de seleção utilizados nos últimos 2 anos para o ingresso de profissionais que atuam na atenção básica; e (c) ao principal tipo de contrato utilizado para o ingresso dos profissionais que atuam na atenção básica do município.

O critério de atribuição dos pesos ou notas para estas questões privilegiou a participação dos profissionais da atenção básica em treinamentos, a existência de mecanismos objetivos de seleção dos profissionais ingressantes e a existência de relações contratuais institucionalizadas³⁹.

A avaliação é de que esta forma de condução no tratamento dos profissionais da atenção básica tende a consolidar os princípios constituintes do modelo de atenção proposto na NOB-1/96 e, portanto, tende a operar de forma positiva na atribuição de maior sustentabilidade ao programa.

Sob este ponto de vista, os processos objetivos de seleção de pessoal tendem a privilegiar a seleção de profissionais tecnicamente aptos à função para que estão sendo contratados, potencializando a adequação do quadro funcional aos objetivos do programa.

Da mesma maneira, supondo que os profissionais selecionados para a atenção básica atendam ao perfil profissional requerido, as relações contratuais institucionalizadas tendem a conferir maior estabilidade ao quadro funcional porque, ao oferecerem um conjunto de benefícios ao trabalhador, estimulam a sua permanência no emprego. Esta questão parece ser fundamental do ponto de vista da continuidade do programa eliminando possíveis discontinuidades no processo de formação e de consolidação do quadro funcional.

Significa dizer que níveis altos de rotatividade dos profissionais e inadequação da qualificação profissional às exigências da função poderiam

gerar ineficiências ao processo de implementação e de consolidação do PAB porque, em última instância, estes profissionais representam “a linha de frete” no processo de implementação do programa, podendo representar obstáculos no atendimento das metas estabelecidas.

A tabela 7 mostra a distribuição percentual dos 2.434 municípios que compõem a amostra sobre o valor total deste indicador.

Tabela 7
Participação Relativa dos Municípios no
Indicador de Eficácia da Qualificação dos
Profissionais de Base

Classificação dos Intervalos de Corte	Valores dos Intervalos do Indicador Padronizado	Frequência	Distribuição %
<i>Baixo</i>	0 – 0.463674	720	29,6
<i>Médio Baixo</i>	0.463675 – 0.611134	411	16,9
<i>Médio Alto</i>	0,611135 – 0,758594	560	23,0
<i>Alto</i>	0,758595 – 1	742	30,5
<i>Total</i>	0 - 1	2.434	100,0

Fonte: Tabulação Especial da base de dados da pesquisa “Avaliação do Piso da Atenção Básica”. Nepp, 2000.

Podemos observar uma certa indefinição no conjunto dos gestores entrevistados com relação à eficácia da qualificação dos profissionais de base, pois não há uma polarização dos resultados entre os intervalos de análise.

Ou seja, como os intervalos intermediários concentram 39% da amostra, onde provavelmente houve indecisão do entrevistados ao se posicionar, o percentual de gestores que consideram a eficácia da qualificação dos profissionais de base é praticamente igual àqueles que a consideraram alta, 29,6% e 30,5%, respectivamente⁴⁰.

³⁹ Os quadros com o detalhamento das questões, critérios e pesos atribuídos a cada indicador estão no Anexo.

⁴⁰ Procuraremos estabelecer as causas do comportamento dos indicadores selecionados quando analisados os cruzamentos supondo que estes resultados focalizam melhor o indicador estudado.

III.1.2. Indicador de Eficácia da Produção de Serviços

A questões tratadas neste indicador se reportam: (a) aos programas e atividades de saúde coletiva desenvolvida pela rede municipal de saúde, o período de sua implantação e o nível aproximado de cobertura; (b) à variação do acesso aos meios de diagnóstico na rede municipal de saúde após o recebimento dos recursos do PAB; (c) à variação na prestação de serviços ou atividades da rede municipal de saúde após o recebimento dos recursos do PAB; e (d) à percepção do gestor em relação ao comportamento da mortalidade infantil, da gravidez na adolescência, do número de casos de tuberculose, do número de casos de tétano neonatal e do número de casos de sífilis congênita.

O critério para a atribuição de notas destas questões que compõem o indicador foi o de tentar isolar o impacto do PAB sobre estas ações.

No caso dos programas e atividades de saúde coletiva, as ações descritas, em sua maioria, fazem parte da cesta de procedimentos do PAB fixo. Desta forma, o critério de notas privilegiou os programas e atividades de saúde que foram implantados em função dos recursos do PAB. Foi prejudicada a situação onde não existia o programa ou a atividade, diante da avaliação de que o mínimo impacto que o PAB deveria ter produzido seria a implantação destas ações.

Em relação ao nível de cobertura o procedimento foi o de penalizar as situações onde a opinião do gestor é de que o nível de cobertura da atividade ou programa é baixo. Mais uma vez, a avaliação é de que o efeito mínimo que o PAB deveria ter produzido era elevar o nível de cobertura.

Nesta linha de avaliação, foram penalizadas também as situações onde houve redução do acesso aos meios de diagnóstico, da prestação de serviços ou atividades ou de aumento da incidência das doenças associadas aos grupos de risco.

Foram bem avaliadas as situações onde houve um aumento médio no acesso aos diagnósticos e da produção de serviços na rede municipal de saúde após o recebimento dos recursos do PAB.

Tabela 8
Participação Relativa dos Municípios no
Indicador de Eficácia da Produção de Serviços

Classificação dos Intervalos de Corte	Valores dos Intervalos do Indicador Padronizado	Frequência	Distribuição %
<i>Baixo</i>	0 – 0,505824	772	31,7
<i>Médio Baixo</i>	0,505825 – 0,577779	372	15,3
<i>Médio Alto</i>	0,577780 – 0,649734	477	19,6
<i>Alto</i>	0,649735 – 1	813	33,4
<i>Total</i>	0 – 1	2.434	100,0

Fonte: Tabulação Especial da base de dados da pesquisa "Avaliação do Piso da Atenção Básica". Nepp, 2000.

Este indicador segue a tendência do anterior, mas neste caso há um discreto aumento no percentual de municípios onde é baixo o indicador de eficácia da produção de serviços (31,7%), ainda que o percentual de alta eficácia (33,4%) seja um pouco maior que o anterior. De fato, isto se deve à redução dos intervalos médios baixo e alto.

III.1.3. Indicador de Eficácia da Capacidade Instalada

Neste indicador foram tratadas as questões relativas à: (a) variação aproximada do quadro de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliar/técnico de enfermagem, dentista) que atuam na atenção básica; (b) variação na capacidade instalada da rede municipal de saúde (nas Unidades Básicas de Saúde; consultório médico, consultório odontológico, posto de coleta de exames, sala de reunião, sala de espera, sala de curativos/pequenas cirurgias; estetoscópio, esfigmomanômetro/tensiômetro, termômetro, balança, estetoscópio de Pinard, fita métrica).

Em relação à atribuição de notas que originaram o indicador, não foram penalizadas as situações onde não houve alterações do quadro de profissionais e da capacidade instalada, porque foi considerada a possibilidade de adequação destas variáveis à demanda do município. Foram penalizadas as situações onde houve redução da incidência das variáveis selecionadas a partir da expectativa de um impacto positivo do PAB sobre o quadro de profissionais e de serviços da atenção básica, sendo incompatível a redução dos mesmos.

Tabela 9
Participação Relativa dos Municípios no
Indicador de Eficácia da Capacidade Instalada

Classificação dos Intervalos de Corte	Valores dos Intervalos do Indicador Padronizado	Frequência	Distribuição %
<i>Baixo</i>	0 – 0.463674	869	35,7
<i>Médio Baixo</i>	0.463675 – 0.611134	61	2,5
<i>Médio Alto</i>	0,611135 – 0,758594	643	26,4
<i>Alto</i>	0,758595 – 1	864	35,5
<i>Total</i>	0 - 1	2.434	100,0

Fonte: Tabulação Especial da base de dados da pesquisa "Avaliação do Piso da Atenção Básica". Nepp, 2000.

Chama a atenção neste indicador o fato de praticamente inexistir o intervalo médio baixo e de, mesmo assim, o intervalo baixo apresentar um percentual próximo dos demais indicadores.

Ou seja, está mais definida a opinião dos gestores municipais quanto à eficácia da capacidade instalada de seus municípios e mais próxima de uma avaliação favorável dado que 61,9% dos gestores a julgaram ser alta ou médio alta. Há um maior impacto positivo dos recursos do PAB sobre o quadro de profissionais de saúde e sobre a capacidade instalada da rede municipal de saúde em relação à qualificação dos profissionais de base e da produção de serviços.

Talvez porque a avaliação de alterações do quadro de profissionais e das instalações físicas e de equipamentos da rede de serviço seja mais objetiva quando comparada à produção de serviços e a qualificação de profissionais.

III.1.4. Indicador de Eficácia de Financiamento e dos Gastos

Tratamos, neste indicador, das perguntas relativas ao: (a) nível de utilização dos recursos do PAB (integralmente utilizado, parcialmente utilizado, não utilizado) no município; (b) principais problemas enfrentados pela Secretaria Municipal (ou órgão semelhante) na execução financeira dos recursos do PAB nos últimos 2 anos; (c) itens de despesa (pessoal das equipes de saúde, equipamentos, instalações físicas, meios de transporte, material de consumo e outros) onde os recursos financeiros foram insuficientes no desenvolvimento das ações de Atenção Básica do município, nos últimos 2 anos; (d) concordância ou não do gestor em relação à afirmação de que a

implantação do PAB ampliou efetivamente os gastos com a Atenção Básica no município.

A avaliação, quando estabelecido o critério de notas para a questão da utilização dos recursos do PAB é de que, em havendo a adequação do Plano Municipal de Saúde às necessidades do município nas ações da Atenção Básica e havendo o planejamento da execução destas ações, é pouco provável que os recursos do PAB não sejam utilizados, devendo ser penalizado.

Quanto às dificuldades de execução financeira, foi privilegiada a situação onde foi assinalada a inexistência de dificuldades, uma vez que a grande inovação do PAB em relação às demais modalidades de transferência de recursos é que ela se dá de forma automática, de fundo a fundo e vinculada às despesas do município com a prestação de serviços da atenção primária à saúde. Qualquer das alternativas apontam para o desvio da rota estabelecida e, portanto, ineficiências do decorrer do processo de implantação do PAB.

No caso dos itens de despesa foi penalizada a situação onde foram assinaladas as opções do pessoal das equipes de saúde e material de consumo. O critério estabelecido é de que os recursos do PAB deveriam, ao menos, cobrir o gasto dos municípios nestes dois itens. Caso contrário, há problemas da eficácia do financiamento e dos gastos, uma vez que se trata dos itens básicos na composição dos gastos na atenção básica.

Quanto ao impacto do PAB na ampliação dos gastos com saúde não foi penalizada a situação onde o gestor não concorda ou não sabe, porque esta avaliação não é, necessariamente, negativa ao programa. No caso da resposta afirmativa a nota foi positiva porque denota, de fato, um impacto positivo do programa no atendimento das metas nele estabelecidas.

Tabela 10
Participação Relativa dos Municípios no
Indicador de Eficácia do Financiamento e dos Gastos

Classificação dos Intervalos de Corte	Valores dos Intervalos do Indicador Padronizado	Frequência	Distribuição %
<i>Baixo</i>	0 – 0,33792	971	39,9
<i>Médio Baixo</i>	0,33793 – 0,444365	312	12,8
<i>Médio Alto</i>	0,444366 – 0,55081	404	16,6
<i>Alto</i>	0,55082 - 1	745	30,6
<i>Total</i>	0 - 1	2.434	100,0

Fonte: Tabulação Especial da base de dados da pesquisa "Avaliação do Piso da Atenção Básica". Nepp, 2000.

Este indicador é o que possui maior concentração de respostas no nível baixo, 39,9%. Assim, seu resultado, em quase 40% dos municípios entrevistados, situa-se na parte inferior da curva de distribuição normal. Mostra a maior diferença percentual (10%), dentre todos os indicadores, quando comparados os valores do intervalo inferior e o superior.

O indicador não está ruim em relação aos demais, se somados os intervalos intermediários. Mas é neste ponto que fica mais perceptível a polarização das opiniões, uma vez que estes intervalos ficaram achatados. Ou seja, a ineficácia de financiamento e de gastos ocorre em 40% do universo entrevistado. Os cruzamentos por porte de município e por região explicitarão o perfil dos municípios que se inserem neste percentual.

III.2. Indicadores de Efetividade

O objetivo da construção dos indicadores de efetividade é o de simular, a partir das entrevistas com os gestores municipais, os níveis de qualidade produzidos pelo PAB, no atendimento dos impactos esperados e na promoção dos efeitos previstos.

A frase deveria ser construída no tempo do verbo condicional, porque anterior à verificação do nível de qualidade dos impactos e efeitos do programa é necessário se assegurar de que eles existem.

É neste sentido que uma das motivações na utilização dos indicadores é a curiosidade em saber se o programa produz os impactos e efeitos que eram esperados e se, de fato, altera o modelo assistencial dos municípios reforçando o enfoque nas atividades de prevenção levadas a cabo por meio das ações da atenção básica.

O indicador de efetividade social foi construído buscando aferir a proporção com que o PAB alterou o meio social em que foi implantado a partir da definição de Draibe (2001) para este indicador. Segundo a autora:

“De fato, por efetividade social, especificamente, entende-se a capacidade do programa em afetar o capital social do meio em que se realiza, em especial a rede de articulações e parcerias específicas que facilitam sua execução. O conceito remete também aos níveis de adesão e satisfação dos agentes implementadores e da população-alvo”.

Como não havia, neste questionário respondido pelos gestores, questões que se remetessem, especificamente, para avaliação de níveis de satisfação, utilizamos o critério de suficiência e de adequação como simuladores da satisfação destes gestores com relação a alterações na atenção básica que possam ter sido originadas no processo de implantação do PAB.

Nesta linha de análise, o indicador de efetividade institucional buscou relacionar as modificações que o PAB possa ter produzido sobre as organizações ou instituições responsáveis ou envolvidas na implementação do programa (Draibe, 2001).

Mais especificamente, buscou-se as possíveis alterações de hábitos e comportamentos que sinalizassem mudanças no modelo assistencial dos municípios entrevistados, buscando a constatação da consolidação da prática da atenção, focada na prevenção da doença⁴¹.

III.2.1. Indicador de Efetividade Social

As questões selecionadas neste indicador tratam da: (a) avaliação dos gestores em relação à (in) adequação do número de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, dentista) às necessidades da

⁴¹ Não obstante o fato de que a meta pela ampliação do acesso gratuito e universal da atenção à saúde já se constitui num objetivo que justificaria a implantação do PAB, a consolidação de novo modelo assistencial, focado na medicina preventiva, parece ser o veículo portador do maior potencial de transformação da estrutura da saúde dos municípios. A adoção e a sistematização desta prática, de certa

Secretaria Municipal de Saúde; (b) (in) suficiência do treinamento profissional oferecido (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, dentista) no último ano;

Na atribuição das notas às questões que fazem parte deste indicador, foram privilegiadas as questões onde a manifestação dos gestores foi no sentido da adequação ou suficiência das variáveis.

Este indicador apresenta uma concentração dos menores percentuais de municípios nos intervalos de corte baixo (24,5%) e alto (27,3%) e maior concentração no intervalo médio baixo (30%) quando comparado aos demais indicadores (tabela 11).

Tabela 11
Participação Relativa dos Municípios no
Indicador de Efetividade Social

Classificação dos Intervalos de Corte	Valores dos Intervalos do Indicador Padronizado	Frequência	Distribuição %
<i>Baixo</i>	0 – 0,415708	596	24,5
<i>Médio Baixo</i>	0,415709 – 0,503908	730	30,0
<i>Médio Alto</i>	0,503909 – 0,592108	443	18,2
<i>Alto</i>	0,592109 - 1	664	27,3
<i>Total</i>	0 - 1	2.434	100,0

Fonte: Tabulação Especial da base de dados da pesquisa “Avaliação do Piso da Atenção Básica”. Nepp, 2000.

Este resultado pode apontar uma situação onde haja a identificação de melhora da saúde do município, mas a avaliação é de que está longe de ser suficiente ou adequado às necessidades do município.

III.2.2. Indicador de Efetividade Institucional

Por último, as questões que foram utilizadas neste indicador buscam a opinião dos gestores acerca das mudanças ocorridas no modelo assistencial de saúde do município (implantação da atenção domiciliar, do serviço de pronto atendimento, da introdução de grupos terapêuticos para doenças crônicas, a criação de centros de atenção psicossociais ou similar, de mecanismos de referência e contra-referência de pacientes, da criação de pontos de coleta de exames nas comunidades mais afastadas) e o período de sua implantação.

forma altera o perfil da oferta de serviços de saúde desses município em todos os sentidos. Me parece ser

A fim de isolar o impacto dos recursos do PAB no resultado do indicador, foi atribuída nota somente quando estas mudanças ocorreram em função dos recursos do PAB. Nas demais situações foram consideradas nota zero.

A outra questão tratada no indicador é a avaliação do gestor sobre situação real do município a partir das afirmações: (1) a implantação do PAB ampliou efetivamente os gastos com a Atenção Básica do município; (2) a implantação do PAB reorientou as ações da Secretaria Municipal de Saúde (ou órgão equivalente) para a Atenção Básica; (3) a implantação do PAB melhorou a capacidade de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde (ou órgão equivalente); (4) a implantação do PAB melhorou as relações entre a Secretaria Municipal de Saúde (ou órgão equivalente) e os usuários de serviço público; (5) A regularidade na transferência de recursos do PAB (fundo a fundo) melhorou a capacidade de programação e planejamento das ações básicas; (6) a mudança na lógica de financiamento da Atenção Básica (por produção para o pagamento por habitante) melhorou a capacidade de gestão local.

Como as afirmações acima apontam para os resultados esperados do PAB, à discordância do gestor em relação à afirmação foi atribuída nota -1. Se concordou 1 e se não sabe zero. A tabela 12 mostra a distribuição relativa dos municípios onde os gestores foram entrevistados.

Tabela 12
Participação Relativa dos Municípios no
Indicador de Efetividade Institucional

Classificação dos Intervalos de Corte	Valores dos Intervalos do Indicador Padronizado	Frequência	Distribuição %
<i>Baixo</i>	0 – 0,470981	871	35,8
<i>Médio Baixo</i>	0,470982 – 0,566646	380	15,6
<i>Médio Alto</i>	0,566647 – 0,662311	358	14,7
<i>Alto</i>	0,662312 - 1	825	33,9
<i>Total</i>	0 - 1	2.434	100,0

Fonte: Tabulação Especial da base de dados da pesquisa "Avaliação do Piso da Atenção Básica". Nepp, 2000.

O resultado deste indicador é semelhante ao da eficácia do financiamento e do gasto. Intervalos ampliados nos cortes baixo e alto e com os níveis intermediários reduzidos. Os cruzamentos deste indicador por porte

o efeito mais caro que o programa lograria deixar.

do município, grandes regiões e por clusters tratarão de isolar os fatores estruturais que podem estar condicionando este resultado.

A seção seguinte trata da distribuição percentual destes indicadores segundo o porte populacional dos municípios.

IV.1. Indicadores de Eficácia e de Efetividade, segundo o Porte do Município

Se considerarmos o cruzamento dos resultados destes indicadores por porte do município⁴², as distribuições percentuais se alteram consideravelmente.

Parece haver um padrão no comportamento dos indicadores de eficácia e de efetividade quando estabelecemos o corte do número de habitantes. Na maior parte dos indicadores pode-se observar uma relação inversamente proporcional entre o porte do município e os bons resultados dos indicadores.

Os melhores resultados⁴³ se localizam nos municípios de médio porte, com população total na faixa de 80.001 a 200.000 habitantes, à exceção do indicador de eficácia do financiamento e do gasto. Neste indicador, como era de se esperar, as avaliações positivas dos gestores quanto à eficácia do PAB no tocante ao financiamento se localiza, preponderantemente nos municípios de pequeno porte.

No entanto, é interessante observar que, na maior parte dos indicadores, os municípios de porte grande, com mais de 200.000 habitantes se comportam de forma distinta da tendência identificada para os demais.

É certo que os resultados observados para este conjunto de municípios é melhor do que os resultados dos indicadores nos intervalos de pequeno e médio porte. Entretanto, ficam aquém dos percentuais obtidos no intervalo de municípios de 80.001 a 200.000 habitantes, mas não chega a

⁴² Estou considerando de pequeno porte aqueles municípios com até 20.000 habitantes, médio porte de 20.001 a 200.000 habitantes; grande municípios com mais de 200.000 habitantes.

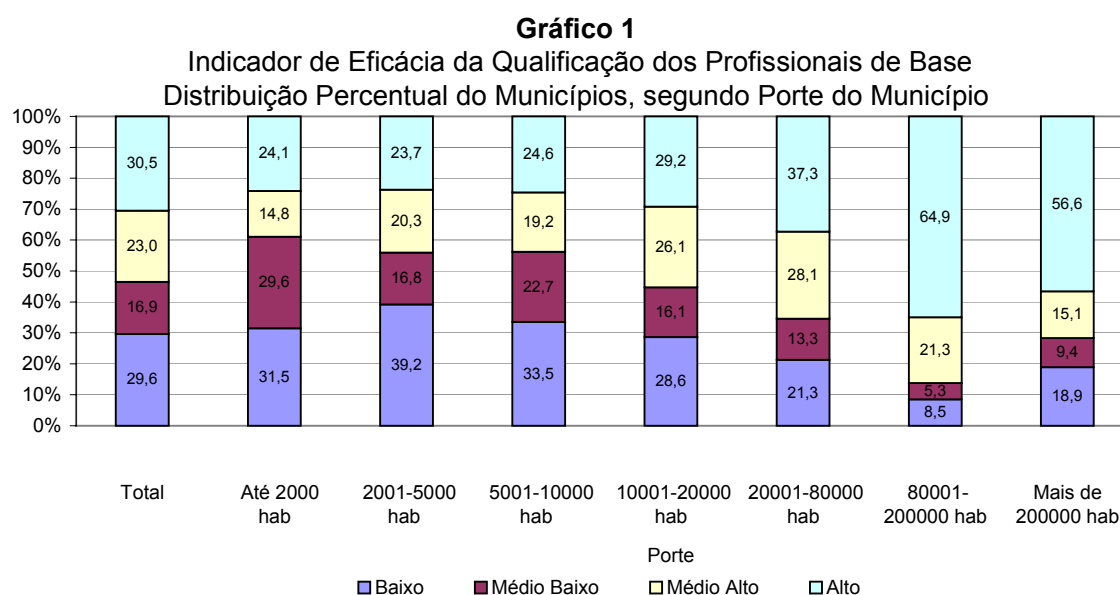
⁴³ Maior percentual de participação dos municípios nas faixas alto e médio alto.

apresentar os mesmos resultados das faixas de corte do pequeno e médio porte.

Portanto, os maiores percentuais da amostra de municípios de médio e grande porte estão localizados no intervalo de alta eficácia ou eficiência. E que o resultado dos indicadores nos municípios de grande porte é similar à distribuição percentual do indicador como um todo (do total do indicador).

Estas situações estão representadas nos gráficos abaixo. Os indicadores de eficácia da qualificação dos profissionais de base, da produção de serviços e de efetividade institucional são ilustrativos destes padrões de comportamento identificados.

O gráfico 1 mostra a avaliação dos gestores entrevistados em relação à eficácia da qualificação dos profissionais de base.



Fonte: Tabulação Especial da base de dados da pesquisa "Avaliação do Piso da Atenção Básica". Nepp, 2000.

Nos municípios de pequeno porte verificamos uma maior concentração percentual nos níveis baixo e médio baixo do indicador. Sendo o pior resultado encontrado nos municípios uma população total de até 2.000 habitantes.

Na medida em que aumenta o porte do município há uma maior definição no posicionamento dos gestores entrevistados em relação às questões tratadas neste indicador. Há uma redução progressiva da concentração dos municípios nos intervalos baixo e, especialmente do médio baixo seguida do aumento do intervalo médio alto e alto.

É interessante ressaltar que esta alteração na tendência do indicador para alta se inicia com a expansão do intervalo médio alto. Esta mudança na avaliação dos gestores em relação ao PAB não se dá de forma abrupta.

Ou seja, na medida em que aumenta o porte do município, sua população total, aumenta a eficácia na qualificação dos profissionais de base, segundo a opinião dos gestores entrevistados, sendo a maior eficácia verificada nos municípios de 80 mil a 200 mil habitantes onde 65% dos gestores avaliaram com alta a eficácia deste indicador.

O resultado deste indicador provavelmente está associado a pouca atratividade que os municípios de pequeno porte exercem para a contratação dos profissionais da atenção básica.

Especialmente quando se trata dos profissionais de nível superior (médico, dentista, enfermeiro, etc) porque a exigência do programa de dedicação e de fixação de residência no município onde ele é contratado é vista como um limitador da expectativa de carreira destes profissionais, apesar dos salários oferecidos estarem próximos aos patamares da iniciativa privada.

De certa forma esta questão se coloca como um obstáculo à condução de processos eficazes de qualificação dos profissionais da atenção básica, pois ao limitar o universo de seleção para a contratação, tende a perder graus de eficácia na adequação do trabalhador à função para a qual é contratado ou mesmo na questão do treinamento.

Por outro lado, o argumento que pode justificar a redução da eficácia da qualificação dos profissionais nos municípios de grande porte (mais de 200 mil habitantes) relativamente aos de médio porte com população total entre 80 mil e 200 mil habitantes está relacionado à escala com que deve se

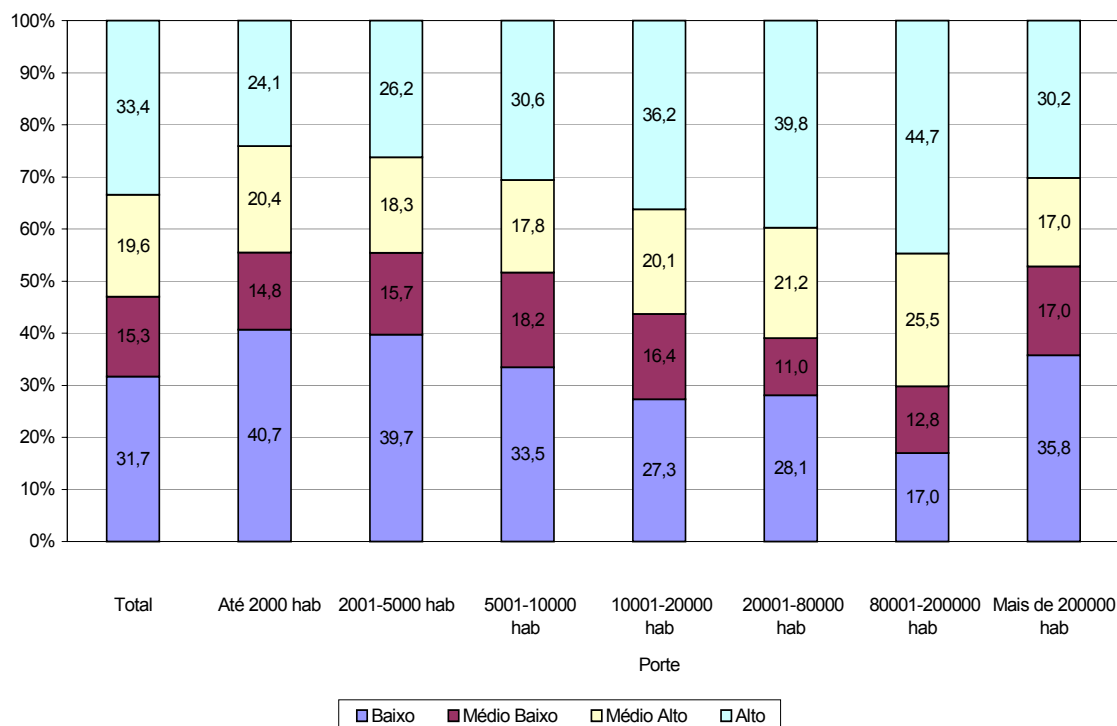
processar a seleção, contratação e o treinamento dos profissionais de base da atenção básica.

Os grandes centros ou metrópoles podem garantir uma maior oferta de profissionais para efeito de seleção e contratação. Por outro lado, a complexidade da rede de saúde destes municípios colabora para perda de graus de eficácia na condução dos processos de seleção, contratação e treinamento contidos no indicador de eficácia da qualificação dos profissionais da saúde, pois ao exigir níveis ampliados de coordenação e planejamento, ampliam o escopo do programa tendendo a ampliar a margem para a ocorrência de ações que redundem em menor eficácia.

Os indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada, buscam mapear o impacto da implantação PAB nas condições de oferta dos serviços da atenção básica, a partir da opinião dos gestores entrevistados.

A avaliação acerca da eficácia destes indicadores segue, de modo geral, a mesma tendência anterior: de melhorar a avaliação dos gestores sobre o indicador quando aumenta o porte do município, concentrando nos municípios na faixa de 80 a 200 mil habitantes os melhores resultados do indicador, como pode ser observado a partir dos gráficos 2 e 3.

Gráfico 2
Indicador de Eficácia da Produção de Serviços
Distribuição Percentual do Municípios, segundo Porte do Município



Mais uma vez, pode-se constatar a perda de graus de eficácia do indicador nos municípios de grande porte. À diferença do indicador anterior, entretanto, os percentuais de resposta dos gestores dos municípios de grande porte se aproximam sensivelmente dos valores obtidos nos municípios de pequeno porte.

No caso da produção de serviços, os recursos do PAB exerceram impactos semelhantes e, relativamente, ineficazes sobre (a) a implantação dos programas ou atividades de saúde coletiva; (b) melhora do nível de cobertura destes programas e ações; (c) melhora do acesso aos meios de diagnóstico da Rede Municipal de Saúde; (d) incidência das doenças típicas dos grupos de risco, tanto nos municípios de pequeno porte quanto nos de grande porte.

A causa que pode ter aproximado a opinião dos gestores de municípios de portes tão distintos é o alcance do impacto do recurso do PAB sobre a oferta de serviços da atenção básica.

No caso dos municípios de pequeno porte, o motivo provável é de que a situação da rede municipal de saúde local esteja tão aquém do necessário no atendimento das ações e atividades propostas pela NOB-1/96, que a implantação do PAB produz resultado, mas não suficiente para dar o salto qualitativo que possibilite a elevação do patamar de atendimento e de cobertura das ações da atenção básica ao conjunto da população.

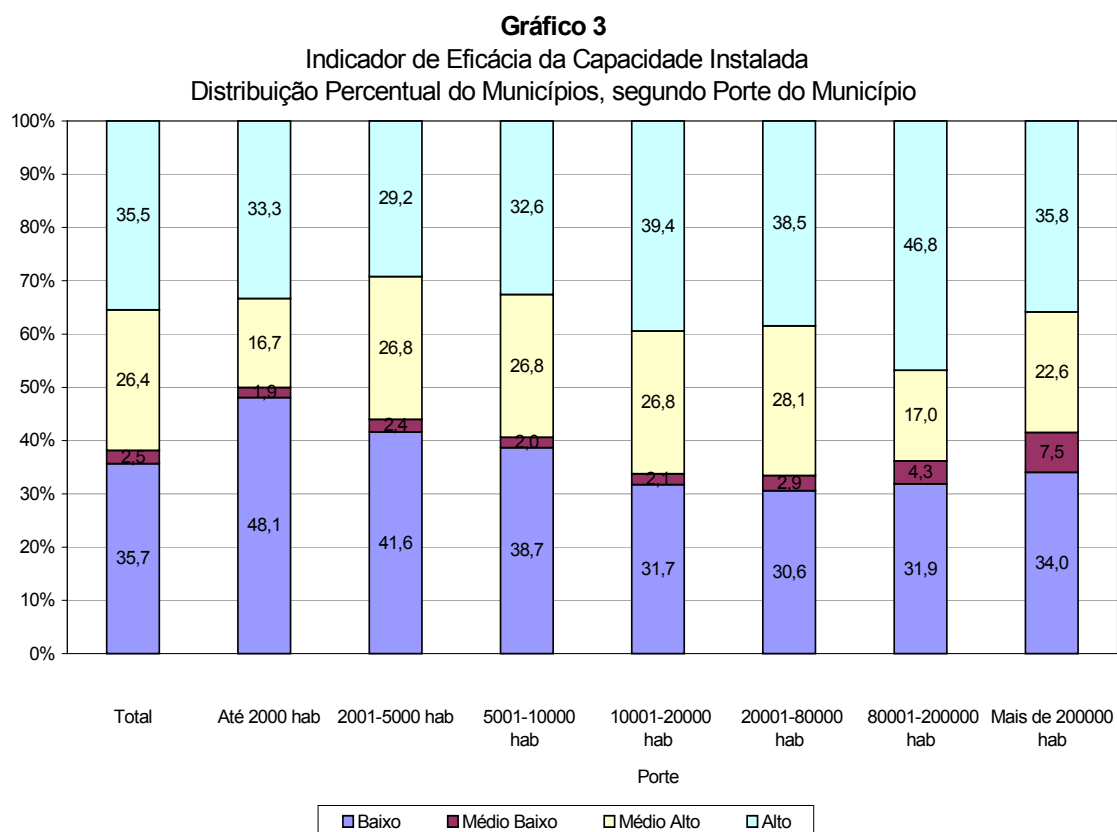
Nos municípios de grande porte, parece valer novamente o argumento da escala de atendimento a que a rede municipal de saúde é submetida. No entanto, parece ser razoável supor a existência nestes municípios de uma política municipal de saúde que contemple as ações voltada à atenção básica anterior à implantação do PAB.

Neste caso, ao contrário dos municípios de pequeno porte, estava se partindo de um patamar já consolidado no que diz respeito à implantação da assistência à saúde básica. O que se alterou foi a forma de financiamento destas ações.

Na medida em que os recursos do PAB complementam os recursos financeiros dos municípios, no caso dos municípios de grande porte, o volume necessário para alavancar uma alteração significativa do quadro de oferta de ações da saúde deveria, provavelmente, ser superior ao proposto no Piso da Atenção Básica.

O argumento de que os recursos do PAB são um avanço, mas não a situação ideal, na consolidação do modelo de atenção à saúde fundado na medicina de enfoque preventivo, se aplica mais uma vez nesta situação.

Esta linha de raciocínio parece se aplicar à avaliação dos gestores entrevistados acerca da eficácia da capacidade instalada. Este é o indicador que apresenta a melhor distribuição das opiniões dos gestores nos resultados bons, concentrando a maior parte das respostas nos intervalos altos do indicador, como pode ser observado no gráfico abaixo. Por outro lado, com níveis altos de avaliação de baixa eficácia do PAB na produção de variações positivas na capacidade instalada dos municípios entrevistados.



Quando analisamos o indicador de eficácia do financiamento e gastos fica mais clara a opinião dos gestores acerca do impacto dos recursos do PAB sobre a implantação do Piso da Atenção Básica.

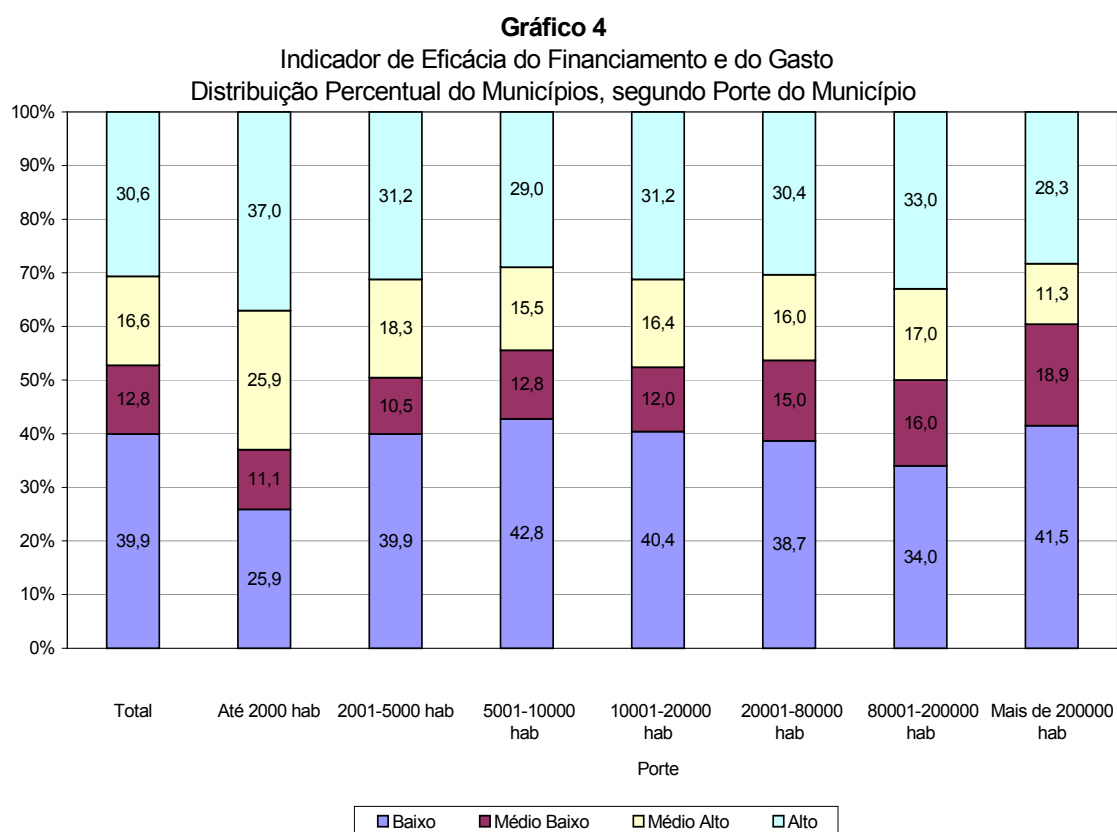
Nos municípios de menor porte o indicador apresenta melhores resultados, perdendo graus de eficácia na medida em aumenta a população total.

O melhor desempenho deste indicador nos municípios de menor porte certamente está associado ao estabelecimento do valor *per capita* de recursos do PAB transferidos aos municípios e à sistemática de remessas de recursos automática, fundo a fundo.

Estas medidas ampliaram a eficácia tanto do financiamento da atenção básica quanto dos gastos destinados às ações básicas de saúde nos municípios de menor porte. Em grande parte porque facultaram a estes municípios o planejamento de seus gastos a partir da elaboração do Plano Municipal de Saúde, apoiado sobre o diagnóstico das necessidades locais e sobre uma base estável de recursos. Ao estipular um patamar mínimo de

verbas em torno dos R\$ 10 *per capita* o PAB elevou o volume de recursos destinados à atenção dos municípios menores. Da mesma forma, o mecanismo de transferência fundo a fundo conferiu maior estabilidade ao financiamento da atenção básica.

A hipótese colocada para a análise dos dados apresentados no gráfico 4 é de que estas medidas tendem a conferir maiores níveis de eficácia do financiamento e dos gastos quanto menor o porte do município, pois dado o alcance limitado de ação do programa frente às demais necessidades locais, quanto menor o universo passível das ações do programa maior a probabilidade de uma ação mais eficaz.



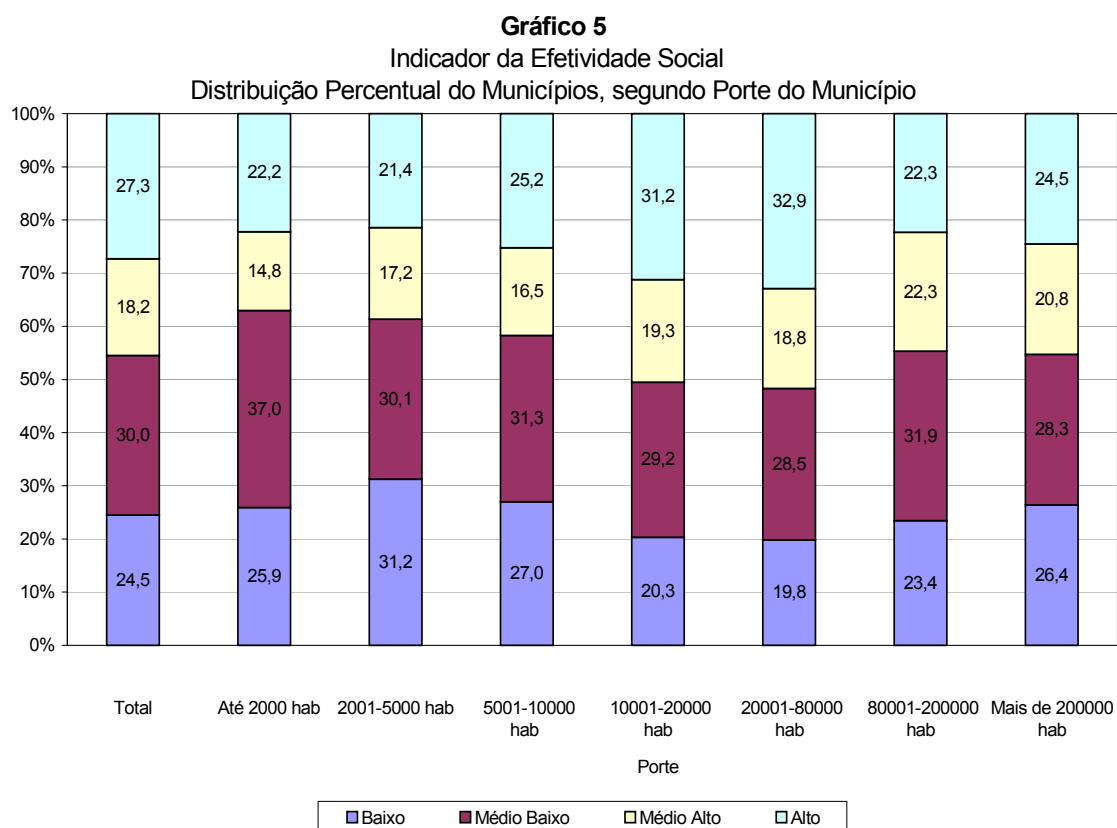
O gráfico 4 mostra que em geral, a avaliação dos gestores sobre a eficácia do financiamento e dos gastos originados a partir dos recursos do PAB é ruim. A exceção é o conjunto dos municípios de menor porte dentro do corte estabelecido, de até 2 mil habitantes.

O indicador de efetividade social também apresenta uma concentração do resultado geral de abaixo do nível médio alto ou alto. No

entanto, à diferença dos demais mostra os menores percentuais de gestores que consideraram a efetividade baixa *strito sensu*.

É possível avaliar este resultado a partir da hipótese da concentração das respostas no nível médio baixo e não no intervalo baixo. Pode-se sugerir a aceitação, por parte dos entrevistados, de que a implantação do PAB tenha produzido algum avanço no sentido da adequação do quadro de profissionais que atuam na atenção básica às necessidades da secretarias municipais de saúde e da suficiência do treinamento destes profissionais para o exercício das funções, segundo os parâmetros estabelecidos no programa.

Por outro lado, também aponta para o provável desnível entre os municípios, a partir do corte por porte, no tocante à estrutura disponível para da atenção à saúde local em relação às demandas diagnosticadas, pois como nos demais indicadores, os piores resultados da efetividade social do programa se concentram nos municípios de menor porte, como pode ser observado a partir do gráfico 5.



O indicador de efetividade institucional, segundo o porte dos municípios entrevistados, é exemplar do argumento que procuramos apontar de que a implantação do PAB produz impactos ou resultados dispares, influenciada pelo porte do município.

O que pretendemos ressaltar é que uma das metas do programa é reduzir estas disparidades regionais e municipais diagnosticadas.

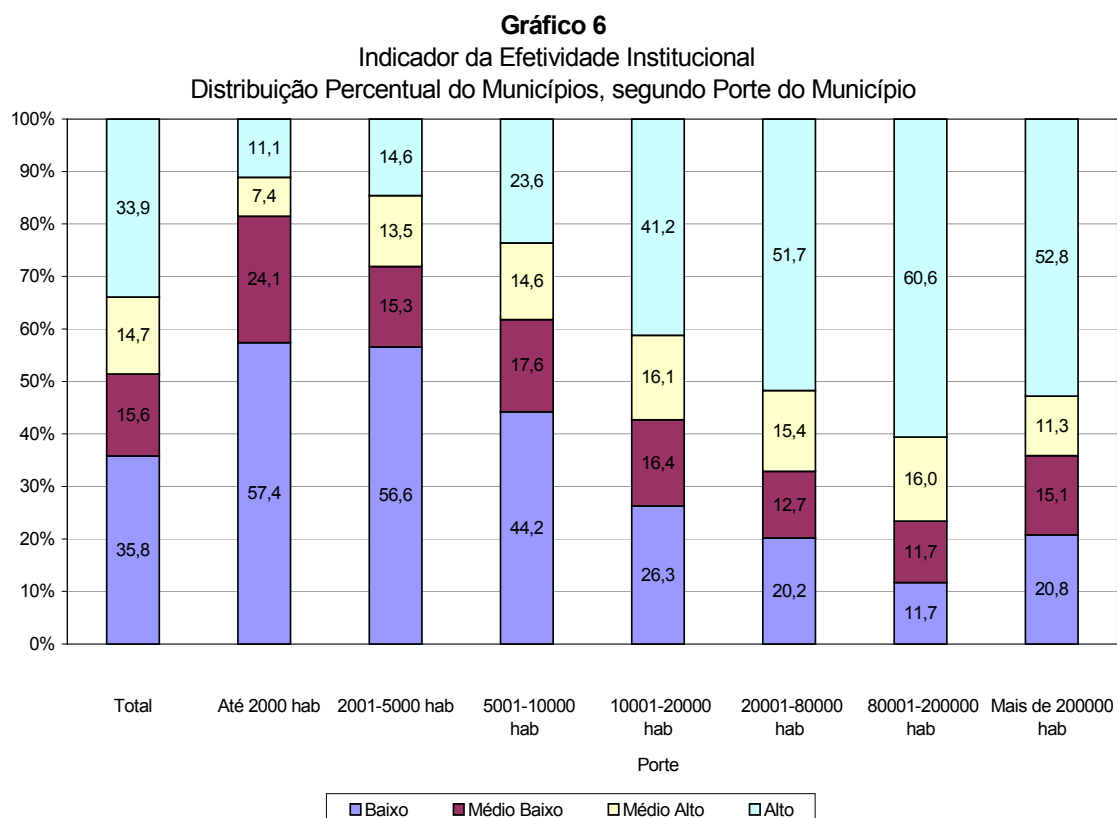
A disparidade na distribuição percentual das respostas dos gestores entrevistados entre os intervalos estabelecidos é traçador desta afirmativa: de que o programa ganha graus de eficácia e efetividade na medida em que aumenta o porte do município.

Nos municípios de até 2 mil habitantes 57% dos entrevistados consideraram baixa a efetividade institucional do programa. Somado ao intervalo médio baixo, 81% dos gestores partilham desta opinião.

Resgatando as questões que compõem este indicador observaremos que elas se referiam às mudanças que poderiam ter ocorrido no modelo assistencial de saúde do município a partir da implantação do PAB. Elencavam também, um conjunto de afirmações que buscavam a opinião do gestor acerca da ocorrência no município dos efeitos esperados na atenção básica local, a partir da implantação do PAB.

A opinião destes gestores entrevistados caminha no sentido da inadequação do número de profissionais às necessidades locais, e da insuficiência do treinamento oferecido aos profissionais da saúde às metas estabelecidas.

No extremo oposto estão os municípios de maior porte, sendo que o maior percentual de gestores que consideraram alta a efetividade institucional do PAB estão localizados nos municípios de 80.001 a 200 mil habitantes.



De certa forma, este indicador confere maior credibilidade aos diagnósticos formulados nos indicadores de eficácia da produção de serviços, da capacidade instalada e do financiamento e gastos porque sintetiza os efeitos esperados das ações delimitadas nestes indicadores.

A inadequação das estruturas municipais em relação ao desafio que a proposta da transição para o modelo assistencial focado na atenção básica propõe é de tal proporção, que supera os limites de ação do PAB.

O PAB pode se constituir num instrumento catalizador deste processo, mas enquanto um programa, seus limites se colocam no cruzamento da política da saúde com as demais políticas sociais.

É neste sentido que o programa lança as bases para a condução deste processo, mas também sinaliza o longo percurso que a sociedade brasileira terá que trilhar.

IV.2. Indicadores de Eficácia e de Efetividade, segundo as Grandes Regiões

A análise dos indicadores de eficácia e de efetividade a partir do cruzamento por grandes regiões aponta para uma distribuição percentual dos resultados relativamente homogênea entre as regiões do país.

Partindo da hipótese de que a opinião manifestada pelos gestores nas respostas do questionário é um sinalizador dos resultados e dos impactos produzidos pela implantação do PAB, podemos inferir que o programa logrou reduzir as disparidades regionais historicamente existentes, pelo menos em relação às ações da atenção básica.

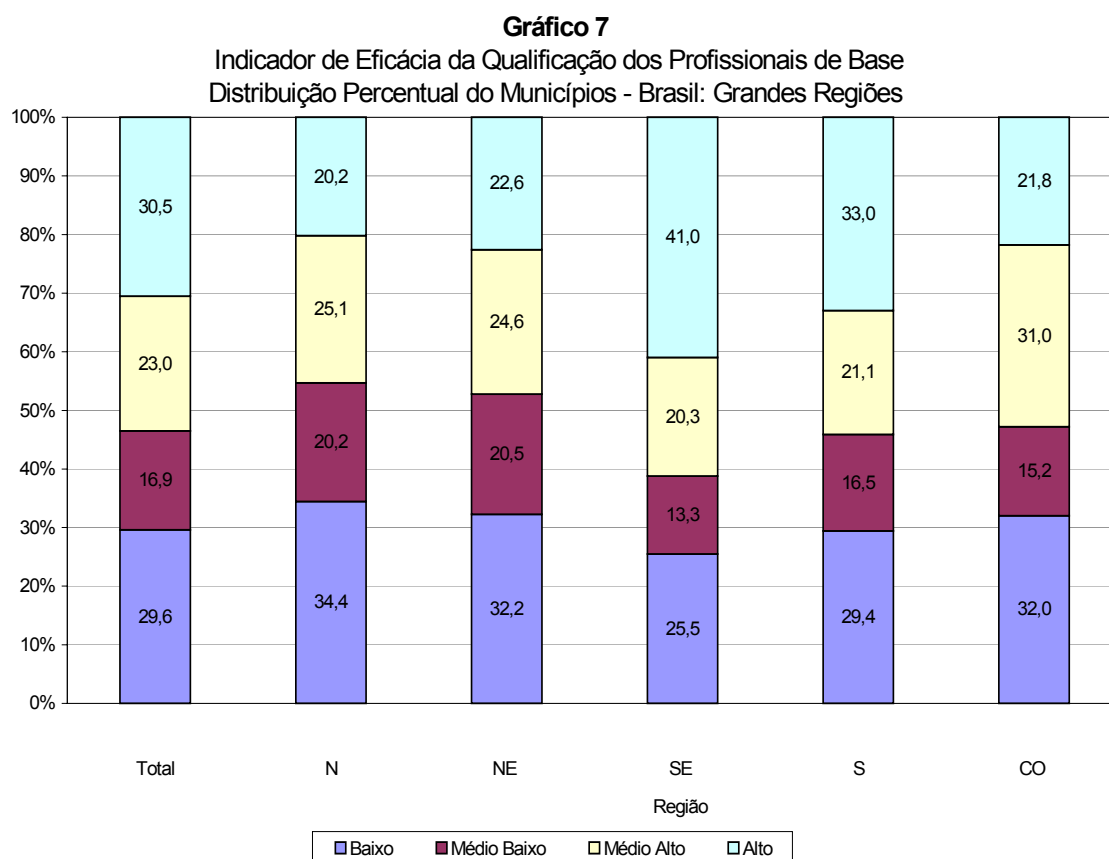
O mecanismo de descentralização do financiamento e da responsabilização da atenção à saúde, representado pelo PAB, pode não ter produzido resultados muito eficazes ou efetivos do ponto de vista quantitativo, mas logrou colocar as regiões do país relativamente no mesmo patamar.

Os gráficos abaixo qualificam o argumento. A presença de melhores resultados nas regiões mais pobres e desprovidas de recursos provavelmente está associada ao suprimento, por parte do programa, de parte das necessidades destes municípios⁴⁴.

Assim, existe um melhor desempenho dos indicadores intrinsecamente ligados à oferta de serviços de atenção à saúde (produção de serviços e capacidade instalada) nas regiões tradicionalmente mais carentes. É a partir desta constatação que estamos supondo que a implantação do PAB tenha minimizado as desigualdades regionais na assistência à atenção básica.

O gráfico 7 mostra a distribuição percentual do indicador de eficácia da qualificação dos profissionais de base.

⁴⁴ É certo que este argumento precisa ser relativizado, pois as diferenças na qualidade da oferta dos serviços da atenção à saúde estão intrinsecamente ligadas à rede de infra-estrutura e da capacidade instalada dos municípios. Não há sombra de dúvida de que há maior probabilidade de haver melhores condições nos municípios das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. O que pretendo ressaltar é que ao estabelecer um valor mínimo per capita de recursos, em média R\$10, direcionados à atenção básica, o PAB tratou de incluir 70% dos municípios do país que apresentavam faturamento abaixo do piso estabelecido (Negri, 2002) corrigindo, em grande medida, as desigualdades existentes na atenção primária.



As regiões Norte e Sudeste são as que mais polarizam as diferenças na participação relativa de seus municípios no total deste indicador. A região sudeste, com o maior percentual de municípios do país com alta eficácia da qualificação dos profissionais de base (41%) e menor percentual de municípios com baixa eficácia, (25,5%). A região Norte, com o menor percentual de municípios com alta eficácia (20,2%) e maior percentual de baixa eficácia da qualificação (34,4%).

A questão do treinamento e da qualificação dos profissionais da área da saúde envolve uma gama de variáveis de fundo, ligadas à cultura cultivada da medicina curativa e da baixa escolaridade, colocando-se, de certa forma, como um dos principais desafios a serem superados pelo Sistema Único de Saúde.

Melhor dizendo, é de se esperar que a presença de resultado mais eficaz, neste campo da qualificação profissional, demande mais tempo quando comparado aos resultados da implantação de novos procedimentos

médicos, por exemplo, pois se tratar de uma questão cujos resultados não são determinados objetivamente⁴⁵.

De fato, os indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada são mais sensíveis na indicação dos resultados esperados da implantação do programa. Em grande parte, impulsionados pelo processo de redistribuição dos recursos financeiros entre os municípios por meio da sistemática de repasses automáticos instituída pelo PAB.

É neste sentido que se coloca a observação de Negri (2002) em relação às alterações promovidas no final da década de 90 quanto à alocação dos recursos do Ministério da Saúde e o impacto sobre as desigualdades regionais na oferta de serviços de prevenção e atenção:

“Quando se observa a distribuição regional dos tetos financeiros, conforme seus componentes, é possível perceber que a correção das desigualdades deu-se tanto nos procedimentos de atenção básica quanto nos procedimentos de média e alta complexidade. A maior redistribuição ocorreu à atenção básica. Aí as regiões norte e nordeste receberam em 2001 um percentual maior do que a proporção populacional. No centro-oeste houve pequena variedade na participação, e são as regiões sul e sudeste, particularmente esta última, que tiveram recursos corrigidos em menor grau. Para padrões mais altos de complexidade, o processo de correção das desigualdades é mais intrincado, pois que depende de infra-estrutura instalada para o atendimento em hospital. A ampliação de recursos precisa ser acompanhada de investimentos, públicos ou particulares, que focalizem sua utilização.(...) Na atenção básica o processo de aumento da oferta é mais simples e possível, mesmo para as prefeituras de pequeno porte.”

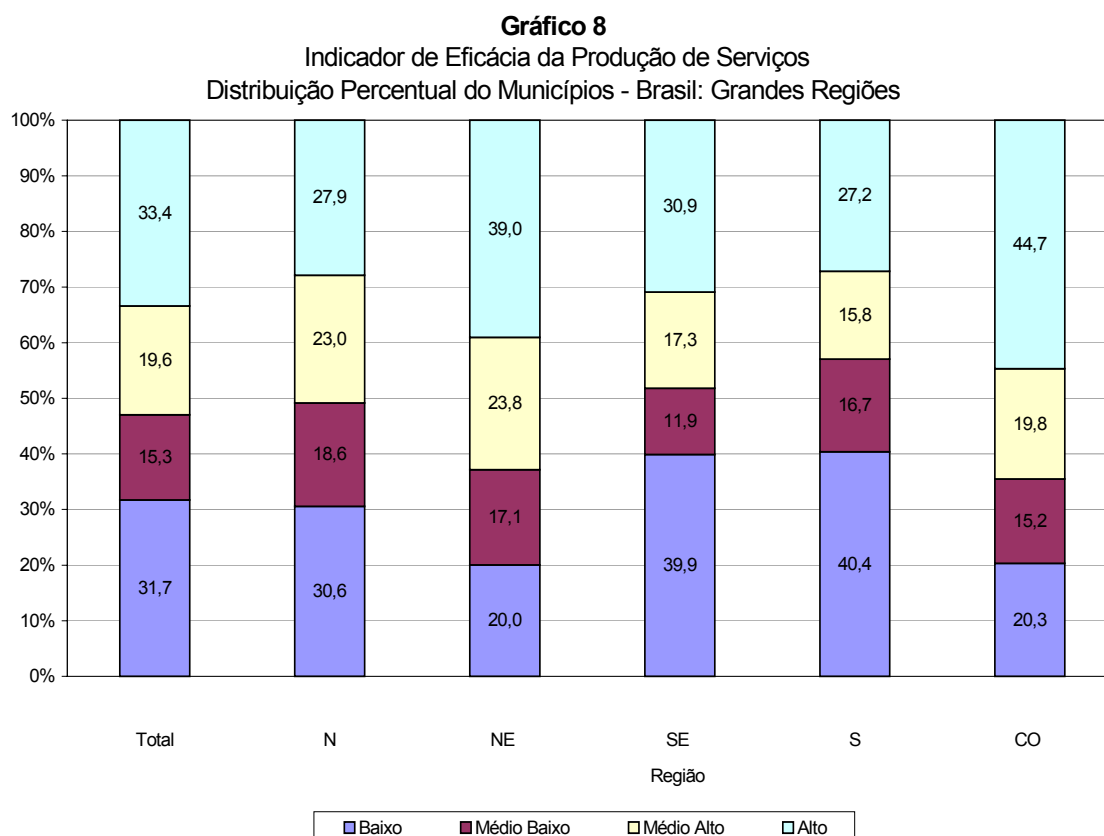
De fato, os indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada já apontavam estes resultados em 2000, na medida em

⁴⁵ Há várias iniciativas por parte do Ministério da Saúde na tentativa de suprir esta necessidade de capacitação dos profissionais da saúde. Dentre elas, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

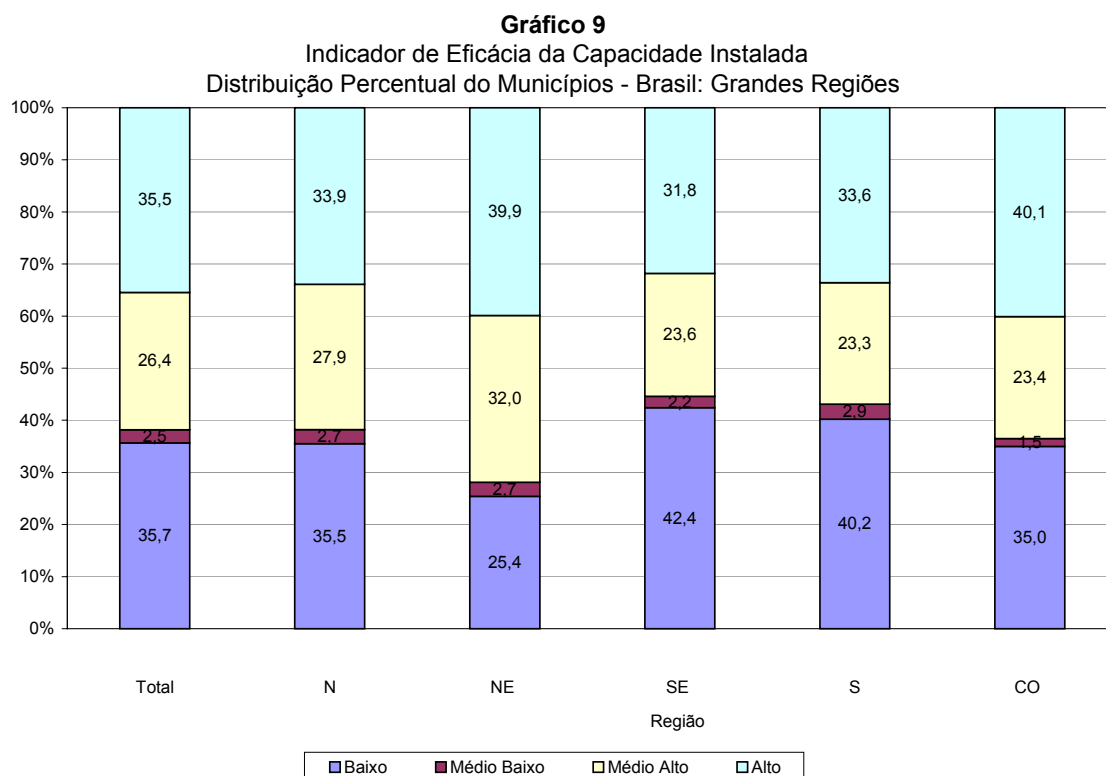
que os gestores entrevistados nesta ocasião, nas regiões norte, nordeste e centro-oeste atribuíram melhores resultados a estes indicadores do que os gestores das regiões sul e sudeste, como poderá ser observado a partir dos gráficos 8 e 9.

Ou seja, quando questionados acerca das variações que a implantação do PAB teria produzido no aumento do nível de cobertura da população, prestação de serviços, adequação da capacidade instalada às necessidades locais, no acesso aos meios de diagnóstico, há uma maior concentração de respostas nos níveis médio alto e alto de eficácia destes indicadores nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Nas regiões Sul e Sudeste os indicadores se comportam polarizando as opiniões dos gestores nos dois extremos dos intervalos tendendo sempre à baixa eficácia.



(Pits), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e o próprio Programa de Saúde da Família (PSF). Para mais detalhes, ver Negri, 2002.



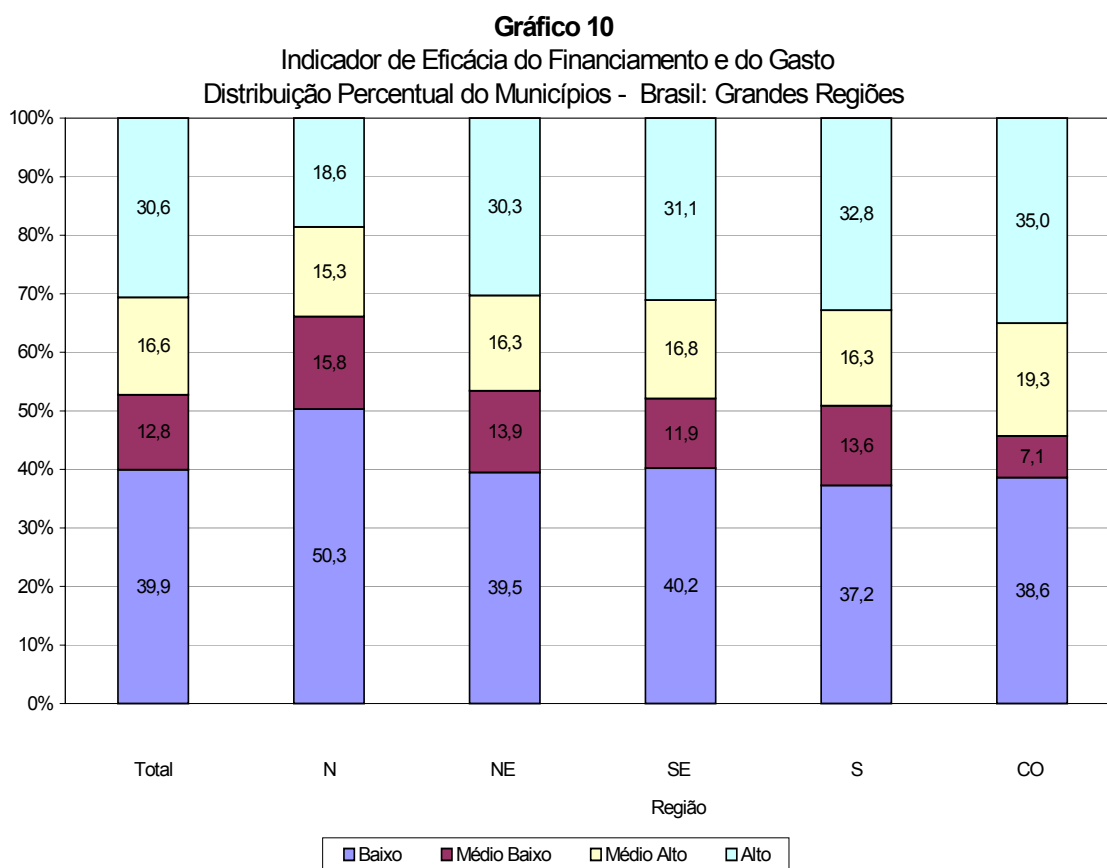
Em relação ao indicador de eficácia do financiamento e dos gastos observa-se em todas as regiões do país a manifestação expressiva dos gestores em relação à baixa eficácia dos recursos no PAB no financiamento das despesas das ações da atenção básica bem como na ampliação dos gastos desta atividade.

Portanto, o estabelecimento de um novo corte para a análise deste indicador não altera significativamente a opinião dos gestores com relação a ação dos recursos do PAB na promoção das atividades da atenção básica nos municípios.

Ainda que seja evidente o fato de que o estabelecimento de um valor mínimo per capita para o financiamento da atenção básica tenha favorecido os municípios de pequeno porte e que tenha reduzido expressivamente as disparidades regionais, como pode ser constatado por meio dos indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada, ainda há o consenso entre estes secretários municipais

entrevistados, acerca da limitação dos recursos do PAB no atendimento das metas propostas pelo programa.

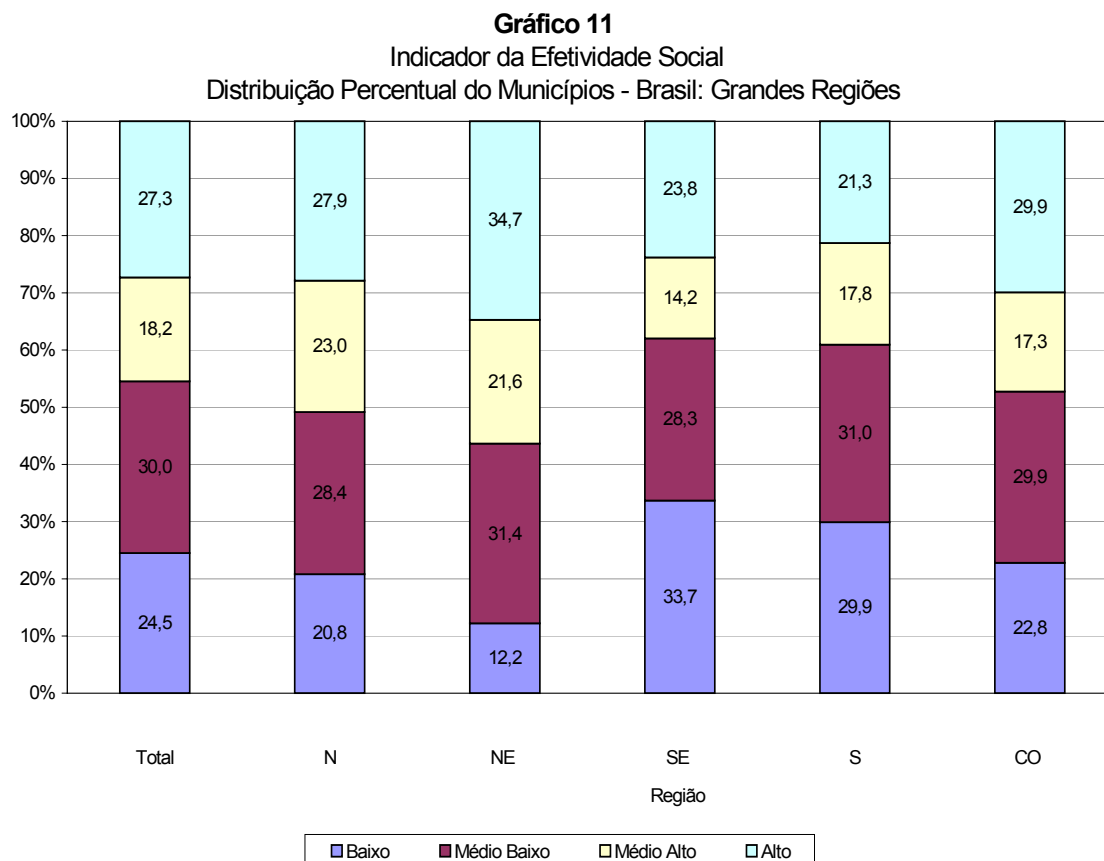
O gráfico 10 mostra a distribuição percentual da opinião dos gestores por região, sendo o pior resultado na região norte.



A interpretação do gráfico relativo ao indicador de efetividade social, segundo o corte por grandes regiões, mostra que de fato a implantação do PAB permitiu a redução das disparidades regionais.

As distribuições percentuais de respostas entre os níveis estipulados mostram o mesmo padrão de comportamento dos indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada.

Há uma maior concentração de respostas nos níveis médio alto e alto nas regiões nordeste e centro-oeste e altos percentuais de respostas nos níveis baixo e médio baixo nas regiões sul e sudeste⁴⁶.



É interessante conduzir a análise deste indicador de efetividade social em conjunto com os indicadores de eficácia, para se obter um parâmetro do real impacto da implantação do PAB, uma vez que se trata de apreender em que medida este programa alterou positivamente a oferta de serviços da atenção básica e os meios materiais para o oferecimento destas atividades. Ao mesmo tempo, por meio do indicador de efetividade social se tem uma aproximação da adequação destas mudanças às necessidades locais.

Quando estes três indicadores caminham no mesmo sentido, parece ser demonstrativo de uma sintonia acertada do diagnóstico do

⁴⁶ O que está se considerando quando elaborada este tipo de análise utilizada neste trabalho é o comportamento relativo destes valores. O que pretendemos destacar é uma tendência de comportamento na medida em que os dados são uma decodificação de uma entrevista qualitativa. O resultado geral

programa às metas propostas. Neste caso concreto, olhando os municípios a partir de sua inserção regional, o fato do indicador de efetividade social apresentar um desempenho bom e próximo dos indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada, nos permite entender que a implantação do PAB é exitosa duplamente.

Em primeiro lugar, porque produziu variações positivas na oferta de serviços, no aumento do nível de cobertura e nos meios adequados para o diagnóstico destas ações. Em segundo lugar, porque na opinião destes gestores entrevistados, o programa deu um passo além. Porque não só avançou na oferta da atenção básica, como o fez de forma próxima ao considerado adequado ou suficiente às necessidades locais. Diferente da situação em que o gestor avalia que o programa alterou o cenário da assistência à saúde de seu município, mas que está distante do aceitável.

O motivo de do destaque desta situação é o resultado na região nordeste, onde 34% dos entrevistados consideraram alta a efetividade social do PAB e apenas 12% consideraram baixa. No contraponto, 34% dos SMS da região sudeste considerou baixa a efetividade social do PAB e apenas 24% avaliaram como sendo alta.

Ou seja, o que merece destaque é justamente esta polarização de resultados: seria até esperado esse desempenho ruim dos indicadores na região sudeste, porque sendo ela a mais rica do país há a maior probabilidade de que as ações da atenção básica já fossem contempladas de alguma forma na política de saúde desenvolvida pelos seus municípios e que, portanto, a implantação do PAB não produziria alterações expressivas nesta área.

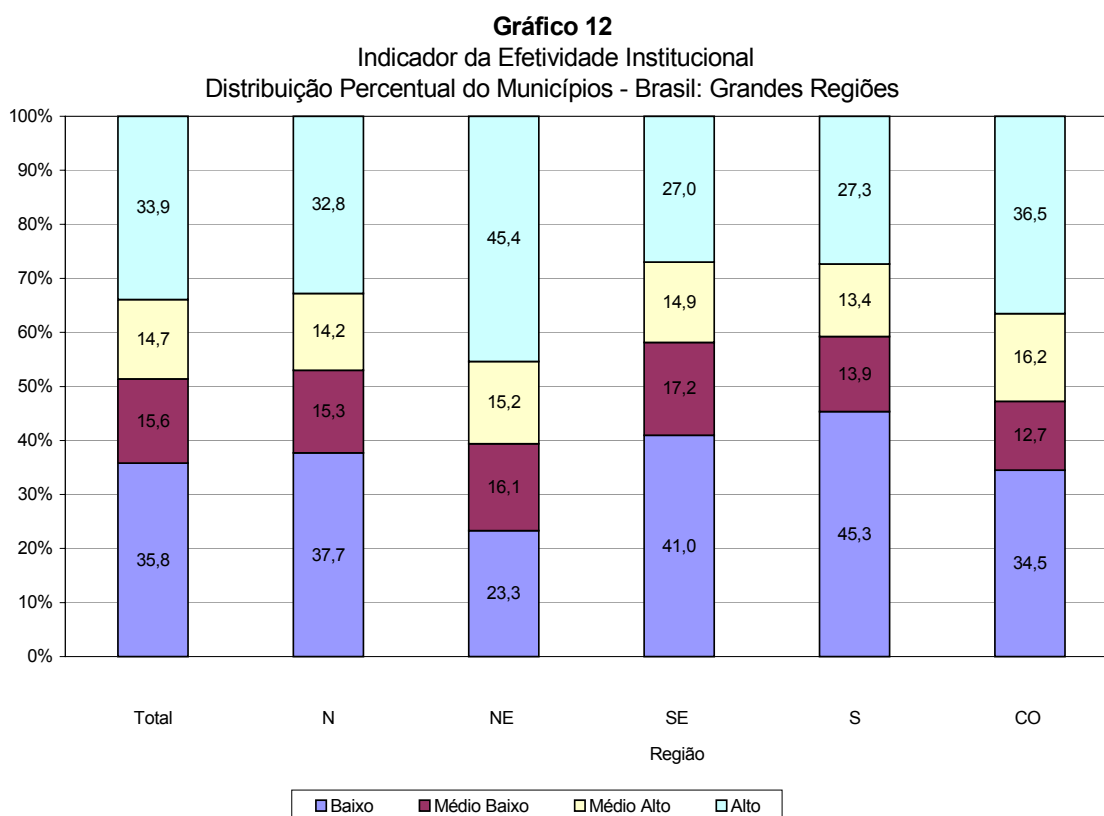
Mas a apuração desta situação, concomitantemente ao bom desempenho do PAB nas regiões mais necessitadas, abre o precedente da aproximação, ainda que incipiente, entre as condições de oferta da assistência básica dos municípios das regiões menos privilegiadas e da realidade vivida nas regiões desenvolvidas. Melhor dizendo, o bom desempenho do PAB no

destes indicadores é de modo geral ruim. Mas o que interessa é a posição relativa da região analisada ou do porte do município em questão em comparação com os demais. Não o resultado absoluto.

norte, nordeste ou mesmo no centro-oeste sinaliza, de fato, o avanço no caminho da redução das desigualdades regionais no setor saúde.

Pelo menos no que se refere ao primeiro atendimento, que em última instância, é a base do modelo assistencial proposto pela reforma sanitária brasileira e normatizado no texto da NOB-1/96.

O indicador de efetividade institucional mostra esta situação. Especialmente da região nordeste, é alta a efetividade do PAB na alteração do modelo assistencial de saúde, na reorientação das ações da SMS para a atenção básica, na melhora da capacidade de atendimento da SMS e na melhora das relações entre a SMS e os usuários.



Evidente que o PAB tem limitações, especialmente do ponto de vista do valor do financiamento e do alcance de suas ações, porque não exclui a necessidade premente de investimentos em infra-estrutura, saneamento básico e todo o pacote do conjunto das políticas sociais voltadas à busca da equalização do acesso e da qualidade de vida da população.

Mas, de certa forma, expõem as falhas ou limitações do desenho institucional do sistema único de saúde no que se refere aos mecanismos de referência e contra-referência e de sua gerência, permitindo a elaboração de diagnóstico e o estabelecimento de ações que busquem superar estas limitações.

IV.3. Indicadores de Eficácia e de Efetividade, segundo os Clusters⁴⁷

Os indicadores de eficácia e de efetividade serão analisados a partir do cruzamento das respostas dos municípios pelo agrupamento em clusters.

⁴⁷ Tipologia criada na pesquisa “Avaliação do Piso da Atenção Básica”. Nepp, 2000. Segundo o relatório “Caracterização Nacional de Municípios: Condições de Implementação do PAB, definição de Fatores e Agrupamentos de Municípios”, da referida pesquisa, os clusters podem ser caracterizados a partir de uma tipologia onde:

“os municípios brasileiros foram divididos em grupos distintos, que apresentam grande homogeneidade interna com relação a suas características, assim como grandes diferenças entre si. Esses agrupamentos foram então caracterizados com relação aos indicadores obtidos e a outras variáveis descritivas, assim como a sua respectiva distribuição regional, localização e na política de saúde.”

Foram consideradas como variáveis descritivas os dados relativos às condições sócio-demográficas, à localização, porte, índice do nível de atividade (ICMS/população), localização regional.

As variáveis classificatórias são: capacidade de gasto dos municípios, capacidade municipal de produção de serviços básicos de saúde e capacidade administrativa instalada. Estes fatores foram submetidos à análise de cluster resultando em 6 grupos distintos descritos na tabela abaixo:

Clusters de Municípios e Comportamento dos Fatores

Grupos	Capacidade Fiscal e de Gasto	Produção de Serviços de Saúde	Tamanho da Máquina Administrativa Instalada
1	Baixa	Alta	Média
2	Baixa	Baixa	Baixa
3	Baixa	Média	Alta
4	Baixa	Baixa	Média
5	Alta	Média	Média
6	Média	Média	Alta

Fonte: “Caracterização Nacional de Municípios: Condições de Implementação do PAB, definição de Fatores e Agrupamentos de Municípios”. Nepp, 2000.

Em relação ao padrão de localização dos municípios que compõem os cluster sua distribuição é:

1. Cluster 1: 34,5% do grupo estão distribuídos na região sudeste, 27% na região sul e 24,2% na região nordeste. Localizam-se principalmente nos estados de Minas Gerais e Paraná;
2. Cluster 2: 61,43% estão distribuídos na região nordeste, 11,7% na região sul. Estão distribuídos nos estados do Acre, Amazonas, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraná;
3. Cluster 3: 39% dos municípios deste cluster se localizam na região sudeste, 29,4% na região nordeste e 21,7% no sul. Os municípios deste cluster se localizam nos estados de Alagoas, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo;
4. Cluster 4: 46% na região nordeste, 18% na região sul. Inclui municípios dos estados do Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e Tocantins;
5. Cluster 5: 47,4% dos municípios se localizam na região sudeste, 32,3% na região sul e 13,7% na região centro-oeste. Localizados principalmente nos estados do Acre e São Paulo;
6. Cluster 6: 51,46% dos municípios se concentram na região sudeste, 28,45% na região sul e 12,5% na região nordeste. Distribuídos entre os estados de São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Paraná.

Este cruzamento dos dados produziu um resultado totalmente diferente dos demais cortes adotados. Mostra um padrão de distribuição percentual das respostas homogêneas em relação ao resultado total do indicador e sem grandes alterações quando comparados os clusters entre si.

Somente nos indicadores de eficácia da qualificação dos profissionais de base e de efetividade institucional foram observadas alterações no padrão de distribuição das respostas dos gestores, puxando o indicador para resultados melhores nos clusters 5 e 6.

A hipótese levantada para explicar padrão de proporcionalidade das respostas dos gestores entrevistados, independente da diversidade existente entre os municípios que compõem os clusters, seja indicativo dos efeitos da implantação do PAB na redução das desigualdades municipais na oferta da assistência à atenção básica.

Qualificando o argumento: as diferenças verificadas no desempenho dos indicadores quando avaliados a partir do corte por porte dos municípios não se manifesta, pelo menos com tanta intensidade, quando estes indicadores são consolidados a partir do corte por clusters. O mesmo com relação ao corte por grandes regiões.

Adotando o agrupamento dos municípios em clusters garantimos uma certa autonomia na avaliação da influência das variáveis classificatórias (capacidade de gasto, produção de serviços e capacidade administrativa instalada) sobre o desempenho dos indicadores, pois o porte e a localização espacial dos municípios adotados como variáveis eram descritivas e não classificatórias. Mostravam um padrão de comportamento dos indicadores, mas não evidenciava a influência do PAB sobre as variáveis que toldavam a capacidade de oferta da assistência à atenção básica dos municípios.

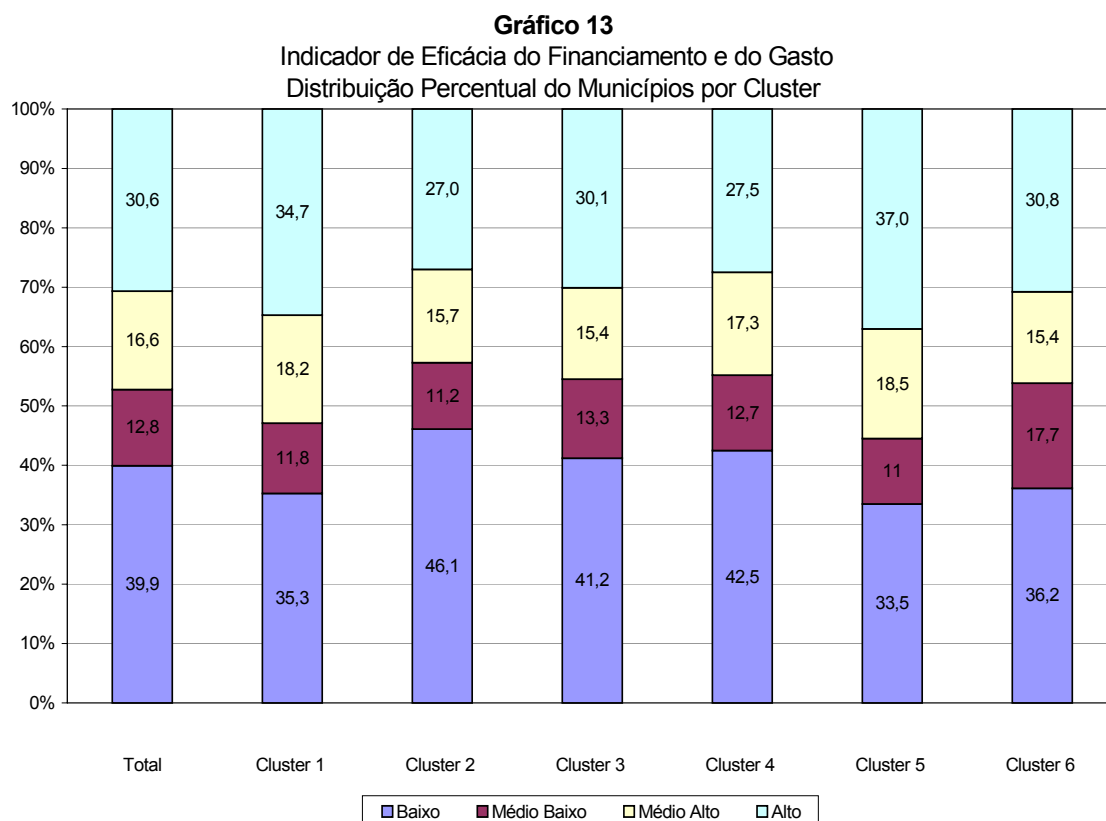
O indicador pode não ter um desempenho excepcional, mas o fato dos gestores dos municípios que compõem os clusters com baixa capacidade de gasto e de produção de serviços se aproximar da opinião daqueles gestores agrupados nos clusters com média ou alta capacidade de gasto e de produção

de serviços de saúde sinaliza, sem dúvida, uma redução das desigualdades existentes entre estes municípios na oferta da assistência à atenção básica.

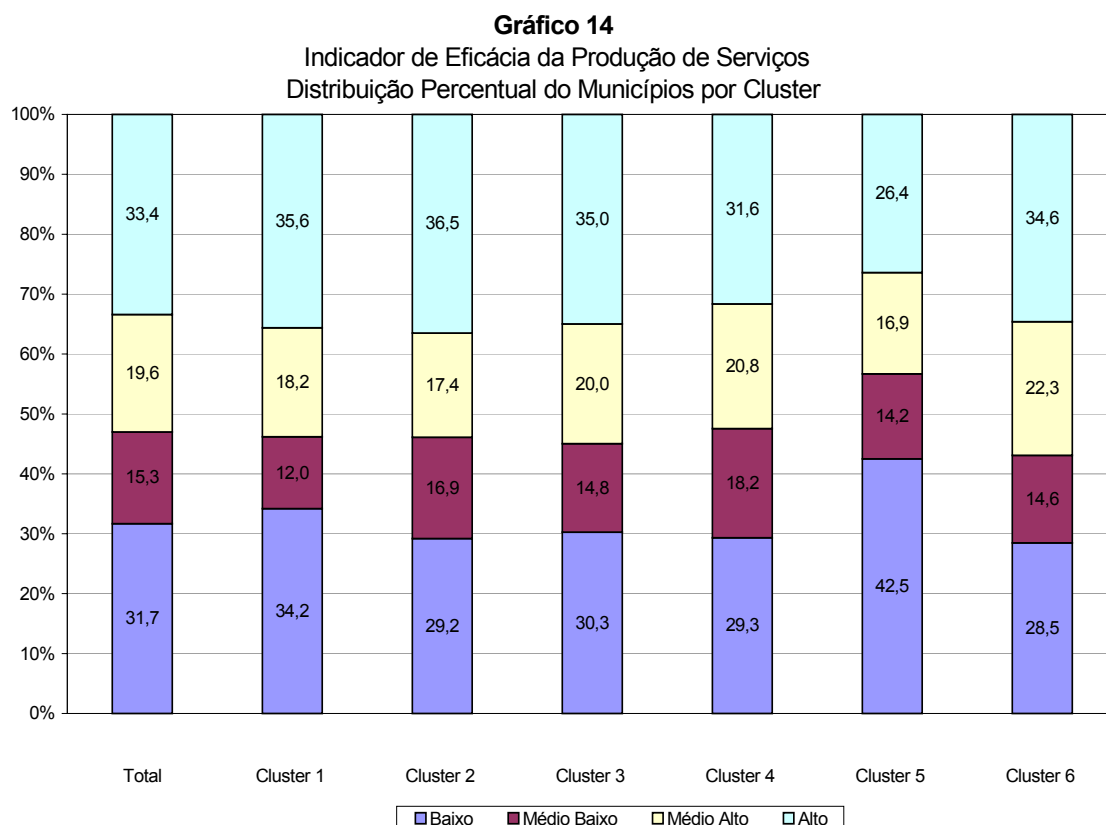
Esta situação se manifesta, especialmente, nos indicadores de eficácia da produção de serviços, da capacidade instalada e de efetividade social. Pois, como dito anteriormente, a construção destes indicadores busca isolar o impacto positivo da implantação do PAB sobre a oferta dos serviços de atenção básica e da infra-estrutura disponível nestes municípios para atender às demandas da comunidade de forma adequada ou suficiente.

Por outro lado, estes indicadores também sinalizam a limitação do programa no sentido de alterar positivamente a oferta da atenção básica em municípios dotados de um sistema municipal de saúde mais complexo, presentes nos clusters 5 e 6, pois não há uma diferenciação sensível do desempenho dos indicadores neste caso, quando comparados aos primeiros clusters, caracterizados por municípios, cujos sistemas municipais de saúde tendem a ser mais incipientes.

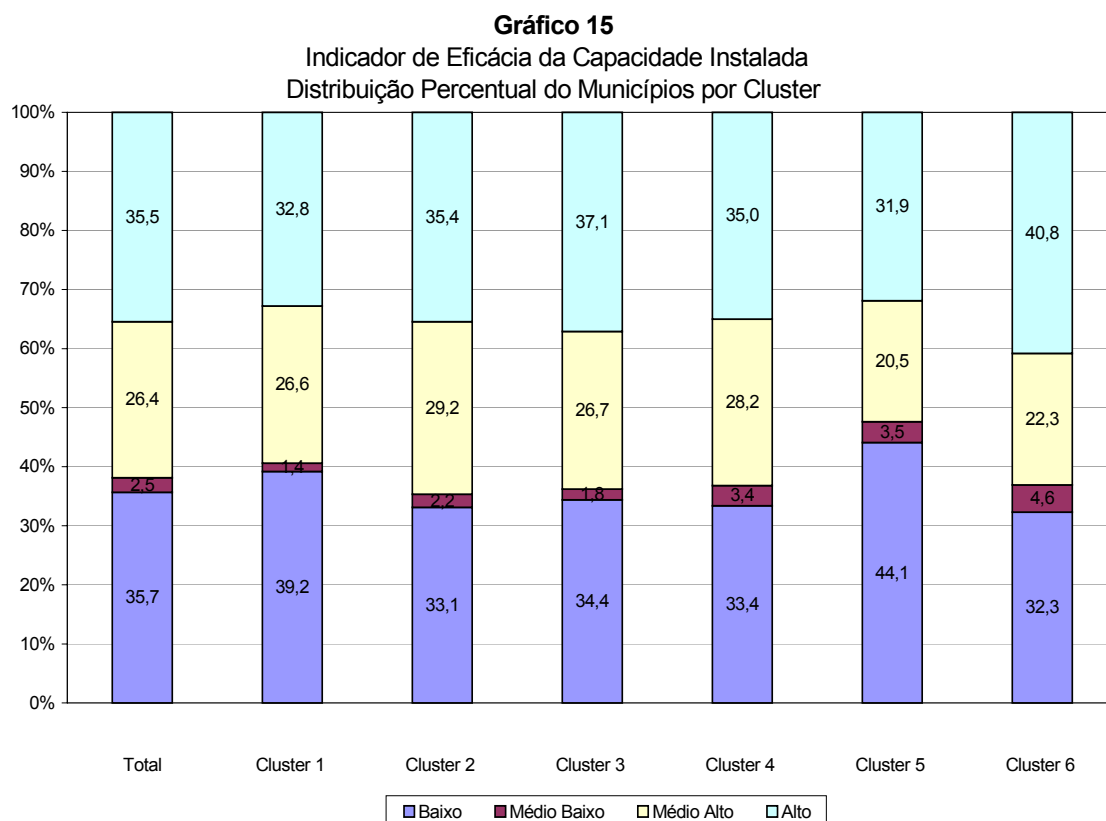
Assim, partindo da hipótese de que a implantação do PAB tende a elevar a capacidade de gasto dos municípios tendendo a melhorar seus desempenhos na produção de serviços de saúde e da capacidade neles instalada, se justifica o desempenho homogêneo dos indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada nos clusters com baixa capacidade de gastos (clusters 1, 2, 3 e 4) e dos clusters com média ou alta capacidade de gasto (clusters 5 e 6). Apesar de ser muito ruim o desempenho do indicador de eficácia do financiamento e dos gastos.



No entanto, se o PAB tivesse sido tão ineficaz no sentido do financiamento dos gastos dos municípios com o programa de atenção à saúde básica ou mesmo no sentido da ampliação do nível de cobertura, como aponta o gráfico deste indicador, deveria haver um comportamento correspondente dos indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada. Como poderá ser observado a partir dos gráficos abaixo, o PAB parece ter exercido maior impacto sobre a variação positiva da capacidade instalada nos municípios do que na produção de serviços.



O desempenho do indicador de eficácia da produção de serviços é ruim de modo geral, avaliado por mais da metade dos gestores como baixa e médio baixa. Mas vale ressaltar novamente a semelhança no perfil de distribuições percentuais das respostas dos gestores entre os diversos clusters.

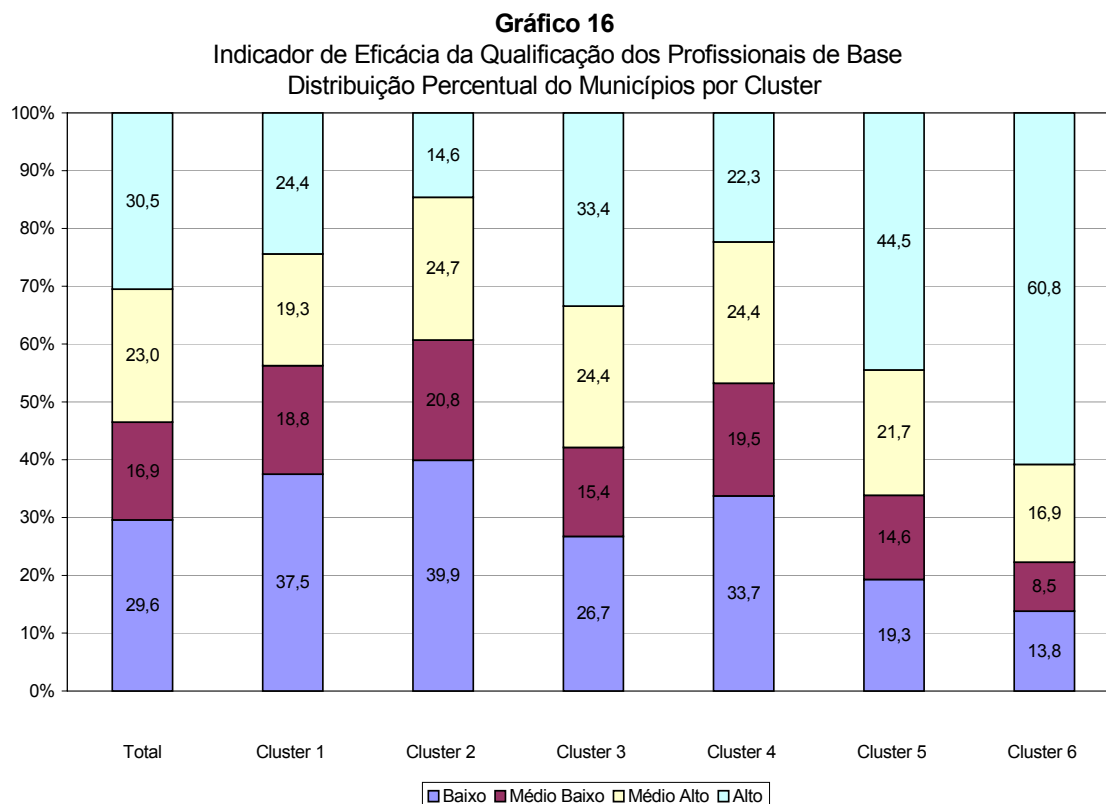


O indicador de eficácia da capacidade instalada, por outro lado, apresenta um desempenho bom. Ou seja, a implantação do PAB nos municípios destes clusters teria sido eficaz, na opinião de mais da metade dos gestores entrevistados, na produção de uma variação positiva do quadro de profissionais de saúde que atuam na atenção básica e na capacidade instalada na rede municipal de saúde dos municípios.

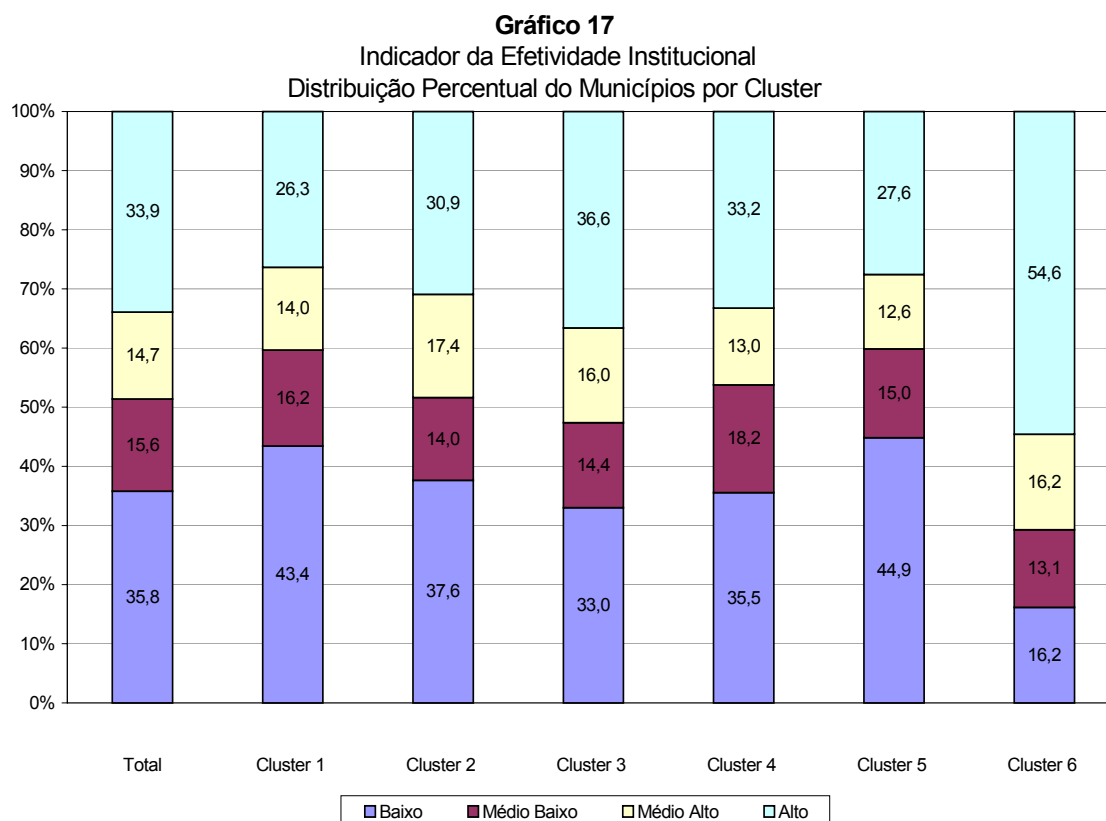
E este fato aponta mais uma vez para a hipótese da redução das desigualdades existentes entre estes municípios na oferta das atividades voltadas atenção básica, já dita quando analisados os cortes por porte de municípios e por grandes regiões.

Em relação ao indicador de eficácia da qualificação dos profissionais de base o melhor desempenho se deu nos clusters 5 e 6, provavelmente está ligado à distribuição espacial dos municípios que fazem parte deles: localizados, principalmente, nas regiões sul e sudeste. Coloca-se, novamente, a questão da dificuldade de contratação de profissionais da saúde nos municípios de pequeno e/ou médio porte distantes dos grandes centros.

Esta é uma reclamação freqüente nas declarações dos gestores entrevistados, como já foi comentado na análise deste indicador pelo corte do porte do município.



O indicador de efetividade institucional mostra, como nos casos anteriores, que o efeito do programa é limitado ainda no sentido de reorientação das ações da saúde voltadas para a atenção básica ou mesmo de mudança do modelo assistencial. O percentual de gestores que avaliou como sendo baixa a efetividade do PAB nestas questões é bastante elevado.



O desempenho excepcional deste indicador nos municípios do cluster 6 está associado à questão da complexidade do sistema de saúde dos municípios a ele pertencentes.

A transição para o modelo assistencial de saúde proposto pelo Programa da Atenção Básica implica em transformações das políticas de saúde dos municípios, que demanda certo tempo e esforço para que se consolide a implantação dos novos procedimentos.

Na medida em que o cluster 6 compreende, basicamente, municípios de grande porte, capitais de estado, a implantação do PAB encontra mais ressonância se comparado aos municípios de menor porte, pois já existe um sistema planejado de atenção à saúde, que apresenta um perfil de desempenho voltado não só a atenção básica, mas também aos procedimentos de média e alta complexidade.

Desta forma, o PAB vem reforçar uma vocação que já existente na política de saúde destes municípios na questão das ações da atenção

básica. Neste sentido, o PAB complementa ou agrega valor a uma estrutura de atenção já institucionalizada e voltada às ações da atenção primária. Portanto, os efeitos de sua implantação se tornam perceptíveis num período de tempo inferior, quando comparados aos municípios dotados de um sistema de saúde menos complexo ou até insipiente.

Nestes municípios, é natural que este processo se dê a médio ou longo prazo, na medida em que as transformações no modelo de assistência à saúde propostas pelo PAB implicam numa ruptura de uma cultura e de hábitos de assistência à saúde circunscritos nos parâmetros do modelo da medicina curativa.

O programa é “jovem” para que se façam sentir estas mudanças no conjunto dos municípios da amostra desta pesquisa, posto que se trata, na verdade, da proposição de um novo paradigma de assistência à saúde no âmbito da ação do Sistema Único de Saúde.

CONCLUSÃO

Conclusão

A análise realizada no capítulo 2 desta dissertação, acerca dos indicadores de eficácia e efetividade segundo o porte dos municípios, aponta para a persistência da desigualdade na capacidade de oferta dos serviços da atenção básica nos municípios de pequeno porte, apesar da implantação do PAB. Resgatando os resultados apresentados naquela seção, é possível notar a existência de um padrão de comportamento em que quanto menor o porte do município, pior será o seu desempenho nos indicadores de eficácia da qualificação dos profissionais de base, de produção de serviços e, inclusive, da capacidade instalada. Observou-se um desnível importante dos resultados destes indicadores quando comparados ao conjunto dos municípios de médio e grande porte.

Há uma disparidade relevante em relação à concentração verificada nos níveis baixo dos indicadores dos menores municípios, principalmente no que se refere aos indicadores de eficácia da produção de serviços e da capacidade instalada. Nestes casos os percentuais de respostas nos intervalos baixo estavam em mais de 40% quando considerados os municípios com população total entre 2 mil a 5 mil habitantes.

Até no indicador de eficácia da capacidade instalada, onde em geral os municípios de médio e grande porte apresentaram níveis elevados (com uma concentração de 40% das respostas no nível alto), os municípios de até 10 mil habitantes mostraram um péssimo desempenho, concentrando os mesmos 40% das respostas no nível baixo. Em um outro extremo, verifica-se a preponderância de percentuais semelhantes nas respostas de gestores dos municípios de médio porte no intervalo de alta eficácia destes mesmos indicadores.

A conclusão que se propõe a partir da análise destes resultados é de que a implantação do PAB ampliou ou melhorou as condições da oferta dos serviços da atenção básica no que se refere à qualificação dos profissionais de base, de variação positiva na oferta dos serviços da atenção básica e de ampliação da capacidade instalada disponível na rede de saúde dos

municípios. No entanto, sua ação não foi suficiente ou eficaz para municiar os municípios de pequeno porte de condições de oferta destes serviços em níveis compatíveis com os verificados nos municípios de médio e grande porte. Especialmente naquelas cidades de até 5 mil habitantes, onde o hiato de desempenho dos indicadores de eficácia e efetividade em relação aos de médio e grande porte é absurdo.

É necessário mencionar que o PAB apresenta avanços, apontados por 2.434 gestores, conforme evidencia o indicador de efetividade social, onde é pequena a concentração de respostas no nível baixo para o conjunto dos municípios entrevistados. Entretanto, há uma maior concentração de respostas no nível médio baixo. A leitura que se faz então é de que a implantação do programa avançou em termos de adequação da rede de saúde municipal às demandas da população local, mas de forma tímida, limitada.

A partir destes indicativos, podemos concluir que a implantação do Piso da Atenção Básica configurou um avanço no sentido da redução das disparidades existentes nos sistemas municipais de saúde, no que tange à oferta da atenção básica à municipalidade. Por outro lado, ela evidencia a existência de disparidades estruturais, que limitam a adequação das menores cidades do país às metas de eficácia propostas pelo programa.

Compreendendo a finalidade do PAB, podemos deduzir que a solução das questões de fundo estrutural, ora apresentadas, se colocavam para além do escopo do programa. Sugere-se pois, conforme apontamentos feitos ao longo deste trabalho, que a condução da política econômica ao longo do governo FHC, concomitante à implantação do PAB, restringiu a eficácia e a efetividade das políticas sociais implementadas nesta gestão porque negou a base fiscal para o investimento adequado em infra-estrutura que potencializasse o resultado esperado do conjunto das políticas sociais neste período.

Podemos dizer ainda que a "ineficiência" do PAB apontada pelos gestores entrevistados se reduz, fundamentalmente, na inadequação da rede municipal às metas propostas pelo programa. Este resultado seria tanto melhor se a implementação do PAB fosse acompanhada de um plano de investimentos, capaz de minimizar ou até mesmo sanear as limitações destes municípios em termos de equipamentos, recursos humanos, infra-estrutura *latu sensu*.

Esta questão fica patente se observado o desempenho dos municípios de médio porte (de 80 mil a 200 mil habitantes) *vis-à-vis* àqueles de até 2 mil habitantes. O primeiro grupo apresenta os melhores desempenhos em quase todos os indicadores, exceto no

indicador de eficácia do financiamento e dos gastos, onde o melhor desempenho é justamente do grupo de municípios com população total de até 2 mil habitantes.

Nota-se, portanto a relevância ou eficácia da destinação de recursos do PAB fixo ao financiamento das ações da atenção básica nos municípios de pequeno porte (de até 20 mil habitantes). A hipótese que propomos para interpretar este resultado é de que a adoção da dinâmica de financiamento criada pelo PAB em função da NOB-1/96 tem um impacto importante em termos de ampliação do universo de cobertura nas ações da atenção básica na medida em que mais de 90% dos municípios do país estão enquadrados em uma das formas de habilitação do SUS. Significa que as ações de atenção básica delimitadas no programa são oferecidas a praticamente 99% da população brasileira (Negri,2002).

Por outro lado, o financiamento do PAB no valor mínimo per capita (de R\$ 10) repassado para estes municípios significa um avanço importante porque para boa parte dos municípios esta quantia é muito maior do que dispunham até então. Desta forma, a implantação do PAB tem o efeito de inserir um volume significativo de municípios em condições mínimas para a assistência básica.

O que se pretende demonstrar no entanto é que, dadas as limitações estruturais historicamente colocadas nestas cidades, este volume de recursos é insuficiente para capacitá-las das condições adequadas para o atendimento das metas propostas no programa. É neste sentido que a política social foi amplamente prejudicada pela condução da política econômica ao longo dos dois mandatos do governo FHC, se apresentando como uma situação de certa forma paradoxal.

No momento da implantação do programa se colocava premente a necessidade de uma política de investimentos maciços nesta área para que se elevasse o patamar das condições de oferta nos municípios desassistidos. A adoção desta estratégia teria potencializado a ação do programa e mais que isso, teria criado condições para que se efetivasse um avanço no sentido da eliminação das desigualdades regionais em termos da assistência médica tanto no primeiro nível de atenção como nos de média e alta complexidade.

Não se gestaram ao longo do processo de implantação do PAB as condições necessárias ao aparecimento de um efeito multiplicador dos resultados do programa em termos resolutividade dos sistemas de saúde locais no atendimento das necessidades da sociedade e, por conseguinte, das demandas do programa.

O cruzamento dos indicadores de eficácia e efetividade segundo as grandes regiões e segundo o agrupamento em clusters reforça o argumento da redução da disparidade regional em termos de oferta da atenção básica após a implantação do PAB.

De fato, não são significativas, em termos relativos, as diferenças percentuais de respostas aos indicadores nestes dois cruzamentos. Entretanto, há que se considerar a constatação de que a implementação do PAB tratou de reduzir a distância, em termos de

resultados dos indicadores, entre as diversas regiões do país. Ou melhor, quando estabelecido o corte por regiões, colocou os municípios em um patamar relativamente próximo de eficácia ou efetividade. Mas o fato é que estes patamares são baixos.

O argumento proposto é de que a implantação do PAB de fato logrou reduzir as disparidades regionais, situação esta que fica mais evidente quando contemplado o cruzamento dos dados por clusters, mas produziu esta equalização em níveis baixos do ponto de vista do atendimento das metas propostas. Há uma concentração relativamente alta de respostas dos gestores manifestada nos indicadores nos níveis baixo ou médio baixo.

Os percentuais de concentração de respostas nos níveis baixo e médio baixo são altos, em termos absolutos, para que se pudesse avaliar como eficaz ou efetiva a implantação do programa.

Além do aspecto positivo da implantação do PAB, em termos de redução das desigualdades regionais, ainda que não tenha se efetivado de forma plena, cabe ressaltar que a criação do programa amplia o conceito de atenção básica ao associar no rol de ações contempladas, tanto a assistência como a promoção e a prevenção.

Foi dado um salto significativo na busca pela consolidação de um novo sistema de saúde em um espectro de ação ampliado, focado também no tratamento preventivo. A necessidade de implementação dos programas da parte variável do PAB, especialmente o Programa de Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, estabeleceu a interface entre o poder público, representado pelo gestor municipal, e a comunidade, permitindo desdobramentos nas demais áreas da política social e abrindo a possibilidade de adoção políticas focadas nas necessidades locais.

Talvez seja este o maior benefício que o enfoque da medicina preventiva possa transferir aos executores das políticas públicas: a possibilidade da adequação das ações às carências locais, delimitando a política social e se viabilizando pelo entendimento do paciente enquanto sujeito ativo neste processo.

É neste sentido que a descentralização cria, de fato, as condições para um processo mais democrático no estabelecimento das estratégias que norteiam a determinação do conjunto de ações contempladas pela política social.

Cabe ressaltar mais uma vez que o PAB mostra um enorme potencial de condutor das transformações expressas na NOB-1/96, de constituição de um sistema de saúde de acesso universal e gratuito, resolutivo e focado na integralidade da assistência à saúde do cidadão, porque insere esta questão na realidade dos municípios e cria meios para sua execução.

O resultado do indicador de efetividade institucional, que buscava a avaliação dos gestores em relação à consolidação da proposta de novo modelo de assistência após a

implantação do PAB, mostrou, independentemente do cruzamento utilizado, que o programa ainda não produziu uma alteração significativa na reorientação das ações das redes municipais de saúde no caminho da assistência preventiva.

Por outro lado, as limitações detectadas no interior do programa se manifestam de forma positiva pois expõem as fragilidades estruturais do sistema de saúde. Assim, ainda que de uma forma conflitiva, mapeia as vicissitudes e idiossincrasias do sistema, possibilitando a adoção de medidas voltadas a solução destas questões.

A Noas-SUS 01/01, que sucedeu a NOB-1/96, de certa forma simboliza este argumento. Ela avança no tratamento da atenção básica porque ao criar o PAB Ampliado (PABA) expandiu o leque procedimentos que eram restritos na NOB-1/96 apresentando, assim, uma resposta à questão da baixa resolutividade no acesso do usuário ao sistema e em função desta ampliação dos procedimentos aumentou o valor do repasse financeiro aos municípios. Como dito no primeiro capítulo, esta iniciativa beneficiou sobretudo os municípios de menor porte.

A proposta da criação dos módulos de assistência resolutiva atende também à questão colocada pelos gestores da ineficiência do sistema de saúde em função da inexistência, nos municípios, de estruturas necessárias a determinados procedimentos da atenção básica. Desta forma, fica evidente que a articulação das administrações locais para a assistência básica supera as limitações que haviam se colocado nos termos da NOB-1/96, racionaliza a oferta da atenção básica e potencializa os ganhos de escala, maximizando a utilização dos recursos.

Diante do exposto, podemos concluir que o processo de descentralização do setor saúde tem se configurado num meio eficiente de aproximação do poder público às demandas sociais da população, por meio da definição das atribuições das administrações locais representadas pelos gestores municipais. Neste sentido, o programa Piso da Atenção Básica desempenhou um papel importante na consolidação da autonomia das administrações municipais e na orientação da política de saúde no nível da atenção básica, considerando os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Anexo

Nota Metodológica

Esta dissertação tem como fonte primária de dados o banco de dados relativo à pesquisa “Avaliação da Descentralização dos Recursos do Ministério da Saúde para a Gestão Plena da Atenção Básica: PAB, PSF/PACS, Combate às Carências Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica e Vigilância Sanitária” realizada pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp em 2000.

Foram selecionadas as questões relativas ao questionário do PAB fixo, respondido pelos gestores de 2.434 municípios.

Selecionamos as questões que possibilitassem a construção de indicadores de eficácia da qualificação dos profissionais de base; de eficácia da produção de serviços; de eficácia da capacidade instalada; eficácia de financiamento e gastos; de efetividade social e de efetividade institucional.

A seleção destes indicadores foi pautada pela possibilidade de estabelecer um cenário que possibilitasse uma avaliação dos resultados e impactos produzidos pela implantação do PAB nos municípios da amostra.

A elaboração destes indicadores é, portanto, uma tentativa de aproximação para o entendimento das alterações produzidas na configuração dos sistemas municipais de saúde pela transferência das atribuições federais de execução ao nível local, por meio da opinião manifestada pelos gestores municipais em resposta ao questionário aplicado.

Desta forma, depois desta primeira etapa, os dados relativos às variáveis selecionadas foram processados em SAS e foram calculados, para cada questão selecionada, a frequência e o percentual de distribuição relativa para os 2.434 municípios da amostra⁴⁸.

A partir da análise das frequências das variáveis agrupamos as questões por indicador e foi atribuída uma nota para cada variável segundo o critério “contribuição ou efeito positivo para a implantação do PAB”.

O objetivo da atribuição destes pesos/notas às questões selecionadas é ter uma nota total, para cada indicador, que seja demonstrativa da percepção do gestor em relação aos efeitos da implantação do PAB sobre o sistema de saúde dos municípios selecionados.

Os quadros apresentados a seguir mostram as questões que foram selecionadas para cada indicador e as notas atribuídas às variáveis.

⁴⁸ Em função do tamanho e da quantidade de páginas, estas tabelas estão em um volume à parte.

Indicador I- Eficácia da Qualificação dos Profissionais de Base

Questão	Critério de Atribuição de Notas	Categoria Selecionadas	Variáveis para Pontuação	Valor
Q23 - Indique o principal mecanismo de seleção utilizado nos últimos 2 anos para o ingresso de de profissionais que atuam na Atenção Básica	Mecanismos de seleção objetivos tendem a privilegiar/priorizar as características técnicas exigidas do profissional para a função selecionada	médico	não realizou seleção	0
		enfermeiro	concurso	1
		auxiliar	entrevista	1
		dentista	análise curricular	1
			indicação	0
			outros	0
Q24 - Indique o principal tipo de contrato utilizado nos últimos 2 anos para o ingresso dos profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde	Relações contratuais institucionalizadas tendem a estabelecer um compromisso maior do profissional com a instituição contratante, o que cria maior possibilidade de incorporação das mudanças no perfil do profissional ao modelo institucional que se pretende construir/modificar	médico	não foram contratados	
		enfermeiro	Estatutário	0
		auxiliar	CLT	1
		dentista	Terceirização	1
			Autônomo	1
Q25 - Indique se os profissionais que atuam na Atenção Básica receberam treinamento no último ano	Como a proposta do PAB é viabilizar a mudança do foco da atenção à saúde, do modelo curativo para o modelo preventivo, é necessário treinar os profissionais envolvidos para as novas demandas que irão surgir	conjunto dos profissionais que atuam na Atenção Básica	Sim	1
			Não	0

Fonte: NEPP/Unicamp. *Avaliação do Piso da Atenção Básica, 2000.*

Indicador II- Eficácia na- Produção de Serviços

Questão	Critério de Atribuição de Notas	Categoria Seleccionadas	Variáveis para Pontuação	Valor
Q11 - Indique os programas e atividades de saúde coletiva que estão sendo desenvolvidas pela rede municipal de saúde e o período de sua implantação. Indique, também, o nível aproximado de cobertura populacional desses programas e atividades	Isolar os Programas e Atividades que compõem a cesta de serviços que devem ser cobertos na prestação da atenção básica da parte fixa do PAB O mínimo de efeito que os recurso do PAB devem produzir é elevar o nível de cobertura de baixo para médio ou alto portanto, está sendo penalizado o nível de cobertura "baixo para isolar esta situação	Ações que compõem os	não informado	0
		Programas e Atividades de	não ocorreu mudanças	-1
		saúde coletiva	já existia antes do PAB	0
			ocorreu em função dos recursos do PAB	1
			ocorreu após a PAB mas em função de outros recursos	0
		nível de cobertura	baixo	-1
			médio	0
			alto	0
Q37 - Indique a variação do acesso aos meios diagnosticados na Rede Municipal de Saúde, após o recebimento dos recursos do PAB	O PAB deve provocar algum impacto no acesso aos meios de diagnóstico. Penalizei a situação em que houve redução, sem alteração não foi penalizada; supondo a pré-existência de um perfil adequado de acesso anterior ao PAB; atribuí notas positivas para avaliar a extensão do aumento destas variáveis em função do PAB	Ações que compõem os Programas e Atividades de saúde coletiva	não existe	0
			redução	-1
			sem variação	0
			aumento pequeno	1
			aumento médio	2
Q39 - Indique a variação na prestação de serviços ou atividades da Rede Municipal de Saúde, após o recebimento dos recursos do PAB	O PAB deve provocar algum impacto na prestação de serviços ou atividades da RMS. Penalizei a situação em que houve redução sem alteração não foi penalizada; supondo a pré-existência de um perfil adequado de acesso anterior ao PAB; atribuí notas positivas para avaliar a extensão do aumento destas variáveis em função do PAB	Serviços e Atividades	não existe	0
			redução	-1
			sem variação	0
			aumento pequeno	1
			aumento médio	2
Q40 - Indique a sua percepção com relação às seguintes situações de saúde no município após o recebimento dos recursos do PAB	O resultado mínimo esperado nesta questão é que o PAB tenha produzido alguma alteração para melhor no quadro de zoonoses pois se constituem em resultados das ações de prevenção voltadas à populações em situação de risco. O aumento nestas situações foi, portanto, penalizado.	mortalidade infantil	aumentou	-1
		gravidez na adolescência	não se alterou	0
		número de casos de tuberculose	diminuiu	1
		número de casos de tétano neonatal número de casos de sífilis congênita		

Fonte: NEPP/Unicamp. Avaliação do Piso da Atenção Básica, 2000.

Indicador III- Eficácia da Capacidade Instalada

Questão	Critério de Atribuição de Notas	Categoria Seleccionadas	Variáveis para Pontuação	Valor
Q.22 - Identifique a variação aproximada do quadro de profissionais de saúde que atuam na atenção básica e a adequação às necessidades atuais da SMS (ou órgão equivalente)	Espera-se que o PAB tenha alterado o quadro de profissionais de saúde	médicos	não existe	0
		enfermeiros	diminuiu	-1
		auxiliar/técnico de enfermagem	manteve	0
		dentista	aumentou com o PAB	2
			aumentou sem PAB	1
Q.36 - Identifique a variação na capacidade instalada da Rede Municipal de Saúde, após o recebimento dos recursos do PAB.	O PAB deve provocar algum impacto positivo na capacidade instalada do município.	Capacidade Instalada nas UBS	não existe	0
		Instalações	redução	-1
		Equipamentos	sem variação	0
			aumento pequeno	1
			aumento médio	2
			aumento grande	3

Fonte: NEPP/Unicamp. *Avaliação do Piso da Atenção Básica*, 2000.

Indicador IV- Eficácia de Financiamento e Gastos

Questão	Critério de Atribuição de Notas	Categoria Seleccionadas	Variáveis para Pontuação	Valor
Q31 - Indique a situação do seu município em relação à utilização dos recursos do PAB no último exercício anual	O nível de utilização dos recursos do PAB é um bom indicador da adequação do Plano Municipal de Saúde	Recursos do PAB enviados aos municípios	integralmente utilizados parcialmente utilizados não utilizados	2 1 -1
Q32 - Indique os principais problemas enfrentados por sua Secretaria (ou órgão equivalente) na execução financeira dos recursos para a Atenção Básica, nos últimos 2 anos	As alternativas assinaladas significam ineficiências na execução financeira/ planejamento/ condução do processo de financiamento da Atenção Básica, sendo assim penalizados para evidenciar esta situação	afirmações da questão	opções 1 a 13 opção 14	0 1
Q35 - Indique os três itens de despesa onde os recursos financeiros foram insuficientes para o desenvolvimento das atividades de Atenção Básica de Saúde nos últimos 2 anos	Os recursos do PAB devem cobrir pelo menos as despesas com o pessoal das equipes de saúde e material de consumo. Se estes itens estão sendo assinalados mostra a insuficiência dos recursos. Foram penalizados na atribuição de notas afim de isolar da amostra estes eventos.	Despesas financeiras	Pessoal das equipes de saúde equipamentos instalações físicas meios de transporte material de consumo outros	se assinalou -1 se assinalou 0 se assinalou 0 se assinalou 0 se assinalou -1 se assinalou 0
Q43 - Considere a situação real do município e indique se o (a) senhor (a) concorda com as seguintes afirmativas.	Espera-se que a implantação do PAB amplie a prestação de serviços de atenção básica, que poderia ser medida pela ampliação dos gastos. Se o gestor concorda, corrobora a afirmação e é considerada a pontuação no indicador. A não concordância não foi penalizada pois poderia haver a situação onde os gastos estivessem num patamar adequado.	A implantação do PAB ampliou efetivamente os gastos com a Atenção Básica no município?	concorda não concorda não sabe	1 0 0

Fonte: NEPP/Unicamp. *Avaliação do Piso da Atenção Básica, 2000.*

Indicador V- Efetividade Social

Questão	Critério de Atribuição de Notas	Categoria Seleccionadas	Variáveis	Valor
Q22 - Indique a variação aproximada do quadro de profissionais que atuam na Atenção Básica e a adequação às necessidades da SMS (ou órgão equivalente)	Critério de avaliação é a adequação dos profissionais às ações demandadas supondo que a presença de um quadro de profissionais suficiente/adequado denota um êxito social do programa. Na ausência de questões que avaliassem o nível de satisfação dos usuários e agentes, foi usado este critério de suficiência	médico	adequado	1
		enfermeiro auxiliar/técnico de enfermagem dentista	inadequado	0
Q27 - Indique sua opinião sobre o treinamento profissional pelas seguintes categorias profissionais e funcionais no último ano	Critério de avaliação é a adequação do treinamento dos profissionais frente às ações demandadas supondo que um treinamento suficiente/adequado potencializa o alcance das metas estabelecidas e denota um êxito social do programa. Neste caso, também foi considerado o critério de suficiência na ausência de níveis de satisfação	suficiente		1
		insuficiente		0

Fonte: NEPP/Unicamp. *Avaliação do Piso da Atenção Básica, 2000.*

Indicador VI- Efetividade Institucional

Questão	Critério de Atribuição de Notas	Categoria Selecionadas	Variáveis para Pontuação	Valor
Q20 - Indique as mudanças ocorridas no modelo assistencial de saúde do município e o período de sua implantação	O objetivo é avaliar as mudanças que ocorreram em função dos recursos do PAB para evidenciar as transformações institucionais que o programa logrou produzir. Foi atribuída nota 1 quando é assinalada esta alternativa e zero nas demais hipóteses	Implantação da atenção domiciliar	não informado	0
		Implantação do serviço de pronto atendimento	não ocorreu mudanças já existia antes do PAB	0
		Introdução de grupos terapêuticos para doenças crônicas	ocorreu em função dos recursos do PAB	0
		Criação de centros de atenção psicossociais ou similares	ocorreu após a PAB mas em função de outros recursos	1
		Implantação de mecanismos de referência e contra-referência de pacientes		0
		Criação de pontos de coleta de exames nas comunidades mais afastadas		
Q43 - Considere a situação real do município e indique se o (a) senhor (a) concorda com as seguintes afirmativas.	O objetivo é avaliar as mudanças que ocorreram em função da implantação do PAB para evidenciar as transformações institucionais que o programa logrou produzir.	Outras		
		1- A implantação do PAB ampliou efetivamente os gastos com a AB no município	concorda	1
		2- A implantação do PAB reorientou as ações da SMS (ou órgão equivalente) para a AB	não concorda	-1
		3- A implantação do PAB melhorou a capacidade de atendimento da SMS (ou órgão equivalente)	não sabe	0
		4- A implantação do PAB melhorou as relações entre SMS (ou órgão equivalente) e os usuários de serviço públicos		
		5- A regularidade na transferência de recursos do PAB (fundo a fundo) melhorou a capacidade de programação e planejamento das Ações Básicas		
		6- A mudança na lógica de financiamento da Atenção Básica (por produção para o pagamento por habitante) melhorou a capacidade de gestão local		

Fonte: NEPP/Unicamp. *Avaliação do Piso da Atenção Básica, 2000.*

Em função da amplitude de intervalo dos valores agregados (da variável soma), de cada questão, optou-se pela padronização⁴⁹ destes dados a fim de transformá-los em indicadores com unidades comparáveis, em uma escala de 0 a 1, determinada pela expressão:

$$\text{Índice}_{ij} = (V_{ij} - V_{i, \text{mínimo}}) / (V_{i, \text{máximo}} - V_{i, \text{mínimo}}) \text{ onde:}$$

V_{ij} = soma da pontuação atribuída a cada variável de cada questão;

$V_{i, \text{mínimo}}$ = valor mínimo da soma da pontuação atribuída a cada variável de cada questão;

$V_{i, \text{máximo}}$ = valor máximo da soma da pontuação atribuída a cada variável de cada questão;

O indicador padronizado é calculado pela média aritmética simples dos índices referentes a cada uma das questões selecionadas:

$$\text{Indicador}_1 = \frac{(\text{Índice}_1 + \dots + \text{Índice}_n)}{n}$$

Os indicadores padronizados em SAS estão nas tabela abaixo.

Indicador I-Eficácia da Qualificação dos Profissionais de Base

indlpad	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	169	6.94	169	6.94
0.0833333333	42	1.73	211	8.67
0.1666666667	42	1.73	253	10.39
0.25	50	2.05	303	12.45
0.3333333333	273	11.22	576	23.66
0.4166666667	144	5.92	720	29.58
0.5	219	9.00	939	38.58
0.5833333333	192	7.89	1131	46.47
0.6666666667	393	16.15	1524	62.61
0.75	167	6.86	1691	69.47
0.8333333333	172	7.07	1863	76.54
0.9166666667	115	4.72	1978	81.27
1	456	18.73	2434	100.00

⁴⁹Esta padronização segue a metodologia de construção do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). In: *Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros*. Coleção Desenvolvimento Humano. Brasília:1998.

Indicador II- Eficácia da Produção de Serviços

ind2pad	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0.2012045148	1	0.04	1	0.04
0.2245970912	1	0.04	2	0.08
0.2453110961	1	0.04	3	0.12
0.2622150157	1	0.04	4	0.16
0.2627821765	1	0.04	5	0.21
0.2651013589	1	0.04	6	0.25
0.268523978	1	0.04	7	0.29
0.2699980346	1	0.04	8	0.33
0.2724225067	1	0.04	9	0.37
0.2741941824	1	0.04	10	0.41
0.2776168014	1	0.04	11	0.45
0.2794025157	1	0.04	12	0.49
0.2809650157	1	0.04	13	0.53
0.2825275157	3	0.12	16	0.66
0.2826749214	1	0.04	17	0.70
0.2837165881	1	0.04	18	0.74
0.2851316824	1	0.04	19	0.78
0.2857409591	1	0.04	20	0.82
0.2893573113	1	0.04	21	0.86
0.2898191824	1	0.04	22	0.90
0.2903400157	2	0.08	24	0.99
0.2908313679	1	0.04	25	1.03
0.2929441824	1	0.04	26	1.07
0.2934200921	1	0.04	27	1.11
0.2940742925	1	0.04	28	1.15
0.2954107704	1	0.04	29	1.19
0.2955483491	1	0.04	30	1.23
0.2981525157	2	0.08	32	1.31
0.3007566824	1	0.04	33	1.36
0.3013954403	1	0.04	34	1.40
0.3020510445	1	0.04	35	1.44
0.3045358827	1	0.04	36	1.48
0.3049233491	1	0.04	37	1.52
0.3056210692	1	0.04	38	1.56
0.3059650157	5	0.21	43	1.77
0.3063370395	1	0.04	44	1.81
0.3065153302	1	0.04	45	1.85
0.3067694295	1	0.04	46	1.89
0.3070066824	1	0.04	47	1.93
0.3073801101	1	0.04	48	1.97
0.3073927448	1	0.04	49	2.01
0.307586478	1	0.04	50	2.05
0.3085691824	2	0.08	52	2.14
0.3093862309	1	0.04	53	2.18
0.3096108491	2	0.08	55	2.26
0.3107872866	1	0.04	56	2.30
0.3108013252	1	0.04	57	2.34
0.3108897686	1	0.04	58	2.38
0.3111733491	1	0.04	59	2.42
0.3115271226	1	0.04	60	2.47
0.3137775157	2	0.08	62	2.55
0.3138954403	1	0.04	63	2.59
0.3144752358	1	0.04	64	2.63
0.3145215633	1	0.04	65	2.67
0.3146521226	1	0.04	66	2.71
0.3160966981	1	0.04	67	2.75
0.3164406447	1	0.04	68	2.79
0.317629717	1	0.04	69	2.83
0.3179441824	1	0.04	70	2.88
0.3180326258	1	0.04	71	2.92
0.3189858491	1	0.04	72	2.96
0.3192961029	1	0.04	73	3.00
0.3195656447	1	0.04	74	3.04
0.3199685535	1	0.04	75	3.08
0.3212769542	1	0.04	76	3.12

0.3215900157	1	0.04	77	3.16
0.3217963836	1	0.04	78	3.20
0.3221403302	1	0.04	79	3.25
0.3228675314	1	0.04	80	3.29
0.3231525157	1	0.04	81	3.33
0.3241941824	1	0.04	82	3.37
0.324773978	1	0.04	83	3.41
0.3255306604	1	0.04	84	3.45
0.3267983491	2	0.08	86	3.53
0.3294025157	1	0.04	87	3.57
0.3295794025	1	0.04	88	3.62
0.3306659928	1	0.04	89	3.66
0.3320066824	5	0.21	94	3.86
0.3321400494	1	0.04	95	3.90
0.3330034254	1	0.04	96	3.94
0.3346108491	4	0.16	100	4.11
0.3361733491	1	0.04	101	4.15
0.3362323113	1	0.04	102	4.19
0.3364709681	1	0.04	103	4.23
0.3369903976	1	0.04	104	4.27
0.3372150157	2	0.08	106	4.35
0.3394752358	1	0.04	107	4.40
0.3398191824	2	0.08	109	4.48
0.3414392408	1	0.04	110	4.52
0.3415880503	1	0.04	111	4.56
0.3424233491	4	0.16	115	4.72
0.3427771226	1	0.04	116	4.77
0.3440251572	1	0.04	117	4.81
0.3442834681	1	0.04	118	4.85
0.3445361635	1	0.04	119	4.89
0.3450275157	3	0.12	122	5.01
0.3454402516	1	0.04	123	5.05
0.3456662736	1	0.04	124	5.09
0.3472877358	1	0.04	125	5.14
0.3476316824	2	0.08	127	5.22
0.3487617925	1	0.04	128	5.26
0.3497150157	1	0.04	129	5.30
0.350040712	1	0.04	130	5.34
0.350071597	1	0.04	131	5.38
0.3502358491	11	0.45	142	5.83
0.3504127358	1	0.04	143	5.88
0.3507566824	1	0.04	144	5.92
0.3521830076	1	0.04	145	5.96
0.3523191824	1	0.04	146	6.00
0.3525409928	1	0.04	147	6.04
0.3528400157	66	2.71	213	8.75
0.3528498428	1	0.04	214	8.79
0.3531937893	1	0.04	215	8.83
0.3532541554	1	0.04	216	8.87
0.3536121406	1	0.04	217	8.92
0.3537146226	1	0.04	218	8.96
0.3548012129	1	0.04	219	9.00
0.3548938679	1	0.04	220	9.04
0.3551591981	1	0.04	221	9.08
0.3553066038	1	0.04	222	9.12
0.3554441824	1	0.04	223	9.16
0.3555775494	1	0.04	224	9.20
0.3566725629	1	0.04	225	9.24
0.3568550651	1	0.04	226	9.29
0.3570656447	1	0.04	227	9.33
0.3574503032	1	0.04	228	9.37
0.3578110961	1	0.04	229	9.41
0.3580483491	2	0.08	231	9.49
0.3586871069	1	0.04	232	9.53
0.358922956	1	0.04	233	9.57
0.3592374214	1	0.04	234	9.61
0.360012354	1	0.04	235	9.65
0.3604559748	1	0.04	236	9.70
0.3606525157	2	0.08	238	9.78
0.3622150157	1	0.04	239	9.82
0.3625547507	1	0.04	240	9.86

0.3628537736	1	0.04	241	9.90
0.3628846586	1	0.04	242	9.94
0.3631485849	1	0.04	243	9.98
0.3632566824	1	0.04	244	10.02
0.3658608491	1	0.04	245	10.07
0.3664532794	1	0.04	246	10.11
0.3673742138	1	0.04	247	10.15
0.367629717	1	0.04	248	10.19
0.3676886792	1	0.04	249	10.23
0.3679441824	1	0.04	250	10.27
0.3688931941	1	0.04	251	10.31
0.3690434075	1	0.04	252	10.35
0.3701749214	1	0.04	253	10.39
0.3706073113	1	0.04	254	10.44
0.3710691824	1	0.04	255	10.48
0.3719143082	1	0.04	256	10.52
0.3734768082	1	0.04	257	10.56
0.3736733491	1	0.04	258	10.60
0.3740734501	1	0.04	259	10.64
0.3741015274	1	0.04	260	10.68
0.3744314353	1	0.04	261	10.72
0.3746981694	1	0.04	262	10.76
0.3747571316	1	0.04	263	10.81
0.3752358491	3	0.12	266	10.93
0.3754281783	1	0.04	267	10.97
0.3763659591	2	0.08	269	11.05
0.3767983491	2	0.08	271	11.13
0.3768839847	1	0.04	272	11.18
0.376973832	1	0.04	273	11.22
0.3771226415	1	0.04	274	11.26
0.3772110849	1	0.04	275	11.30
0.377898978	1	0.04	276	11.34
0.3786261792	1	0.04	277	11.38
0.3788325472	1	0.04	278	11.42
0.3788816824	1	0.04	279	11.46
0.379235456	1	0.04	280	11.50
0.3796678459	1	0.04	281	11.54
0.379677673	1	0.04	282	11.59
0.3805003369	1	0.04	283	11.63
0.3806365117	1	0.04	284	11.67
0.3807375898	1	0.04	285	11.71
0.3813931941	1	0.04	286	11.75
0.3814367138	2	0.08	288	11.83
0.3816627358	1	0.04	289	11.87
0.3818999888	1	0.04	290	11.91
0.3820066824	1	0.04	291	11.96
0.3825387466	1	0.04	292	12.00
0.3826285939	1	0.04	293	12.04
0.3830483491	1	0.04	294	12.08
0.3830778302	1	0.04	295	12.12
0.3831325809	1	0.04	296	12.16
0.3835691824	1	0.04	297	12.20
0.3839987646	1	0.04	298	12.24
0.3840268419	1	0.04	299	12.28
0.3840408805	2	0.08	301	12.37
0.3842332098	1	0.04	302	12.41
0.384384827	1	0.04	303	12.45
0.3856525157	1	0.04	304	12.49
0.385844845	1	0.04	305	12.53
0.3866450472	1	0.04	306	12.57
0.3866941824	1	0.04	307	12.61
0.3867040094	1	0.04	308	12.65
0.3872150157	1	0.04	309	12.70
0.3875	1	0.04	310	12.74
0.388610456	1	0.04	311	12.78
0.3890428459	1	0.04	312	12.82
0.3892492138	1	0.04	313	12.86
0.3895327942	1	0.04	314	12.90
0.3902319182	1	0.04	315	12.94
0.3903400157	1	0.04	316	12.98
0.3905758648	1	0.04	317	13.02

0.3906643082	1	0.04	318	13.06
0.3915136456	1	0.04	319	13.11
0.3919025157	1	0.04	320	13.15
0.3920316712	1	0.04	321	13.19
0.3920794025	1	0.04	322	13.23
0.392197327	2	0.08	324	13.31
0.3923026168	1	0.04	325	13.35
0.3923306941	1	0.04	326	13.39
0.3925047731	1	0.04	327	13.43
0.3930621069	1	0.04	328	13.48
0.3938187893	1	0.04	329	13.52
0.3941627358	1	0.04	330	13.56
0.3945951258	1	0.04	331	13.60
0.3948787062	1	0.04	332	13.64
0.3950092655	1	0.04	333	13.68
0.3955315027	1	0.04	334	13.72
0.3957519093	1	0.04	335	13.76
0.3962853774	1	0.04	336	13.80
0.39681323	1	0.04	337	13.85
0.3968553459	1	0.04	338	13.89
0.3970336366	1	0.04	339	13.93
0.3974786613	1	0.04	340	13.97
0.3974941038	1	0.04	341	14.01
0.3986550988	1	0.04	342	14.05
0.398715465	1	0.04	343	14.09
0.3989709681	1	0.04	344	14.13
0.3995184748	1	0.04	345	14.17
0.4000252695	1	0.04	346	14.22
0.4000561545	1	0.04	347	14.26
0.4001123091	1	0.04	348	14.30
0.4008746069	1	0.04	349	14.34
0.4009742812	1	0.04	350	14.38
0.4009925314	1	0.04	351	14.42
0.4011848607	1	0.04	352	14.46
0.4013926325	1	0.04	353	14.50
0.4014937107	1	0.04	354	14.54
0.4017983491	1	0.04	355	14.59
0.4022868935	1	0.04	356	14.63
0.4023191824	1	0.04	357	14.67
0.4028400157	1	0.04	358	14.71
0.4032527516	1	0.04	359	14.75
0.4035517745	1	0.04	360	14.79
0.4038353549	1	0.04	361	14.83
0.4040880503	1	0.04	362	14.87
0.404297226	1	0.04	363	14.91
0.4043547844	1	0.04	364	14.95
0.4047268082	1	0.04	365	15.00
0.4049233491	1	0.04	366	15.04
0.4049331761	1	0.04	367	15.08
0.405365566	1	0.04	368	15.12
0.405571934	1	0.04	369	15.16
0.4055915881	1	0.04	370	15.20
0.4056673967	1	0.04	371	15.24
0.4062163073	1	0.04	372	15.28
0.4069322776	1	0.04	373	15.32
0.4074924191	1	0.04	374	15.37
0.4075387466	1	0.04	375	15.41
0.4077437107	1	0.04	376	15.45
0.407791442	1	0.04	377	15.49
0.4081030997	1	0.04	378	15.53
0.408264544	1	0.04	379	15.57
0.4084610849	1	0.04	380	15.61
0.4086548181	1	0.04	381	15.65
0.4086674528	1	0.04	382	15.69
0.4093272686	1	0.04	383	15.74
0.4095322327	1	0.04	384	15.78
0.4097386006	1	0.04	385	15.82
0.4097582547	1	0.04	386	15.86
0.4098158131	1	0.04	387	15.90
0.4098340633	1	0.04	388	15.94
0.4102790881	1	0.04	389	15.98

0.4108097484	1	0.04	390	16.02
0.4111733491	1	0.04	391	16.06
0.4112126572	1	0.04	392	16.11
0.4113502358	1	0.04	393	16.15
0.4113600629	1	0.04	394	16.19
0.4118415881	1	0.04	395	16.23
0.4119567049	1	0.04	396	16.27
0.4125238657	1	0.04	397	16.31
0.4127358491	1	0.04	398	16.35
0.4127751572	1	0.04	399	16.39
0.4138954403	1	0.04	400	16.43
0.4143264263	1	0.04	401	16.47
0.4154593441	1	0.04	402	16.52
0.4156053459	1	0.04	403	16.56
0.4159296384	1	0.04	404	16.60
0.4162735849	1	0.04	405	16.64
0.4164996069	1	0.04	406	16.68
0.4165683962	1	0.04	407	16.72
0.4169123428	1	0.04	408	16.76
0.4172857704	1	0.04	409	16.80
0.4174233491	1	0.04	410	16.84
0.4178950472	1	0.04	411	16.89
0.4179441824	1	0.04	412	16.93
0.4181014151	1	0.04	413	16.97
0.4181800314	1	0.04	414	17.01
0.4182109164	1	0.04	415	17.05
0.4185969789	1	0.04	416	17.09
0.4187626348	1	0.04	417	17.13
0.4204851752	1	0.04	418	17.17
0.4206466195	1	0.04	419	17.21
0.4209947776	1	0.04	420	17.26
0.4219143082	1	0.04	421	17.30
0.4222680818	1	0.04	422	17.34
0.4228970126	1	0.04	423	17.38
0.4230935535	1	0.04	424	17.42
0.4232227089	1	0.04	425	17.46
0.4232269205	1	0.04	426	17.50
0.4232690364	1	0.04	427	17.54
0.4236565027	1	0.04	428	17.58
0.4237884659	1	0.04	429	17.63
0.4241941824	1	0.04	430	17.67
0.4243107031	1	0.04	431	17.71
0.4243808962	1	0.04	432	17.75
0.4246658805	1	0.04	433	17.79
0.4247248428	1	0.04	434	17.83
0.4249508648	1	0.04	435	17.87
0.4252611186	1	0.04	436	17.91
0.4253046384	1	0.04	437	17.95
0.4256485849	1	0.04	438	18.00
0.4257075472	1	0.04	439	18.04
0.4258549528	1	0.04	440	18.08
0.4260613208	1	0.04	441	18.12
0.4269415431	1	0.04	442	18.16
0.4270440252	1	0.04	443	18.20
0.4270636792	1	0.04	444	18.24
0.4274174528	1	0.04	445	18.28
0.4276308401	1	0.04	446	18.32
0.4280169025	1	0.04	447	18.36
0.4281643082	1	0.04	448	18.41
0.4282527516	1	0.04	449	18.45
0.4283608491	1	0.04	450	18.49
0.428402965	1	0.04	451	18.53
0.4286065252	1	0.04	452	18.57
0.4289967992	1	0.04	453	18.61
0.4298587713	1	0.04	454	18.65
0.4299823113	1	0.04	455	18.69
0.4310043239	1	0.04	456	18.73
0.4310941712	1	0.04	457	18.78
0.4316430818	1	0.04	458	18.82
0.4322523585	2	0.08	460	18.90
0.4333235063	1	0.04	461	18.94

0.4333543913	1	0.04	462	18.98
0.4335200472	1	0.04	463	19.02
0.4335691824	1	0.04	464	19.06
0.4336814915	1	0.04	465	19.10
0.4337769542	1	0.04	466	19.15
0.4340450921	1	0.04	467	19.19
0.4345617138	1	0.04	468	19.23
0.4347414084	1	0.04	469	19.27
0.4349449686	1	0.04	470	19.31
0.4350685085	1	0.04	471	19.35
0.4352032794	1	0.04	472	19.39
0.4353478774	1	0.04	473	19.43
0.4361733491	1	0.04	474	19.47
0.4362126572	1	0.04	475	19.52
0.4365664308	1	0.04	476	19.56
0.4367222597	1	0.04	477	19.60
0.4369173967	1	0.04	478	19.64
0.4370283019	2	0.08	480	19.72
0.4371476303	1	0.04	481	19.76
0.4372150157	1	0.04	482	19.80
0.4372992475	1	0.04	483	19.84
0.437521058	1	0.04	484	19.88
0.4378650045	1	0.04	485	19.93
0.4380587376	1	0.04	486	19.97
0.438178066	2	0.08	488	20.05
0.4382833558	1	0.04	489	20.09
0.4387578616	1	0.04	490	20.13
0.4397995283	1	0.04	491	20.17
0.4399665881	1	0.04	492	20.21
0.4400423967	1	0.04	493	20.25
0.4402333221	1	0.04	494	20.30
0.4407387129	1	0.04	495	20.34
0.440841195	1	0.04	496	20.38
0.442177673	1	0.04	497	20.42
0.4424233491	1	0.04	498	20.46
0.4429834906	1	0.04	499	20.50
0.4432207435	1	0.04	500	20.54
0.4433119946	1	0.04	501	20.58
0.443359726	1	0.04	502	20.62
0.4434650157	1	0.04	503	20.67
0.4435057278	1	0.04	504	20.71
0.44356469	1	0.04	505	20.75
0.4439956761	1	0.04	506	20.79
0.4442904874	1	0.04	507	20.83
0.4445165094	2	0.08	509	20.91
0.4447818396	1	0.04	510	20.95
0.4448478212	1	0.04	511	20.99
0.44512719	1	0.04	512	21.04
0.4451552673	1	0.04	513	21.08
0.4452142296	1	0.04	514	21.12
0.4455890611	1	0.04	515	21.16
0.4460916442	1	0.04	516	21.20
0.4465900157	1	0.04	517	21.24
0.4469143082	1	0.04	518	21.28
0.4475657008	1	0.04	519	21.32
0.4476316824	1	0.04	520	21.36
0.447923686	1	0.04	521	21.41
0.4479517633	1	0.04	522	21.45
0.4485203279	1	0.04	523	21.49
0.4488207547	1	0.04	524	21.53
0.4492503369	1	0.04	525	21.57
0.4492531447	1	0.04	526	21.61
0.4492685872	1	0.04	527	21.65
0.4492924528	1	0.04	528	21.69
0.4493710692	1	0.04	529	21.73
0.4497248428	1	0.04	530	21.77
0.450216195	1	0.04	531	21.82
0.4502765611	1	0.04	532	21.86
0.4503046384	1	0.04	533	21.90
0.4509139151	1	0.04	534	21.94
0.4516018082	1	0.04	535	21.98

0.4517000786	1	0.04	536	22.02
0.4523191824	1	0.04	537	22.06
0.4527740341	1	0.04	538	22.10
0.4530126909	1	0.04	539	22.14
0.4530899034	1	0.04	540	22.19
0.4532092318	1	0.04	541	22.23
0.4533875225	1	0.04	542	22.27
0.4535475629	1	0.04	543	22.31
0.4545485175	1	0.04	544	22.35
0.4545611523	1	0.04	545	22.39
0.4547366352	1	0.04	546	22.43
0.4548938679	1	0.04	547	22.47
0.4550805818	1	0.04	548	22.51
0.4554245283	1	0.04	549	22.56
0.4556912624	1	0.04	550	22.60
0.4560632862	1	0.04	551	22.64
0.4561671721	1	0.04	552	22.68
0.4562275382	1	0.04	553	22.72
0.4562893082	1	0.04	554	22.76
0.4563286164	1	0.04	555	22.80
0.4563777516	1	0.04	556	22.84
0.4569112197	1	0.04	557	22.88
0.4570459906	1	0.04	558	22.93
0.4570951258	1	0.04	559	22.97
0.4573787062	1	0.04	560	23.01
0.4574783805	1	0.04	561	23.05
0.4580483491	1	0.04	562	23.09
0.4580609838	1	0.04	563	23.13
0.4580750225	1	0.04	564	23.17
0.4584301999	1	0.04	565	23.21
0.4585200472	1	0.04	566	23.25
0.4587292228	1	0.04	567	23.29
0.4591574012	1	0.04	568	23.34
0.4593216532	1	0.04	569	23.38
0.4595743486	1	0.04	570	23.42
0.4596501572	1	0.04	571	23.46
0.4602327606	1	0.04	572	23.50
0.4604110512	1	0.04	573	23.54
0.4608701146	1	0.04	574	23.58
0.4613305818	1	0.04	575	23.62
0.4621069182	2	0.08	577	23.71
0.4622150157	1	0.04	578	23.75
0.4622543239	1	0.04	579	23.79
0.4622992475	1	0.04	580	23.83
0.4624059412	1	0.04	581	23.87
0.462509827	1	0.04	582	23.91
0.4625393082	1	0.04	583	23.95
0.4625800202	1	0.04	584	23.99
0.4626698675	1	0.04	585	24.03
0.4628930818	1	0.04	586	24.08
0.462942217	1	0.04	587	24.12
0.4629702942	1	0.04	588	24.16
0.462982929	1	0.04	589	24.20
0.4640821541	1	0.04	590	24.24
0.464678796	1	0.04	591	24.28
0.4647237197	1	0.04	592	24.32
0.4651434748	1	0.04	593	24.36
0.4652613994	1	0.04	594	24.40
0.4652908805	1	0.04	595	24.45
0.4658861186	1	0.04	596	24.49
0.4659296384	1	0.04	597	24.53
0.4663451819	1	0.04	598	24.57
0.466364836	1	0.04	599	24.61
0.4670906334	1	0.04	600	24.65
0.4676002358	1	0.04	601	24.69
0.4676535827	1	0.04	602	24.73
0.4676690252	1	0.04	603	24.77
0.4677602763	2	0.08	605	24.86
0.467865566	1	0.04	606	24.90
0.467927336	1	0.04	607	24.94
0.468205301	1	0.04	608	24.98

0.4683274371	1	0.04	609	25.02
0.4686110175	1	0.04	610	25.06
0.4687991352	1	0.04	611	25.10
0.4689830413	1	0.04	612	25.14
0.4690420036	1	0.04	613	25.18
0.4693227763	1	0.04	614	25.23
0.4696933962	1	0.04	615	25.27
0.4698464173	1	0.04	616	25.31
0.4701594789	1	0.04	617	25.35
0.4705680031	1	0.04	618	25.39
0.4705988881	1	0.04	619	25.43
0.4706045036	1	0.04	620	25.47
0.470631177	1	0.04	621	25.51
0.470662062	1	0.04	622	25.55
0.4707350629	1	0.04	623	25.60
0.4708586029	1	0.04	624	25.64
0.4713752246	1	0.04	625	25.68
0.4717669025	1	0.04	626	25.72
0.4722596586	1	0.04	627	25.76
0.4722835243	1	0.04	628	25.80
0.4724154874	1	0.04	629	25.84
0.4725235849	1	0.04	630	25.88
0.4727804919	1	0.04	631	25.92
0.4728773585	1	0.04	632	25.97
0.4736733491	1	0.04	633	26.01
0.4737295036	1	0.04	634	26.05
0.473756177	1	0.04	635	26.09
0.4740257188	1	0.04	636	26.13
0.4741759322	1	0.04	637	26.17
0.4746321878	1	0.04	638	26.21
0.4751740791	1	0.04	639	26.25
0.4752358491	4	0.16	643	26.42
0.4753636006	1	0.04	644	26.46
0.4755334681	1	0.04	645	26.50
0.4757566824	1	0.04	646	26.54
0.4762873428	1	0.04	647	26.58
0.476572327	1	0.04	648	26.62
0.476583558	1	0.04	649	26.66
0.4774174528	1	0.04	650	26.71
0.4775943396	1	0.04	651	26.75
0.4778400157	1	0.04	652	26.79
0.477908805	1	0.04	653	26.83
0.4779242475	1	0.04	654	26.87
0.4782920597	1	0.04	655	26.91
0.4785180818	1	0.04	656	26.95
0.4788311433	1	0.04	657	26.99
0.4789631065	1	0.04	658	27.03
0.479040319	1	0.04	659	27.07
0.4793674191	1	0.04	660	27.12
0.4797113657	1	0.04	661	27.16
0.4798854447	1	0.04	662	27.20
0.4799331761	1	0.04	663	27.24
0.4801241015	1	0.04	664	27.28
0.4801437556	1	0.04	665	27.32
0.4804834906	1	0.04	666	27.36
0.4810043239	1	0.04	667	27.40
0.4817048518	1	0.04	668	27.44
0.4826987871	1	0.04	669	27.49
0.4827928459	1	0.04	670	27.53
0.4830876572	1	0.04	671	27.57
0.483162062	1	0.04	672	27.61
0.4834414308	1	0.04	673	27.65
0.4839341869	1	0.04	674	27.69
0.484025438	1	0.04	675	27.73
0.4841293239	1	0.04	676	27.77
0.4844241352	1	0.04	677	27.81
0.4850404313	1	0.04	678	27.86
0.4853787624	1	0.04	679	27.90
0.4860062893	1	0.04	680	27.94
0.4861087713	1	0.04	681	27.98
0.4861368486	1	0.04	682	28.02

0.4861550988	1	0.04	683	28.06
0.4863446204	1	0.04	684	28.10
0.4867475292	1	0.04	685	28.14
0.487509827	1	0.04	686	28.18
0.4875379043	1	0.04	687	28.23
0.4875968666	1	0.04	688	28.27
0.4876726752	1	0.04	689	28.31
0.4882651056	1	0.04	690	28.35
0.488712938	1	0.04	691	28.39
0.488908075	1	0.04	692	28.43
0.4890105571	1	0.04	693	28.47
0.489278695	1	0.04	694	28.51
0.4894555818	1	0.04	695	28.55
0.4898416442	1	0.04	696	28.59
0.4899764151	1	0.04	697	28.64
0.4900985512	1	0.04	698	28.68
0.4913185085	1	0.04	699	28.72
0.4913816824	1	0.04	700	28.76
0.4916722821	1	0.04	701	28.80
0.4925525045	1	0.04	702	28.84
0.4925960243	1	0.04	703	28.88
0.4930929919	1	0.04	704	28.92
0.4931323001	1	0.04	705	28.96
0.4935632862	1	0.04	706	29.01
0.4936054021	1	0.04	707	29.05
0.4937120957	1	0.04	708	29.09
0.4937429807	1	0.04	709	29.13
0.4937626348	1	0.04	710	29.17
0.4937879043	1	0.04	711	29.21
0.4938889825	1	0.04	712	29.25
0.494037792	1	0.04	713	29.29
0.4941107929	1	0.04	714	29.33
0.4943241801	1	0.04	715	29.38
0.4948730907	1	0.04	716	29.42
0.4949460916	1	0.04	717	29.46
0.4951664982	1	0.04	718	29.50
0.4953321541	1	0.04	719	29.54
0.4960944519	1	0.04	720	29.58
0.4961253369	1	0.04	721	29.62
0.4964510332	1	0.04	722	29.66
0.4967458446	1	0.04	723	29.70
0.4970855795	1	0.04	724	29.75
0.4971796384	1	0.04	725	29.79
0.4972975629	1	0.04	726	29.83
0.4977425876	1	0.04	727	29.87
0.4979208783	1	0.04	728	29.91
0.4979531671	1	0.04	729	29.95
0.4982353437	1	0.04	730	29.99
0.4983153639	1	0.04	731	30.03
0.4983981918	1	0.04	732	30.07
0.4984599618	1	0.04	733	30.12
0.498827774	1	0.04	734	30.16
0.4988319856	1	0.04	735	30.20
0.499547956	1	0.04	736	30.24
0.499609726	1	0.04	737	30.28
0.4997683625	1	0.04	738	30.32
0.4998132862	1	0.04	739	30.36
0.4999312107	1	0.04	740	30.40
0.5000224618	1	0.04	741	30.44
0.5000940588	1	0.04	742	30.48
0.5002175988	1	0.04	743	30.53
0.5002316375	1	0.04	744	30.57
0.5005432951	1	0.04	745	30.61
0.5009925314	1	0.04	746	30.65
0.5011258985	1	0.04	747	30.69
0.5012676887	1	0.04	748	30.73
0.5014038634	1	0.04	749	30.77
0.5018053684	1	0.04	750	30.81
0.5018222147	1	0.04	751	30.85
0.5020440252	1	0.04	752	30.90
0.5020749102	1	0.04	753	30.94

0.5020917565	1	0.04	754	30.98
0.502487646	1	0.04	755	31.02
0.5024918576	1	0.04	756	31.06
0.5027319182	1	0.04	757	31.10
0.5028049191	1	0.04	758	31.14
0.502806323	1	0.04	759	31.18
0.5030856918	1	0.04	760	31.22
0.5031516734	1	0.04	761	31.27
0.5032920597	1	0.04	762	31.31
0.5033959456	1	0.04	763	31.35
0.5034113881	1	0.04	764	31.39
0.5034731581	1	0.04	765	31.43
0.5037118149	1	0.04	766	31.47
0.5044109389	1	0.04	767	31.51
0.5046046721	1	0.04	768	31.55
0.5050216195	1	0.04	769	31.59
0.505108659	1	0.04	770	31.64
0.5052771226	1	0.04	771	31.68
0.505767071	1	0.04	772	31.72
0.5059144766	1	0.04	773	31.76
0.5063482704	1	0.04	774	31.80
0.5067961029	1	0.04	775	31.84
0.5070740678	1	0.04	776	31.88
0.5075527853	1	0.04	777	31.92
0.5080118486	1	0.04	778	31.96
0.5081466195	1	0.04	779	32.00
0.5081606581	1	0.04	780	32.05
0.5084919699	1	0.04	781	32.09
0.5085298742	1	0.04	782	32.13
0.5085691824	1	0.04	783	32.17
0.508932783	1	0.04	784	32.21
0.5092935759	1	0.04	785	32.25
0.5094999438	1	0.04	786	32.29
0.5097428122	1	0.04	787	32.33
0.5100348158	2	0.08	789	32.42
0.5101990678	1	0.04	790	32.46
0.510259434	1	0.04	791	32.50
0.5103478774	1	0.04	792	32.54
0.5103647237	1	0.04	793	32.58
0.5109754043	1	0.04	794	32.62
0.5111733491	1	0.04	795	32.66
0.511287062	1	0.04	796	32.70
0.5115566038	1	0.04	797	32.74
0.5116001235	1	0.04	798	32.79
0.5116562781	1	0.04	799	32.83
0.5120591869	1	0.04	800	32.87
0.5122992475	1	0.04	801	32.91
0.5123090746	1	0.04	802	32.95
0.5126993486	1	0.04	803	32.99
0.512726022	1	0.04	804	33.03
0.5128930818	1	0.04	805	33.07
0.5129562556	1	0.04	806	33.11
0.5133409142	1	0.04	807	33.16
0.5134911276	1	0.04	808	33.20
0.5135023585	1	0.04	809	33.24
0.5135936096	1	0.04	810	33.28
0.5136525719	1	0.04	811	33.32
0.5145889488	1	0.04	812	33.36
0.5149300876	1	0.04	813	33.40
0.5152122642	1	0.04	814	33.44
0.5153301887	2	0.08	816	33.53
0.515408805	1	0.04	817	33.57
0.5155126909	1	0.04	818	33.61
0.5155590184	1	0.04	819	33.65
0.5155983266	1	0.04	820	33.69
0.5156446541	1	0.04	821	33.73
0.5164504717	1	0.04	822	33.77
0.5165698001	1	0.04	823	33.81
0.5166273585	1	0.04	824	33.85
0.5169249775	1	0.04	825	33.89
0.5174430031	1	0.04	826	33.94

0.5176114668	1	0.04	827	33.98
0.5176535827	1	0.04	828	34.02
0.5178922394	1	0.04	829	34.06
0.5179834906	1	0.04	830	34.10
0.5180986074	1	0.04	831	34.14
0.5185618823	1	0.04	832	34.18
0.5186362871	1	0.04	833	34.22
0.5187991352	1	0.04	834	34.26
0.5188580975	1	0.04	835	34.31
0.5190055031	1	0.04	836	34.35
0.5193494497	1	0.04	837	34.39
0.519366296	1	0.04	838	34.43
0.5194687781	1	0.04	839	34.47
0.5199769766	1	0.04	840	34.51
0.5202731918	1	0.04	841	34.55
0.520662062	1	0.04	842	34.59
0.5207210243	1	0.04	843	34.63
0.5208529874	1	0.04	844	34.68
0.520928796	1	0.04	845	34.72
0.5210790094	1	0.04	846	34.76
0.5214678796	1	0.04	847	34.80
0.5219564241	1	0.04	848	34.84
0.5220883872	1	0.04	849	34.88
0.5223003706	1	0.04	850	34.92
0.5223719677	1	0.04	851	34.96
0.5225362197	1	0.04	852	35.00
0.522892801	1	0.04	853	35.05
0.5237575809	1	0.04	854	35.09
0.5237716195	1	0.04	855	35.13
0.5238319856	1	0.04	856	35.17
0.5239948338	1	0.04	857	35.21
0.5240074686	1	0.04	858	35.25
0.5242475292	1	0.04	859	35.29
0.5243514151	1	0.04	860	35.33
0.5247051887	1	0.04	861	35.37
0.5247374775	1	0.04	862	35.41
0.5247641509	1	0.04	863	35.46
0.525092655	1	0.04	864	35.50
0.5253467543	1	0.04	865	35.54
0.5254380054	1	0.04	866	35.58
0.5257566824	1	0.04	867	35.62
0.5258703953	1	0.04	868	35.66
0.5266425202	1	0.04	869	35.70
0.526716925	1	0.04	870	35.74
0.5267295597	1	0.04	871	35.78
0.527014544	1	0.04	872	35.83
0.5272391622	1	0.04	873	35.87
0.5272574124	1	0.04	874	35.91
0.5273739331	1	0.04	875	35.95
0.5276996294	1	0.04	876	35.99
0.5278484389	1	0.04	877	36.03
0.5279509209	1	0.04	878	36.07
0.5280702493	1	0.04	879	36.11
0.5281909816	1	0.04	880	36.15
0.5283538297	1	0.04	881	36.20
0.5284282345	1	0.04	882	36.24
0.5284408693	1	0.04	883	36.28
0.5286093329	1	0.04	884	36.32
0.5288718553	1	0.04	885	36.36
0.5292747642	1	0.04	886	36.40
0.5294221698	1	0.04	887	36.44
0.529677673	1	0.04	888	36.48
0.5296790768	1	0.04	889	36.52
0.5298264825	1	0.04	890	36.57
0.5303459119	1	0.04	891	36.61
0.5303782008	1	0.04	892	36.65
0.5304048742	1	0.04	893	36.69
0.5305143756	1	0.04	894	36.73
0.5305564915	1	0.04	895	36.77
0.530674416	1	0.04	896	36.81
0.5308667453	1	0.04	897	36.85

0.5309579964	1	0.04	898	36.89
0.5312078841	1	0.04	899	36.94
0.5312542116	1	0.04	900	36.98
0.5313496743	1	0.04	901	37.02
0.5319252583	1	0.04	902	37.06
0.5321779537	1	0.04	903	37.10
0.5322397237	1	0.04	904	37.14
0.5324166105	1	0.04	905	37.18
0.5325064578	1	0.04	906	37.22
0.5327886343	1	0.04	907	37.26
0.5328195193	1	0.04	908	37.30
0.533028695	1	0.04	909	37.35
0.5330862534	1	0.04	910	37.39
0.5332069856	1	0.04	911	37.43
0.533635164	1	0.04	912	37.47
0.5336365678	1	0.04	913	37.51
0.5336477987	1	0.04	914	37.55
0.5340212264	1	0.04	915	37.59
0.5340226303	1	0.04	916	37.63
0.534158805	2	0.08	918	37.72
0.5342388252	1	0.04	919	37.76
0.5349632188	1	0.04	920	37.80
0.5349744497	1	0.04	921	37.84
0.5353478774	1	0.04	922	37.88
0.5354503594	1	0.04	923	37.92
0.5357929021	1	0.04	924	37.96
0.5358813455	1	0.04	925	38.00
0.5365369497	1	0.04	926	38.04
0.5367433176	1	0.04	927	38.09
0.5368121069	1	0.04	928	38.13
0.5368654537	1	0.04	929	38.17
0.5369117812	1	0.04	930	38.21
0.5369693396	1	0.04	931	38.25
0.5370746294	1	0.04	932	38.29
0.5372374775	1	0.04	933	38.33
0.5372978437	1	0.04	934	38.37
0.5373736523	1	0.04	935	38.41
0.5373834793	1	0.04	936	38.46
0.5376572327	1	0.04	937	38.50
0.5381766622	1	0.04	938	38.54
0.5382342206	1	0.04	939	38.58
0.5384419924	1	0.04	940	38.62
0.5384433962	1	0.04	941	38.66
0.5385950135	1	0.04	942	38.70
0.5386062444	1	0.04	943	38.74
0.5389347484	1	0.04	944	38.78
0.539083558	1	0.04	945	38.82
0.5391607704	1	0.04	946	38.87
0.5392464061	1	0.04	947	38.91
0.5393236186	1	0.04	948	38.95
0.5393390611	1	0.04	949	38.99
0.5393474843	1	0.04	950	39.03
0.5396647574	1	0.04	951	39.07
0.5397082772	1	0.04	952	39.11
0.5399020103	1	0.04	953	39.15
0.5400957435	1	0.04	954	39.19
0.5403933625	1	0.04	955	39.24
0.5407934636	1	0.04	956	39.28
0.5408692722	1	0.04	957	39.32
0.5411374102	1	0.04	958	39.36
0.5413901056	1	0.04	959	39.40
0.5414209906	1	0.04	960	39.44
0.5416877246	2	0.08	962	39.52
0.5420134209	1	0.04	963	39.56
0.5420751909	1	0.04	964	39.61
0.5422380391	1	0.04	965	39.65
0.5423868486	1	0.04	966	39.69
0.5424008872	1	0.04	967	39.73
0.5425932165	1	0.04	968	39.77
0.5428753931	1	0.04	969	39.81
0.5431645889	1	0.04	970	39.85

0.5434285153	1	0.04	971	39.89
0.5434846698	1	0.04	972	39.93
0.543904425	1	0.04	973	39.98
0.5450219003	1	0.04	974	40.02
0.5451861523	1	0.04	975	40.06
0.545333558	1	0.04	976	40.10
0.54543604	1	0.04	977	40.14
0.5457813904	1	0.04	978	40.18
0.5461955301	1	0.04	979	40.22
0.5463274933	1	0.04	980	40.26
0.5467163634	1	0.04	981	40.30
0.5468356918	1	0.04	982	40.35
0.5468820193	1	0.04	983	40.39
0.546884827	1	0.04	984	40.43
0.5469830975	1	0.04	985	40.47
0.5472105234	1	0.04	986	40.51
0.5477734726	1	0.04	987	40.55
0.5480107255	1	0.04	988	40.59
0.5480121294	1	0.04	989	40.63
0.5480865341	1	0.04	990	40.67
0.5491590858	1	0.04	991	40.71
0.5492447215	1	0.04	992	40.76
0.5493064915	1	0.04	993	40.80
0.5493233378	1	0.04	994	40.84
0.5494833783	1	0.04	995	40.88
0.5497051887	1	0.04	996	40.92
0.549990173	1	0.04	997	40.96
0.5503158693	1	0.04	998	41.00
0.5504787174	1	0.04	999	41.04
0.5505390836	1	0.04	1000	41.08
0.5505418913	1	0.04	1001	41.13
0.5509574349	1	0.04	1002	41.17
0.5511638028	1	0.04	1003	41.21
0.5512255728	1	0.04	1004	41.25
0.5515863657	1	0.04	1005	41.29
0.5519710243	1	0.04	1006	41.33
0.5522981244	1	0.04	1007	41.37
0.5523402403	1	0.04	1008	41.41
0.5524174528	1	0.04	1009	41.45
0.5524300876	1	0.04	1010	41.50
0.5527291105	1	0.04	1011	41.54
0.5528596698	1	0.04	1012	41.58
0.5531783468	1	0.04	1013	41.62
0.5534394654	1	0.04	1014	41.66
0.5534408693	1	0.04	1015	41.70
0.5534871968	1	0.04	1016	41.74
0.5535180818	1	0.04	1017	41.78
0.5543519766	1	0.04	1018	41.82
0.5544699012	1	0.04	1019	41.87
0.5547955975	1	0.04	1020	41.91
0.5548264825	1	0.04	1021	41.95
0.5548545597	1	0.04	1022	41.99
0.5553304695	1	0.04	1023	42.03
0.5553501235	1	0.04	1024	42.07
0.5558091869	1	0.04	1025	42.11
0.5561812107	1	0.04	1026	42.15
0.5562584232	1	0.04	1027	42.19
0.5566880054	1	0.04	1028	42.24
0.5570151056	1	0.04	1029	42.28
0.5570277403	1	0.04	1030	42.32
0.5571330301	1	0.04	1031	42.36
0.5571948001	1	0.04	1032	42.40
0.5573267633	1	0.04	1033	42.44
0.5574208221	1	0.04	1034	42.48
0.5576945755	1	0.04	1035	42.52
0.5579065588	1	0.04	1036	42.56
0.5581466195	1	0.04	1037	42.60
0.5581901393	1	0.04	1038	42.65
0.5582519093	1	0.04	1039	42.69
0.5582631402	1	0.04	1040	42.73
0.5583979111	1	0.04	1041	42.77

0.5585200472	1	0.04	1042	42.81
0.559077381	1	0.04	1043	42.85
0.5591152853	1	0.04	1044	42.89
0.5591559973	1	0.04	1045	42.93
0.5592795373	1	0.04	1046	42.97
0.5592921721	1	0.04	1047	43.02
0.559796159	1	0.04	1048	43.06
0.5600628931	1	0.04	1049	43.10
0.5600979897	1	0.04	1050	43.14
0.5602257412	1	0.04	1051	43.18
0.5602889151	1	0.04	1052	43.22
0.560331031	1	0.04	1053	43.26
0.5603338387	1	0.04	1054	43.30
0.560958558	1	0.04	1055	43.34
0.5612098495	1	0.04	1056	43.39
0.5612238881	1	0.04	1057	43.43
0.5613726977	1	0.04	1058	43.47
0.561791049	1	0.04	1059	43.51
0.5622065925	1	0.04	1060	43.55
0.5622824012	1	0.04	1061	43.59
0.5625014039	1	0.04	1062	43.63
0.5625519429	1	0.04	1063	43.67
0.5626670597	1	0.04	1064	43.71
0.5631008535	1	0.04	1065	43.76
0.5631148922	1	0.04	1066	43.80
0.5632903751	1	0.04	1067	43.84
0.5634574349	1	0.04	1068	43.88
0.5635009546	1	0.04	1069	43.92
0.5637550539	1	0.04	1070	43.96
0.5638449012	1	0.04	1071	44.00
0.5638561321	1	0.04	1072	44.04
0.5640568845	1	0.04	1073	44.08
0.5641116352	1	0.04	1074	44.12
0.5641748091	1	0.04	1075	44.17
0.5642028863	1	0.04	1076	44.21
0.5645889488	1	0.04	1077	44.25
0.5646633535	2	0.08	1079	44.33
0.5648276056	1	0.04	1080	44.37
0.5650073001	1	0.04	1081	44.41
0.5650648585	1	0.04	1082	44.45
0.5652417453	1	0.04	1083	44.49
0.5653301887	1	0.04	1084	44.54
0.5655267296	1	0.04	1085	44.58
0.5657330975	1	0.04	1086	44.62
0.5658678684	1	0.04	1087	44.66
0.566241296	1	0.04	1088	44.70
0.5664771451	1	0.04	1089	44.74
0.5669544587	1	0.04	1090	44.78
0.5672534816	1	0.04	1091	44.82
0.5672703279	1	0.04	1092	44.86
0.5674458109	1	0.04	1093	44.91
0.567608659	1	0.04	1094	44.95
0.5677897574	1	0.04	1095	44.99
0.5678908356	1	0.04	1096	45.03
0.5681758199	1	0.04	1097	45.07
0.5684565925	1	0.04	1098	45.11
0.5688861748	1	0.04	1099	45.15
0.569037792	1	0.04	1100	45.19
0.5694687781	1	0.04	1101	45.23
0.5695445867	1	0.04	1102	45.28
0.5695586253	1	0.04	1103	45.32
0.5695754717	1	0.04	1104	45.36
0.5699882075	1	0.04	1105	45.40
0.5700359389	1	0.04	1106	45.44
0.5700373428	1	0.04	1107	45.48
0.5702156334	1	0.04	1108	45.52
0.5703490004	1	0.04	1109	45.56
0.5704795597	1	0.04	1110	45.60
0.5706592543	1	0.04	1111	45.65
0.5713443396	1	0.04	1112	45.69
0.5716686321	1	0.04	1113	45.73

0.5717009209	1	0.04	1114	45.77
0.5717486523	1	0.04	1115	45.81
0.5717865566	1	0.04	1116	45.85
0.5719536164	1	0.04	1117	45.89
0.5721305031	1	0.04	1118	45.93
0.5723565252	1	0.04	1119	45.97
0.5725348158	1	0.04	1120	46.01
0.5727889151	1	0.04	1121	46.06
0.5729798405	1	0.04	1122	46.10
0.5735455975	1	0.04	1123	46.14
0.5735638477	1	0.04	1124	46.18
0.5736045597	1	0.04	1125	46.22
0.5738404088	1	0.04	1126	46.26
0.5739639488	1	0.04	1127	46.30
0.5741436433	1	0.04	1128	46.34
0.574722035	1	0.04	1129	46.38
0.5748736523	1	0.04	1130	46.43
0.5749410377	1	0.04	1131	46.47
0.5749634996	1	0.04	1132	46.51
0.5751670597	1	0.04	1133	46.55
0.5751993486	1	0.04	1134	46.59
0.5754239668	1	0.04	1135	46.63
0.5755264488	1	0.04	1136	46.67
0.5759742812	1	0.04	1137	46.71
0.576017801	1	0.04	1138	46.75
0.576048686	1	0.04	1139	46.80
0.5762101303	1	0.04	1140	46.84
0.5766705975	1	0.04	1141	46.88
0.5769710243	1	0.04	1142	46.92
0.5770131402	1	0.04	1143	46.96
0.5774637803	1	0.04	1144	47.00
0.5777712264	1	0.04	1145	47.04
0.5778624775	1	0.04	1146	47.08
0.5779368823	1	0.04	1147	47.12
0.5785012354	1	0.04	1148	47.17
0.5786037174	1	0.04	1149	47.21
0.5787244497	1	0.04	1150	47.25
0.578752527	1	0.04	1151	47.29
0.5787848158	1	0.04	1152	47.33
0.578947664	1	0.04	1153	47.37
0.5789911837	1	0.04	1154	47.41
0.5791399933	1	0.04	1155	47.45
0.5793660153	1	0.04	1156	47.49
0.5797562893	1	0.04	1157	47.53
0.5803318733	1	0.04	1158	47.58
0.5804947215	1	0.04	1159	47.62
0.5805115678	1	0.04	1160	47.66
0.5805733378	1	0.04	1161	47.70
0.5805859726	1	0.04	1162	47.74
0.5806000112	1	0.04	1163	47.78
0.5806870508	1	0.04	1164	47.82
0.5810309973	1	0.04	1165	47.86
0.5812429807	1	0.04	1166	47.90
0.5813019429	1	0.04	1167	47.95
0.5815546384	1	0.04	1168	47.99
0.5817441599	1	0.04	1169	48.03
0.5817610063	1	0.04	1170	48.07
0.5819996631	1	0.04	1171	48.11
0.582041779	1	0.04	1172	48.15
0.5822832435	1	0.04	1173	48.19
0.5824138028	1	0.04	1174	48.23
0.582534535	1	0.04	1175	48.27
0.5825626123	1	0.04	1176	48.32
0.5827872305	1	0.04	1177	48.36
0.5828363657	1	0.04	1178	48.40
0.58287427	1	0.04	1179	48.44
0.5830104447	2	0.08	1181	48.52
0.5831129268	1	0.04	1182	48.56
0.5832210243	1	0.04	1183	48.60
0.5834273922	1	0.04	1184	48.64
0.5836056828	1	0.04	1185	48.69

0.5843511343	1	0.04	1186	48.73
0.5844409816	1	0.04	1187	48.77
0.5845280211	1	0.04	1188	48.81
0.5846178684	2	0.08	1190	48.89
0.5847400045	1	0.04	1191	48.93
0.584765274	1	0.04	1192	48.97
0.5847807165	1	0.04	1193	49.01
0.5851415094	1	0.04	1194	49.06
0.5853478774	1	0.04	1195	49.10
0.5854363208	1	0.04	1196	49.14
0.585464398	1	0.04	1197	49.18
0.5854840521	1	0.04	1198	49.22
0.5858546721	1	0.04	1199	49.26
0.5860287511	1	0.04	1200	49.30
0.5861677336	1	0.04	1201	49.34
0.5867166442	1	0.04	1202	49.38
0.5869833783	1	0.04	1203	49.42
0.5873245171	1	0.04	1204	49.47
0.5873722484	1	0.04	1205	49.51
0.5874452493	1	0.04	1206	49.55
0.5876684636	1	0.04	1207	49.59
0.5878004268	1	0.04	1208	49.63
0.5878032345	1	0.04	1209	49.67
0.5880390836	1	0.04	1210	49.71
0.5881892969	1	0.04	1211	49.75
0.5883212601	1	0.04	1212	49.79
0.5883367026	1	0.04	1213	49.84
0.5885613208	1	0.04	1214	49.88
0.5885767633	1	0.04	1215	49.92
0.588651168	1	0.04	1216	49.96
0.5886666105	1	0.04	1217	50.00
0.5889150943	1	0.04	1218	50.04
0.5891691936	1	0.04	1219	50.08
0.5894106581	1	0.04	1220	50.12
0.5894232929	1	0.04	1221	50.16
0.5895426213	1	0.04	1222	50.21
0.5896198338	1	0.04	1223	50.25
0.5898570867	1	0.04	1224	50.29
0.5899455301	1	0.04	1225	50.33
0.5899736074	1	0.04	1226	50.37
0.5900831087	1	0.04	1227	50.41
0.5904424978	1	0.04	1228	50.45
0.5904944407	1	0.04	1229	50.49
0.5905856918	1	0.04	1230	50.53
0.5906586927	1	0.04	1231	50.58
0.5907316936	1	0.04	1232	50.62
0.5909422731	1	0.04	1233	50.66
0.5911374102	1	0.04	1234	50.70
0.5914743374	1	0.04	1235	50.74
0.5915683962	1	0.04	1236	50.78
0.5915838387	1	0.04	1237	50.82
0.5916877246	1	0.04	1238	50.86
0.59187865	1	0.04	1239	50.90
0.5920302673	1	0.04	1240	50.94
0.5925665431	1	0.04	1241	50.99
0.592608659	1	0.04	1242	51.03
0.592639544	1	0.04	1243	51.07
0.5928487197	1	0.04	1244	51.11
0.5928753931	1	0.04	1245	51.15
0.5930115678	1	0.04	1246	51.19
0.5931154537	1	0.04	1247	51.23
0.5932516285	1	0.04	1248	51.27
0.5932937444	1	0.04	1249	51.31
0.5933667453	1	0.04	1250	51.36
0.593369553	1	0.04	1251	51.40
0.5934734389	1	0.04	1252	51.44
0.5936545373	1	0.04	1253	51.48
0.5937668464	1	0.04	1254	51.52
0.5939156559	1	0.04	1255	51.56
0.5939184636	1	0.04	1256	51.60
0.5939928684	1	0.04	1257	51.64

0.5944252583	1	0.04	1258	51.68
0.5944856244	1	0.04	1259	51.73
0.5945572215	1	0.04	1260	51.77
0.5947383199	1	0.04	1261	51.81
0.5949446878	1	0.04	1262	51.85
0.5951370171	1	0.04	1263	51.89
0.5952156334	1	0.04	1264	51.93
0.5952563455	1	0.04	1265	51.97
0.5954205975	1	0.04	1266	52.01
0.5960144317	1	0.04	1267	52.05
0.5962250112	1	0.04	1268	52.10
0.5962867812	1	0.04	1269	52.14
0.5964047058	1	0.04	1270	52.18
0.5964173405	1	0.04	1271	52.22
0.5967921721	1	0.04	1272	52.26
0.5968946541	1	0.04	1273	52.30
0.5969381739	1	0.04	1274	52.34
0.5971164645	1	0.04	1275	52.38
0.5971178684	1	0.04	1276	52.42
0.5974309299	1	0.04	1277	52.47
0.5974449686	1	0.04	1278	52.51
0.5974618149	1	0.04	1279	52.55
0.5977131065	1	0.04	1280	52.59
0.5977145103	1	0.04	1281	52.63
0.598396788	1	0.04	1282	52.67
0.5986031559	1	0.04	1283	52.71
0.5986930031	1	0.04	1284	52.75
0.5990355458	1	0.04	1285	52.79
0.5991885669	1	0.04	1286	52.83
0.599393531	1	0.04	1287	52.88
0.5996476303	1	0.04	1288	52.92
0.599928403	1	0.04	1289	52.96
0.6001375786	1	0.04	1290	53.00
0.6002456761	1	0.04	1291	53.04
0.6003790431	1	0.04	1292	53.08
0.6004969677	1	0.04	1293	53.12
0.6005840072	1	0.04	1294	53.16
0.6008830301	1	0.04	1295	53.20
0.600915319	1	0.04	1296	53.25
0.6012410153	1	0.04	1297	53.29
0.6013126123	1	0.04	1298	53.33
0.6014796721	1	0.04	1299	53.37
0.6014923068	1	0.04	1300	53.41
0.6015386343	1	0.04	1301	53.45
0.6015540768	1	0.04	1302	53.49
0.601819407	2	0.08	1304	53.57
0.6018334456	1	0.04	1305	53.62
0.601983659	1	0.04	1306	53.66
0.6020131402	1	0.04	1307	53.70
0.6020580638	1	0.04	1308	53.74
0.6022953167	1	0.04	1309	53.78
0.6028035153	1	0.04	1310	53.82
0.6029677673	1	0.04	1311	53.86
0.6030604223	1	0.04	1312	53.90
0.60324854	1	0.04	1313	53.94
0.6034408693	1	0.04	1314	53.99
0.6035026393	1	0.04	1315	54.03
0.6036360063	1	0.04	1316	54.07
0.6039041442	1	0.04	1317	54.11
0.6039308176	1	0.04	1318	54.15
0.6040838387	1	0.04	1319	54.19
0.604615903	1	0.04	1320	54.23
0.6046495957	1	0.04	1321	54.27
0.6047534816	1	0.04	1322	54.31
0.6048405211	1	0.04	1323	54.35
0.604841925	1	0.04	1324	54.40
0.6049149259	1	0.04	1325	54.44
0.6057474169	1	0.04	1326	54.48
0.6060309973	1	0.04	1327	54.52
0.6060590746	1	0.04	1328	54.56
0.6064339061	1	0.04	1329	54.60

0.606506907	1	0.04	1330	54.64
0.6069421047	1	0.04	1331	54.68
0.6069701819	1	0.04	1332	54.72
0.6070867026	1	0.04	1333	54.77
0.6071933962	1	0.04	1334	54.81
0.6072804358	1	0.04	1335	54.85
0.6074138028	1	0.04	1336	54.89
0.6077872305	1	0.04	1337	54.93
0.6079037511	1	0.04	1338	54.97
0.608100292	1	0.04	1339	55.01
0.6081143306	1	0.04	1340	55.05
0.6081452156	1	0.04	1341	55.09
0.6083529874	1	0.04	1342	55.14
0.6084568733	1	0.04	1343	55.18
0.6085158356	1	0.04	1344	55.22
0.608604279	1	0.04	1345	55.26
0.6091995171	1	0.04	1346	55.30
0.6093946541	1	0.04	1347	55.34
0.6094536164	1	0.04	1348	55.38
0.6094704627	1	0.04	1349	55.42
0.6094845013	1	0.04	1350	55.46
0.6098298518	1	0.04	1351	55.51
0.609857929	1	0.04	1352	55.55
0.6100011231	1	0.04	1353	55.59
0.6100769317	1	0.04	1354	55.63
0.610135894	1	0.04	1355	55.67
0.6101681828	1	0.04	1356	55.71
0.6103913971	1	0.04	1357	55.75
0.6108532682	1	0.04	1358	55.79
0.6109697889	1	0.04	1359	55.83
0.6111522911	1	0.04	1360	55.88
0.6111649259	1	0.04	1361	55.92
0.6112828504	1	0.04	1362	55.96
0.6113151393	1	0.04	1363	56.00
0.6113881402	1	0.04	1364	56.04
0.6114934299	1	0.04	1365	56.08
0.6115523922	1	0.04	1366	56.12
0.6117587601	1	0.04	1367	56.16
0.6117924528	1	0.04	1368	56.20
0.6118036837	1	0.04	1369	56.24
0.6118808962	1	0.04	1370	56.29
0.6120423405	1	0.04	1371	56.33
0.6122795934	1	0.04	1372	56.37
0.6124761343	1	0.04	1373	56.41
0.6129787174	1	0.04	1374	56.45
0.6130854111	1	0.04	1375	56.49
0.6134419924	1	0.04	1376	56.53
0.6134433962	1	0.04	1377	56.57
0.6136469564	1	0.04	1378	56.61
0.6136497642	1	0.04	1379	56.66
0.6137676887	1	0.04	1380	56.70
0.6139459793	1	0.04	1381	56.74
0.6139768643	1	0.04	1382	56.78
0.614021788	1	0.04	1383	56.82
0.614319407	1	0.04	1384	56.86
0.6144541779	1	0.04	1385	56.90
0.6148992026	1	0.04	1386	56.94
0.614987646	1	0.04	1387	56.98
0.6150044924	1	0.04	1388	57.03
0.6154200359	1	0.04	1389	57.07
0.6155997305	1	0.04	1390	57.11
0.6156741352	1	0.04	1391	57.15
0.615717655	1	0.04	1392	57.19
0.6160742363	1	0.04	1393	57.23
0.6161654874	1	0.04	1394	57.27
0.6161949686	1	0.04	1395	57.31
0.6162104111	1	0.04	1396	57.35
0.6162834119	1	0.04	1397	57.40
0.6163887017	1	0.04	1398	57.44
0.6164336253	1	0.04	1399	57.48
0.6173068284	1	0.04	1400	57.52

0.6173854447	1	0.04	1401	57.56
0.6175188118	1	0.04	1402	57.60
0.6175651393	1	0.04	1403	57.64
0.617834681	1	0.04	1404	57.68
0.6179343553	1	0.04	1405	57.72
0.6180256065	1	0.04	1406	57.76
0.6181884546	1	0.04	1407	57.81
0.6182193396	1	0.04	1408	57.85
0.6183948226	1	0.04	1409	57.89
0.6187738657	1	0.04	1410	57.93
0.6187991352	1	0.04	1411	57.97
0.6190083109	1	0.04	1412	58.01
0.619202044	1	0.04	1413	58.05
0.6192932951	1	0.04	1414	58.09
0.6193606806	1	0.04	1415	58.13
0.6194266622	1	0.04	1416	58.18
0.6201384209	1	0.04	1417	58.22
0.6201861523	1	0.04	1418	58.26
0.6203040768	2	0.08	1420	58.34
0.6204346361	1	0.04	1421	58.38
0.6204388477	1	0.04	1422	58.42
0.620600292	1	0.04	1423	58.46
0.6211828953	1	0.04	1424	58.50
0.6213443396	1	0.04	1425	58.55
0.6213569744	1	0.04	1426	58.59
0.6215380728	1	0.04	1427	58.63
0.6216419587	1	0.04	1428	58.67
0.6216854784	1	0.04	1429	58.71
0.6217177673	1	0.04	1430	58.75
0.6217318059	1	0.04	1431	58.79
0.6225614892	1	0.04	1432	58.83
0.6230542453	1	0.04	1433	58.87
0.6235147125	1	0.04	1434	58.92
0.6237224843	1	0.04	1435	58.96
0.6238137354	1	0.04	1436	59.00
0.6239485063	1	0.04	1437	59.04
0.6241408356	1	0.04	1438	59.08
0.6242138365	1	0.04	1439	59.12
0.6243050876	1	0.04	1440	59.16
0.6243640499	1	0.04	1441	59.20
0.6245142633	1	0.04	1442	59.24
0.6246518419	1	0.04	1443	59.29
0.62469115	1	0.04	1444	59.33
0.6248273248	1	0.04	1445	59.37
0.624959288	1	0.04	1446	59.41
0.6250350966	1	0.04	1447	59.45
0.6252863881	1	0.04	1448	59.49
0.6253018306	1	0.04	1449	59.53
0.6257805481	1	0.04	1450	59.57
0.6257945867	1	0.04	1451	59.61
0.6261652066	1	0.04	1452	59.65
0.6263266509	1	0.04	1453	59.70
0.6272054695	1	0.04	1454	59.74
0.6272812781	1	0.04	1455	59.78
0.6274174528	1	0.04	1456	59.82
0.6274581649	1	0.04	1457	59.86
0.6275774933	1	0.04	1458	59.90
0.6279972484	1	0.04	1459	59.94
0.6282920597	1	0.04	1460	59.98
0.6283959456	1	0.04	1461	60.02
0.6284001572	1	0.04	1462	60.07
0.628546159	1	0.04	1463	60.11
0.628721642	1	0.04	1464	60.15
0.6289027403	1	0.04	1465	60.19
0.629081031	1	0.04	1466	60.23
0.6290824349	1	0.04	1467	60.27
0.6291385894	1	0.04	1468	60.31
0.6292438792	1	0.04	1469	60.35
0.6295274596	1	0.04	1470	60.39
0.6297815588	1	0.04	1471	60.44
0.6298250786	1	0.04	1472	60.48

0.6298545597	1	0.04	1473	60.52
0.6300651393	1	0.04	1474	60.56
0.630139544	1	0.04	1475	60.60
0.6304062781	1	0.04	1476	60.64
0.630479279	1	0.04	1477	60.68
0.6305256065	1	0.04	1478	60.72
0.6306463387	1	0.04	1479	60.76
0.63100292	1	0.04	1480	60.81
0.6311025943	1	0.04	1481	60.85
0.6311503257	1	0.04	1482	60.89
0.6311643643	1	0.04	1483	60.93
0.6313300202	1	0.04	1484	60.97
0.6313875786	1	0.04	1485	61.01
0.6315223495	1	0.04	1486	61.05
0.6318915656	1	0.04	1487	61.09
0.632206031	1	0.04	1488	61.13
0.6323113208	1	0.04	1489	61.18
0.6324292453	1	0.04	1490	61.22
0.6324446878	1	0.04	1491	61.26
0.6325934973	1	0.04	1492	61.30
0.6326650943	1	0.04	1493	61.34
0.6327423068	1	0.04	1494	61.38
0.632802673	1	0.04	1495	61.42
0.6329514825	1	0.04	1496	61.46
0.6329627134	1	0.04	1497	61.50
0.6331283693	1	0.04	1498	61.54
0.6337699349	1	0.04	1499	61.59
0.6338583783	1	0.04	1500	61.63
0.6338850517	1	0.04	1501	61.67
0.633901898	1	0.04	1502	61.71
0.6340226303	1	0.04	1503	61.75
0.6342781334	1	0.04	1504	61.79
0.634662792	1	0.04	1505	61.83
0.6347231581	1	0.04	1506	61.87
0.6348972372	1	0.04	1507	61.91
0.635269261	1	0.04	1508	61.96
0.6354068396	1	0.04	1509	62.00
0.6354194744	1	0.04	1510	62.04
0.6355668801	1	0.04	1511	62.08
0.6355823226	1	0.04	1512	62.12
0.6356412848	1	0.04	1513	62.16
0.6357493823	1	0.04	1514	62.20
0.6357929021	1	0.04	1515	62.24
0.6359108266	1	0.04	1516	62.28
0.6360596361	1	0.04	1517	62.33
0.63612281	1	0.04	1518	62.37
0.636287062	1	0.04	1519	62.41
0.6363712938	1	0.04	1520	62.45
0.6363741015	1	0.04	1521	62.49
0.6365088724	1	0.04	1522	62.53
0.6365706424	1	0.04	1523	62.57
0.6368640499	1	0.04	1524	62.61
0.6371630728	1	0.04	1525	62.65
0.6372206312	1	0.04	1526	62.70
0.6373539982	1	0.04	1527	62.74
0.6376095013	1	0.04	1528	62.78
0.6376810984	1	0.04	1529	62.82
0.6378607929	1	0.04	1530	62.86
0.6382314128	1	0.04	1531	62.90
0.6383086253	1	0.04	1532	62.94
0.6384714735	1	0.04	1533	62.98
0.6384855121	1	0.04	1534	63.02
0.6386778414	1	0.04	1535	63.06
0.6389193059	1	0.04	1536	63.11
0.6391846361	1	0.04	1537	63.15
0.6392435984	1	0.04	1538	63.19
0.63924781	1	0.04	1539	63.23
0.6392758872	1	0.04	1540	63.27
0.6393348495	1	0.04	1541	63.31
0.639381177	1	0.04	1542	63.35
0.6394373315	1	0.04	1543	63.39

0.6396619497	1	0.04	1544	63.43
0.6397672394	1	0.04	1545	63.48
0.6398430481	1	0.04	1546	63.52
0.6399286837	1	0.04	1547	63.56
0.6400058962	1	0.04	1548	63.60
0.6400353774	1	0.04	1549	63.64
0.6400929358	1	0.04	1550	63.68
0.640182783	1	0.04	1551	63.72
0.6402277066	1	0.04	1552	63.76
0.6402557839	1	0.04	1553	63.80
0.6403344003	1	0.04	1554	63.85
0.6403891509	1	0.04	1555	63.89
0.6405239218	1	0.04	1556	63.93
0.6405365566	1	0.04	1557	63.97
0.6406895777	1	0.04	1558	64.01
0.6406909816	1	0.04	1559	64.05
0.6407022125	2	0.08	1561	64.13
0.6408229447	1	0.04	1562	64.17
0.6408692722	1	0.04	1563	64.22
0.6412539308	1	0.04	1564	64.26
0.6418519766	1	0.04	1565	64.30
0.64187865	1	0.04	1566	64.34
0.6419235737	1	0.04	1567	64.38
0.64224927	1	0.04	1568	64.42
0.6428613544	1	0.04	1569	64.46
0.6429526056	1	0.04	1570	64.50
0.6430087601	1	0.04	1571	64.54
0.6430242026	1	0.04	1572	64.59
0.6431294924	1	0.04	1573	64.63
0.6431561658	1	0.04	1574	64.67
0.6431856469	1	0.04	1575	64.71
0.6431870508	1	0.04	1576	64.75
0.6435015162	1	0.04	1577	64.79
0.6436208446	1	0.04	1578	64.83
0.6437528077	1	0.04	1579	64.87
0.6438988095	1	0.04	1580	64.91
0.6441248315	1	0.04	1581	64.95
0.6441543127	1	0.04	1582	65.00
0.6443199686	1	0.04	1583	65.04
0.6443494497	1	0.04	1584	65.08
0.6446905885	1	0.04	1585	65.12
0.6448099169	1	0.04	1586	65.16
0.6450303235	1	0.04	1587	65.20
0.6450640162	1	0.04	1588	65.24
0.6453883086	1	0.04	1589	65.28
0.6454921945	1	0.04	1590	65.32
0.6455399259	1	0.04	1591	65.37
0.6455665993	1	0.04	1592	65.41
0.6456227538	1	0.04	1593	65.45
0.6462250112	1	0.04	1594	65.49
0.6462530885	1	0.04	1595	65.53
0.6462839735	1	0.04	1596	65.57
0.6462980121	1	0.04	1597	65.61
0.6463274933	1	0.04	1598	65.65
0.6464903414	1	0.04	1599	65.69
0.6465507075	1	0.04	1600	65.74
0.6466686321	1	0.04	1601	65.78
0.6469662511	1	0.04	1602	65.82
0.6470715409	1	0.04	1603	65.86
0.6471192722	1	0.04	1604	65.90
0.6476387017	1	0.04	1605	65.94
0.647964398	1	0.04	1606	65.98
0.6480107255	1	0.04	1607	66.02
0.6481763814	1	0.04	1608	66.06
0.6482170934	1	0.04	1609	66.11
0.6483687107	1	0.04	1610	66.15
0.6484543464	1	0.04	1611	66.19
0.6486200022	1	0.04	1612	66.23
0.6486649259	1	0.04	1613	66.27
0.6486958109	1	0.04	1614	66.31
0.6487519654	1	0.04	1615	66.35

0.6488432165	1	0.04	1616	66.39
0.648889544	1	0.04	1617	66.43
0.6489302561	1	0.04	1618	66.47
0.6490664308	1	0.04	1619	66.52
0.6491422394	1	0.04	1620	66.56
0.6493345687	1	0.04	1621	66.60
0.6497936321	1	0.04	1622	66.64
0.6497978437	1	0.04	1623	66.68
0.6498413634	1	0.04	1624	66.72
0.6499424416	1	0.04	1625	66.76
0.6500182502	2	0.08	1627	66.84
0.6500477314	1	0.04	1628	66.89
0.6503888702	1	0.04	1629	66.93
0.6504506402	1	0.04	1630	66.97
0.6505376797	1	0.04	1631	67.01
0.6505685647	1	0.04	1632	67.05
0.6506864892	1	0.04	1633	67.09
0.6508058176	1	0.04	1634	67.13
0.6508816262	1	0.04	1635	67.17
0.6509082996	1	0.04	1636	67.21
0.651048686	1	0.04	1637	67.26
0.6511638028	1	0.04	1638	67.30
0.6513280548	1	0.04	1639	67.34
0.6513575359	1	0.04	1640	67.38
0.6515203841	2	0.08	1642	67.46
0.651552673	1	0.04	1643	67.50
0.6520426213	1	0.04	1644	67.54
0.6521043913	1	0.04	1645	67.58
0.6521619497	1	0.04	1646	67.63
0.652682783	1	0.04	1647	67.67
0.6527277066	1	0.04	1648	67.71
0.653125	1	0.04	1649	67.75
0.6536360063	1	0.04	1650	67.79
0.6539617026	1	0.04	1651	67.83
0.6539757412	1	0.04	1652	67.87
0.654081031	1	0.04	1653	67.91
0.6542424753	1	0.04	1654	67.95
0.6542888028	1	0.04	1655	68.00
0.6543926887	1	0.04	1656	68.04
0.6544699012	1	0.04	1657	68.08
0.6545864218	1	0.04	1658	68.12
0.6546018643	1	0.04	1659	68.16
0.654913522	1	0.04	1660	68.20
0.6549430031	1	0.04	1661	68.24
0.6550328504	1	0.04	1662	68.28
0.6550791779	1	0.04	1663	68.32
0.6551255054	1	0.04	1664	68.36
0.655139544	1	0.04	1665	68.41
0.6551521788	1	0.04	1666	68.45
0.6551816599	1	0.04	1667	68.49
0.6552265836	1	0.04	1668	68.53
0.6553739892	1	0.04	1669	68.57
0.6554217206	1	0.04	1670	68.61
0.6556870508	1	0.04	1671	68.65
0.655776898	1	0.04	1672	68.69
0.6557923405	1	0.04	1673	68.73
0.6564212713	1	0.04	1674	68.78
0.656599562	1	0.04	1675	68.82
0.656640274	1	0.04	1676	68.86
0.6566557165	1	0.04	1677	68.90
0.6568213724	1	0.04	1678	68.94
0.6568480458	1	0.04	1679	68.98
0.6571316262	1	0.04	1680	69.02
0.6571905885	1	0.04	1681	69.06
0.6572635894	1	0.04	1682	69.10
0.6572649933	1	0.04	1683	69.15
0.657370283	1	0.04	1684	69.19
0.65750365	1	0.04	1685	69.23
0.657802673	1	0.04	1686	69.27
0.6578307502	1	0.04	1687	69.31
0.6580708109	1	0.04	1688	69.35

0.6580988881	1	0.04	1689	69.39
0.6582168127	1	0.04	1690	69.43
0.6583235063	1	0.04	1691	69.47
0.6584273922	1	0.04	1692	69.52
0.6585733394	1	0.04	1693	69.56
0.6587390499	1	0.04	1694	69.60
0.6588134546	1	0.04	1695	69.64
0.6588274933	1	0.04	1696	69.68
0.6589033019	1	0.04	1697	69.72
0.6591391509	1	0.04	1698	69.76
0.6595280211	1	0.04	1699	69.80
0.6596782345	1	0.04	1700	69.84
0.6596894654	1	0.04	1701	69.88
0.659796159	1	0.04	1702	69.93
0.6599281222	1	0.04	1703	69.97
0.6601822215	1	0.04	1704	70.01
0.6604812444	1	0.04	1705	70.05
0.6605851303	1	0.04	1706	70.09
0.6606876123	1	0.04	1707	70.13
0.660865903	1	0.04	1708	70.17
0.6608981918	1	0.04	1709	70.21
0.6609122305	1	0.04	1710	70.25
0.6609852314	1	0.04	1711	70.30
0.6610427898	1	0.04	1712	70.34
0.6610750786	1	0.04	1713	70.38
0.6612814465	1	0.04	1714	70.42
0.6614021788	1	0.04	1715	70.46
0.661565027	1	0.04	1716	70.50
0.6616239892	1	0.04	1717	70.54
0.6620142633	1	0.04	1718	70.58
0.6621321878	1	0.04	1719	70.62
0.66219115	1	0.04	1720	70.67
0.6625912511	1	0.04	1721	70.71
0.662695137	1	0.04	1722	70.75
0.6627105795	1	0.04	1723	70.79
0.6627555031	1	0.04	1724	70.83
0.6628172731	1	0.04	1725	70.87
0.6630081986	1	0.04	1726	70.91
0.6631864892	1	0.04	1727	70.95
0.6635290319	1	0.04	1728	70.99
0.6636497642	1	0.04	1729	71.04
0.6637690925	1	0.04	1730	71.08
0.6643938118	1	0.04	1731	71.12
0.6645903527	1	0.04	1732	71.16
0.6647503931	1	0.04	1733	71.20
0.664925876	1	0.04	1734	71.24
0.6649609726	1	0.04	1735	71.28
0.6651996294	1	0.04	1736	71.32
0.6652880728	1	0.04	1737	71.36
0.6660335243	1	0.04	1738	71.41
0.666046159	1	0.04	1739	71.45
0.6661472372	1	0.04	1740	71.49
0.6662230458	1	0.04	1741	71.53
0.6663872978	1	0.04	1742	71.57
0.6666399933	1	0.04	1743	71.61
0.6666554358	1	0.04	1744	71.65
0.6667579178	1	0.04	1745	71.69
0.6668028414	1	0.04	1746	71.73
0.6668182839	1	0.04	1747	71.77
0.6670709793	1	0.04	1748	71.82
0.6673559636	1	0.04	1749	71.86
0.667577774	1	0.04	1750	71.90
0.6676802561	1	0.04	1751	71.94
0.6678332772	1	0.04	1752	71.98
0.6680831649	1	0.04	1753	72.02
0.6681603774	1	0.04	1754	72.06
0.6682024933	1	0.04	1755	72.10
0.6683105907	1	0.04	1756	72.14
0.6684860737	1	0.04	1757	72.19
0.6687233266	1	0.04	1758	72.23
0.669006907	1	0.04	1759	72.27

0.6694210467	1	0.04	1760	72.31
0.6695122978	1	0.04	1761	72.35
0.6695291442	1	0.04	1762	72.39
0.6696498765	1	0.04	1763	72.43
0.6701229784	1	0.04	1764	72.47
0.6704220013	1	0.04	1765	72.51
0.6704500786	1	0.04	1766	72.56
0.6704950022	1	0.04	1767	72.60
0.6709119497	1	0.04	1768	72.64
0.67111197215	1	0.04	1769	72.68
0.6712713387	1	0.04	1770	72.72
0.67199854	1	0.04	1771	72.76
0.6721305031	1	0.04	1772	72.80
0.6722793127	1	0.04	1773	72.84
0.6728436658	1	0.04	1774	72.88
0.6728464735	1	0.04	1775	72.93
0.6729180705	1	0.04	1776	72.97
0.6730710916	1	0.04	1777	73.01
0.6730823226	1	0.04	1778	73.05
0.6730991689	1	0.04	1779	73.09
0.6732170934	1	0.04	1780	73.13
0.6733364218	1	0.04	1781	73.17
0.6734262691	1	0.04	1782	73.21
0.6736958109	1	0.04	1783	73.25
0.6737379268	1	0.04	1784	73.29
0.6737533693	1	0.04	1785	73.34
0.6738404088	1	0.04	1786	73.38
0.6740495845	1	0.04	1787	73.42
0.6740987197	1	0.04	1788	73.46
0.6744230121	1	0.04	1789	73.50
0.6744693396	1	0.04	1790	73.54
0.6745858603	1	0.04	1791	73.58
0.6750505391	1	0.04	1792	73.62
0.6750645777	1	0.04	1793	73.66
0.6750758086	1	0.04	1794	73.71
0.6753158693	1	0.04	1795	73.75
0.6753916779	1	0.04	1796	73.79
0.6754955638	1	0.04	1797	73.83
0.6755404874	1	0.04	1798	73.87
0.6756134883	1	0.04	1799	73.91
0.6756738544	1	0.04	1800	73.95
0.6757945867	1	0.04	1801	73.99
0.6758647799	1	0.04	1802	74.03
0.6760318396	1	0.04	1803	74.08
0.6765386343	1	0.04	1804	74.12
0.6766256739	1	0.04	1805	74.16
0.6768039645	1	0.04	1806	74.20
0.6768180031	1	0.04	1807	74.24
0.6770117363	1	0.04	1808	74.28
0.6770706986	1	0.04	1809	74.32
0.677107199	1	0.04	1810	74.36
0.6772447776	1	0.04	1811	74.40
0.6773247978	1	0.04	1812	74.45
0.6773374326	1	0.04	1813	74.49
0.6774595687	1	0.04	1814	74.53
0.6775325696	1	0.04	1815	74.57
0.6775480121	3	0.12	1818	74.69
0.6780379605	1	0.04	1819	74.73
0.6781727314	1	0.04	1820	74.77
0.6782190588	1	0.04	1821	74.82
0.678351022	1	0.04	1822	74.86
0.6784857929	1	0.04	1823	74.90
0.6785040431	1	0.04	1824	74.94
0.679276168	1	0.04	1825	74.98
0.6797506739	1	0.04	1826	75.02
0.6798559636	1	0.04	1827	75.06
0.6798854447	1	0.04	1828	75.10
0.6801381402	1	0.04	1829	75.14
0.6802406222	1	0.04	1830	75.18
0.6803459119	1	0.04	1831	75.23
0.6805845687	1	0.04	1832	75.27

0.6806168576	1	0.04	1833	75.31
0.6806996855	1	0.04	1834	75.35
0.6808681491	1	0.04	1835	75.39
0.6816276393	1	0.04	1836	75.43
0.6817722372	1	0.04	1837	75.47
0.6818522574	1	0.04	1838	75.51
0.6818943733	1	0.04	1839	75.55
0.6820712601	1	0.04	1840	75.60
0.6824446878	1	0.04	1841	75.64
0.682771788	1	0.04	1842	75.68
0.6829191936	1	0.04	1843	75.72
0.6829486748	1	0.04	1844	75.76
0.6831129268	1	0.04	1845	75.80
0.6831424079	1	0.04	1846	75.84
0.6850769317	1	0.04	1847	75.88
0.6851218553	1	0.04	1848	75.92
0.6851695867	1	0.04	1849	75.97
0.6855823226	1	0.04	1850	76.01
0.6857044587	1	0.04	1851	76.05
0.68606104	1	0.04	1852	76.09
0.6862238881	1	0.04	1853	76.13
0.6864456986	1	0.04	1854	76.17
0.6865509883	1	0.04	1855	76.21
0.6868177224	1	0.04	1856	76.25
0.686862646	1	0.04	1857	76.29
0.6875477314	1	0.04	1858	76.34
0.687890274	1	0.04	1859	76.38
0.6880096024	1	0.04	1860	76.42
0.6881106806	1	0.04	1861	76.46
0.688127527	1	0.04	1862	76.50
0.6881556042	1	0.04	1863	76.54
0.6883802224	1	0.04	1864	76.58
0.6891411164	1	0.04	1865	76.62
0.689216925	1	0.04	1866	76.66
0.6893938118	1	0.04	1867	76.71
0.6897335467	1	0.04	1868	76.75
0.6898093553	1	0.04	1869	76.79
0.6898444519	1	0.04	1870	76.83
0.6901954178	1	0.04	1871	76.87
0.690285265	1	0.04	1872	76.91
0.6903442273	1	0.04	1873	76.95
0.6905969227	1	0.04	1874	76.99
0.6907162511	1	0.04	1875	77.03
0.6909422731	1	0.04	1876	77.07
0.6912539308	1	0.04	1877	77.12
0.6914897799	1	0.04	1878	77.16
0.691776168	1	0.04	1879	77.20
0.6919951707	1	0.04	1880	77.24
0.6920246518	1	0.04	1881	77.28
0.6921187107	1	0.04	1882	77.32
0.6921608266	1	0.04	1883	77.36
0.6923840409	1	0.04	1884	77.40
0.6923980795	1	0.04	1885	77.44
0.692444407	1	0.04	1886	77.49
0.692608659	1	0.04	1887	77.53
0.6926353324	1	0.04	1888	77.57
0.6928739892	1	0.04	1889	77.61
0.6929933176	1	0.04	1890	77.65
0.6935155548	1	0.04	1891	77.69
0.6936194407	1	0.04	1892	77.73
0.6942610063	1	0.04	1893	77.77
0.6944547394	1	0.04	1894	77.81
0.6944954515	1	0.04	1895	77.86
0.6946161837	1	0.04	1896	77.90
0.695507637	1	0.04	1897	77.94
0.6958796608	1	0.04	1898	77.98
0.6960312781	1	0.04	1899	78.02
0.6962516846	1	0.04	1900	78.06
0.6964033019	1	0.04	1901	78.10
0.6964299753	1	0.04	1902	78.14
0.6968483266	1	0.04	1903	78.18

0.697101022	1	0.04	1904	78.23
0.6974154874	1	0.04	1905	78.27
0.6976513365	1	0.04	1906	78.31
0.6982044587	1	0.04	1907	78.35
0.6982297282	1	0.04	1908	78.39
0.6984136343	1	0.04	1909	78.43
0.6984262691	1	0.04	1910	78.47
0.6986185984	1	0.04	1911	78.51
0.6986789645	1	0.04	1912	78.55
0.6987828504	1	0.04	1913	78.59
0.6989190252	1	0.04	1914	78.64
0.6991857592	1	0.04	1915	78.68
0.6991871631	1	0.04	1916	78.72
0.6993640499	1	0.04	1917	78.76
0.6993780885	1	0.04	1918	78.80
0.6993794924	1	0.04	1919	78.84
0.6997037848	1	0.04	1920	78.88
0.6997515162	1	0.04	1921	78.92
0.7000491352	1	0.04	1922	78.96
0.7006738544	1	0.04	1923	79.01
0.7007931828	1	0.04	1924	79.05
0.7008352987	1	0.04	1925	79.09
0.7008507412	1	0.04	1926	79.13
0.7009981469	1	0.04	1927	79.17
0.7011918801	1	0.04	1928	79.21
0.7011932839	1	0.04	1929	79.25
0.7014459793	1	0.04	1930	79.29
0.7019204852	1	0.04	1931	79.33
0.7021619497	1	0.04	1932	79.38
0.7022489892	1	0.04	1933	79.42
0.7027248989	1	0.04	1934	79.46
0.7028610737	1	0.04	1935	79.50
0.7029354784	1	0.04	1936	79.54
0.7031727314	1	0.04	1937	79.58
0.7036626797	1	0.04	1938	79.62
0.7037834119	1	0.04	1939	79.66
0.7038578167	1	0.04	1940	79.70
0.7042158019	1	0.04	1941	79.75
0.704347765	1	0.04	1942	79.79
0.7050202156	1	0.04	1943	79.83
0.7052406222	1	0.04	1944	79.87
0.7053304695	1	0.04	1945	79.91
0.7055227987	1	0.04	1946	79.95
0.7057179358	1	0.04	1947	79.99
0.7057600517	1	0.04	1948	80.03
0.7059257075	1	0.04	1949	80.07
0.7062822889	1	0.04	1950	80.12
0.7068915656	1	0.04	1951	80.16
0.7069842206	1	0.04	1952	80.20
0.7073253594	1	0.04	1953	80.24
0.707370283	1	0.04	1954	80.28
0.7073983603	1	0.04	1955	80.32
0.7076229784	1	0.04	1956	80.36
0.7079795597	1	0.04	1957	80.40
0.7082476977	1	0.04	1958	80.44
0.7084695081	1	0.04	1959	80.48
0.7085298742	1	0.04	1960	80.53
0.7085888365	1	0.04	1961	80.57
0.708666049	1	0.04	1962	80.61
0.7087980121	1	0.04	1963	80.65
0.7090493037	1	0.04	1964	80.69
0.7091981132	1	0.04	1965	80.73
0.7092135557	1	0.04	1966	80.77
0.7093174416	1	0.04	1967	80.81
0.7094508086	1	0.04	1968	80.85
0.7095125786	1	0.04	1969	80.90
0.709601022	1	0.04	1970	80.94
0.7096613881	1	0.04	1971	80.98
0.7098677561	1	0.04	1972	81.02
0.7098705638	2	0.08	1974	81.10
0.7099435647	1	0.04	1975	81.14

0.7102439915	1	0.04	1976	81.18
0.7107465746	1	0.04	1977	81.22
0.7108504605	1	0.04	1978	81.27
0.7108799416	1	0.04	1979	81.31
0.7110736748	1	0.04	1980	81.35
0.7118500112	1	0.04	1981	81.39
0.7119089735	1	0.04	1982	81.43
0.7119693396	1	0.04	1983	81.47
0.7120563792	1	0.04	1984	81.51
0.7122922282	1	0.04	1985	81.55
0.712428403	1	0.04	1986	81.59
0.712530885	1	0.04	1987	81.64
0.7126516173	1	0.04	1988	81.68
0.7126810984	1	0.04	1989	81.72
0.7131106806	1	0.04	1990	81.76
0.7135571092	1	0.04	1991	81.80
0.7136778414	1	0.04	1992	81.84
0.7137087264	1	0.04	1993	81.88
0.7138420934	1	0.04	1994	81.92
0.7147040656	1	0.04	1995	81.96
0.7148079515	1	0.04	1996	82.00
0.7152712264	1	0.04	1997	82.05
0.7154340746	1	0.04	1998	82.09
0.7155674416	1	0.04	1999	82.13
0.715584288	1	0.04	2000	82.17
0.7156741352	1	0.04	2001	82.21
0.7157457323	1	0.04	2002	82.25
0.7158496181	1	0.04	2003	82.29
0.7159549079	1	0.04	2004	82.33
0.716046159	1	0.04	2005	82.37
0.7165206649	1	0.04	2006	82.42
0.7166849169	1	0.04	2007	82.46
0.7168618037	1	0.04	2008	82.50
0.717218385	1	0.04	2009	82.54
0.7175454852	1	0.04	2010	82.58
0.7179512017	1	0.04	2011	82.62
0.7179624326	1	0.04	2012	82.66
0.7180396451	1	0.04	2013	82.70
0.7181730121	1	0.04	2014	82.74
0.7183807839	1	0.04	2015	82.79
0.7184537848	1	0.04	2016	82.83
0.7184579964	1	0.04	2017	82.87
0.7188244048	1	0.04	2018	82.91
0.7189942722	1	0.04	2019	82.95
0.7191978324	1	0.04	2020	82.99
0.7198239555	1	0.04	2021	83.03
0.7199587264	1	0.04	2022	83.07
0.7201679021	1	0.04	2023	83.11
0.7204486748	1	0.04	2024	83.16
0.72049781	1	0.04	2025	83.20
0.720610119	1	0.04	2026	83.24
0.7207491015	1	0.04	2027	83.28
0.7210762017	1	0.04	2028	83.32
0.7211477987	1	0.04	2029	83.36
0.7211941262	1	0.04	2030	83.40
0.7212095687	1	0.04	2031	83.44
0.7219522125	1	0.04	2032	83.48
0.721967655	1	0.04	2033	83.53
0.7223677561	1	0.04	2034	83.57
0.7225165656	1	0.04	2035	83.61
0.7227425876	1	0.04	2036	83.65
0.7228141846	1	0.04	2037	83.69
0.7228885894	1	0.04	2038	83.73
0.723097765	1	0.04	2039	83.77
0.7231132075	1	0.04	2040	83.81
0.7237814465	1	0.04	2041	83.85
0.7238109277	1	0.04	2042	83.89
0.7238881402	1	0.04	2043	83.94
0.7240804695	1	0.04	2044	83.98
0.7241969901	1	0.04	2045	84.02
0.7243766846	1	0.04	2046	84.06

0.7248245171	1	0.04	2047	84.10
0.7252414645	1	0.04	2048	84.14
0.7252695418	1	0.04	2049	84.18
0.7254197552	1	0.04	2050	84.22
0.7257454515	1	0.04	2051	84.26
0.7258212601	1	0.04	2052	84.31
0.7261343217	1	0.04	2053	84.35
0.7262368037	1	0.04	2054	84.39
0.7262704964	1	0.04	2055	84.43
0.7265203841	1	0.04	2056	84.47
0.7266088275	1	0.04	2057	84.51
0.7275760894	1	0.04	2058	84.55
0.7276659367	1	0.04	2059	84.59
0.7276673405	1	0.04	2060	84.63
0.7278007075	1	0.04	2061	84.68
0.7281404425	1	0.04	2062	84.72
0.7282780211	1	0.04	2063	84.76
0.7286331986	1	0.04	2064	84.80
0.7287834119	1	0.04	2065	84.84
0.728885894	1	0.04	2066	84.88
0.7289308176	1	0.04	2067	84.92
0.7289743374	2	0.08	2069	85.00
0.7292747642	1	0.04	2070	85.05
0.7295414982	1	0.04	2071	85.09
0.7296018643	1	0.04	2072	85.13
0.7296032682	1	0.04	2073	85.17
0.7302574686	1	0.04	2074	85.21
0.7303739892	1	0.04	2075	85.25
0.7303908356	1	0.04	2076	85.29
0.7304778751	1	0.04	2077	85.33
0.7305677224	1	0.04	2078	85.37
0.7311208446	1	0.04	2079	85.41
0.7317596024	1	0.04	2080	85.46
0.7325752471	1	0.04	2081	85.50
0.7325766509	1	0.04	2082	85.54
0.7325780548	1	0.04	2083	85.58
0.7333529874	1	0.04	2084	85.62
0.733409142	1	0.04	2085	85.66
0.733768531	1	0.04	2086	85.70
0.7341700359	1	0.04	2087	85.74
0.7346024259	1	0.04	2088	85.78
0.7346740229	1	0.04	2089	85.83
0.7349856806	1	0.04	2090	85.87
0.7349884883	1	0.04	2091	85.91
0.7351218553	1	0.04	2092	85.95
0.7352552224	1	0.04	2093	85.99
0.7352987421	1	0.04	2094	86.03
0.7356848046	1	0.04	2095	86.07
0.736030155	1	0.04	2096	86.11
0.7360582323	1	0.04	2097	86.15
0.7360596361	1	0.04	2098	86.20
0.7366829515	1	0.04	2099	86.24
0.7367727987	1	0.04	2100	86.28
0.7368022799	1	0.04	2101	86.32
0.736893531	1	0.04	2102	86.36
0.7372655548	1	0.04	2103	86.40
0.7373104784	1	0.04	2104	86.44
0.7373539982	1	0.04	2105	86.48
0.7375772125	1	0.04	2106	86.52
0.737726022	1	0.04	2107	86.57
0.737890274	1	0.04	2108	86.61
0.7387368037	1	0.04	2109	86.65
0.7388870171	1	0.04	2110	86.69
0.7390793464	1	0.04	2111	86.73
0.7391691936	1	0.04	2112	86.77
0.7396142183	1	0.04	2113	86.81
0.740151898	1	0.04	2114	86.85
0.7402108603	1	0.04	2115	86.89
0.7405084793	1	0.04	2116	86.94
0.7406418464	1	0.04	2117	86.98
0.7406699236	1	0.04	2118	87.02

0.7407022125	1	0.04	2119	87.06
0.7409394654	1	0.04	2120	87.10
0.7417579178	1	0.04	2121	87.14
0.7420400943	1	0.04	2122	87.18
0.7426353324	1	0.04	2123	87.22
0.7429343553	1	0.04	2124	87.26
0.7439156559	1	0.04	2125	87.30
0.7440630615	1	0.04	2126	87.35
0.744377527	1	0.04	2127	87.39
0.7445698562	1	0.04	2128	87.43
0.7445712601	1	0.04	2129	87.47
0.7446147799	1	0.04	2130	87.51
0.7449853998	1	0.04	2131	87.55
0.7455371181	1	0.04	2132	87.59
0.7461632412	1	0.04	2133	87.63
0.7464594564	1	0.04	2134	87.67
0.746577381	1	0.04	2135	87.72
0.7470841757	1	0.04	2136	87.76
0.7474730458	1	0.04	2137	87.80
0.7476513365	1	0.04	2138	87.84
0.7477552224	1	0.04	2139	87.88
0.7480991689	1	0.04	2140	87.92
0.7487674079	1	0.04	2141	87.96
0.7488263702	1	0.04	2142	88.00
0.7490804695	1	0.04	2143	88.04
0.7491534704	1	0.04	2144	88.09
0.7494510894	1	0.04	2145	88.13
0.749465128	1	0.04	2146	88.17
0.7505081986	1	0.04	2147	88.21
0.7506864892	1	0.04	2148	88.25
0.7507454515	1	0.04	2149	88.29
0.7508970687	1	0.04	2150	88.33
0.7509391846	1	0.04	2151	88.37
0.7517141173	1	0.04	2152	88.41
0.7518755615	1	0.04	2153	88.46
0.7520706986	1	0.04	2154	88.50
0.7521015836	1	0.04	2155	88.54
0.7524118374	1	0.04	2156	88.58
0.7527866689	1	0.04	2157	88.62
0.7535279088	1	0.04	2158	88.66
0.754019261	1	0.04	2159	88.70
0.7542003594	1	0.04	2160	88.74
0.7544656896	1	0.04	2161	88.78
0.7545120171	1	0.04	2162	88.82
0.7546734614	1	0.04	2163	88.87
0.7547057502	1	0.04	2164	88.91
0.7551507749	1	0.04	2165	88.95
0.7553290656	1	0.04	2166	88.99
0.7556870508	1	0.04	2167	89.03
0.7565055031	1	0.04	2168	89.07
0.7565181379	1	0.04	2169	89.11
0.7568340072	1	0.04	2170	89.15
0.7569364892	1	0.04	2171	89.19
0.7576257862	1	0.04	2172	89.24
0.7580680031	1	0.04	2173	89.28
0.758171889	1	0.04	2174	89.32
0.759097035	1	0.04	2175	89.36
0.7592430368	1	0.04	2176	89.40
0.7595097709	1	0.04	2177	89.44
0.7596164645	1	0.04	2178	89.48
0.7596290993	1	0.04	2179	89.52
0.7598537174	1	0.04	2180	89.56
0.760105009	1	0.04	2181	89.61
0.7601653751	1	0.04	2182	89.65
0.7608055368	1	0.04	2183	89.69
0.7610006739	1	0.04	2184	89.73
0.7610287511	1	0.04	2185	89.77
0.7611775606	1	0.04	2186	89.81
0.7612547731	1	0.04	2187	89.85
0.7613558513	1	0.04	2188	89.89
0.7614302561	1	0.04	2189	89.93

0.7620100517	1	0.04	2190	89.98
0.7622627471	1	0.04	2191	90.02
0.7623848832	1	0.04	2192	90.06
0.762859389	1	0.04	2193	90.10
0.7629043127	1	0.04	2194	90.14
0.7631429695	1	0.04	2195	90.18
0.7633647799	1	0.04	2196	90.22
0.7635613208	1	0.04	2197	90.26
0.7637957659	1	0.04	2198	90.30
0.7639150943	1	0.04	2199	90.35
0.7643924079	1	0.04	2200	90.39
0.7645847372	1	0.04	2201	90.43
0.764925876	1	0.04	2202	90.47
0.7658805031	1	0.04	2203	90.51
0.7661921608	1	0.04	2204	90.55
0.7662244497	1	0.04	2205	90.59
0.766714398	1	0.04	2206	90.63
0.7669362084	1	0.04	2207	90.67
0.7669825359	1	0.04	2208	90.71
0.7671875	1	0.04	2209	90.76
0.7678431042	1	0.04	2210	90.80
0.7684846698	1	0.04	2211	90.84
0.7687556155	1	0.04	2212	90.88
0.7689296945	1	0.04	2213	90.92
0.7693017183	1	0.04	2214	90.96
0.7693340072	1	0.04	2215	91.00
0.7696582996	1	0.04	2216	91.04
0.7700162848	1	0.04	2217	91.08
0.7701636905	1	0.04	2218	91.13
0.7704037511	1	0.04	2219	91.17
0.7708810647	1	0.04	2220	91.21
0.7710579515	1	0.04	2221	91.25
0.7715493037	1	0.04	2222	91.29
0.772471642	1	0.04	2223	91.33
0.7728871855	1	0.04	2224	91.37
0.7735006739	1	0.04	2225	91.41
0.7735582323	1	0.04	2226	91.45
0.7736200022	1	0.04	2227	91.50
0.7753130615	1	0.04	2228	91.54
0.7753607929	1	0.04	2229	91.58
0.7770103324	1	0.04	2230	91.62
0.777292509	1	0.04	2231	91.66
0.777651898	1	0.04	2232	91.70
0.7780969227	1	0.04	2233	91.74
0.7782316936	1	0.04	2234	91.78
0.7783355795	1	0.04	2235	91.82
0.7783636568	1	0.04	2236	91.87
0.7792593217	1	0.04	2237	91.91
0.7804034704	1	0.04	2238	91.95
0.7812205189	1	0.04	2239	91.99
0.7816248315	1	0.04	2240	92.03
0.7816978324	1	0.04	2241	92.07
0.7821905885	1	0.04	2242	92.11
0.7825766509	1	0.04	2243	92.15
0.7829023473	1	0.04	2244	92.19
0.7830680031	1	0.04	2245	92.24
0.7835888365	1	0.04	2246	92.28
0.7837966083	1	0.04	2247	92.32
0.7838246855	1	0.04	2248	92.36
0.7838569744	1	0.04	2249	92.40
0.7840226303	1	0.04	2250	92.44
0.7846894654	1	0.04	2251	92.48
0.7849870845	1	0.04	2252	92.52
0.7860287511	1	0.04	2253	92.56
0.7867868374	1	0.04	2254	92.60
0.7868472035	1	0.04	2255	92.65
0.7869230121	1	0.04	2256	92.69
0.7874578841	1	0.04	2257	92.73
0.7883802224	1	0.04	2258	92.77
0.7884391846	1	0.04	2259	92.81
0.7889459793	1	0.04	2260	92.85

0.7897489892	1	0.04	2261	92.89
0.7898977987	1	0.04	2262	92.93
0.7899553571	1	0.04	2263	92.97
0.7902248989	1	0.04	2264	93.02
0.790553403	1	0.04	2265	93.06
0.7907008086	1	0.04	2266	93.10
0.7911037174	1	0.04	2267	93.14
0.7911472372	1	0.04	2268	93.18
0.791416779	1	0.04	2269	93.22
0.7916666667	1	0.04	2270	93.26
0.7920386905	1	0.04	2271	93.30
0.7923377134	1	0.04	2272	93.34
0.7926198899	1	0.04	2273	93.39
0.794480009	1	0.04	2274	93.43
0.7945263365	1	0.04	2275	93.47
0.7949123989	1	0.04	2276	93.51
0.7954486748	1	0.04	2277	93.55
0.7957448899	1	0.04	2278	93.59
0.7964454178	1	0.04	2279	93.63
0.7967135557	1	0.04	2280	93.67
0.796875	1	0.04	2281	93.71
0.7974112758	1	0.04	2282	93.76
0.7976218553	1	0.04	2283	93.80
0.7990046608	1	0.04	2284	93.84
0.7996588612	1	0.04	2285	93.88
0.8	1	0.04	2286	93.92
0.8006710467	1	0.04	2287	93.96
0.8009237421	1	0.04	2288	94.00
0.8013729784	1	0.04	2289	94.04
0.8015807502	1	0.04	2290	94.08
0.8016972709	1	0.04	2291	94.12
0.801921889	1	0.04	2292	94.17
0.8020257749	1	0.04	2293	94.21
0.8020861411	1	0.04	2294	94.25
0.8031109614	1	0.04	2295	94.29
0.8034394654	1	0.04	2296	94.33
0.8036472372	1	0.04	2297	94.37
0.8043182839	1	0.04	2298	94.41
0.8056407233	1	0.04	2299	94.45
0.8058204178	1	0.04	2300	94.49
0.806445137	1	0.04	2301	94.54
0.8065349843	1	0.04	2302	94.58
0.8068761231	1	0.04	2303	94.62
0.8074138028	1	0.04	2304	94.66
0.8078602314	1	0.04	2305	94.70
0.8078911164	1	0.04	2306	94.74
0.8080974843	1	0.04	2307	94.78
0.8084975854	1	0.04	2308	94.82
0.8094662511	1	0.04	2309	94.86
0.8096585804	1	0.04	2310	94.91
0.8096880615	1	0.04	2311	94.95
0.8108490566	1	0.04	2312	94.99
0.8122922282	1	0.04	2313	95.03
0.8130671608	1	0.04	2314	95.07
0.8131878931	1	0.04	2315	95.11
0.813230009	1	0.04	2316	95.15
0.8132749326	1	0.04	2317	95.19
0.813527628	1	0.04	2318	95.23
0.814257637	1	0.04	2319	95.28
0.8151490903	1	0.04	2320	95.32
0.815625	1	0.04	2321	95.36
0.8160573899	1	0.04	2322	95.40
0.8161486411	1	0.04	2323	95.44
0.8168758423	1	0.04	2324	95.48
0.8179919137	1	0.04	2325	95.52
0.8181702044	1	0.04	2326	95.56
0.8184243037	2	0.08	2328	95.65
0.8185295934	1	0.04	2329	95.69
0.8187359614	1	0.04	2330	95.73
0.8190939465	1	0.04	2331	95.77
0.819901168	1	0.04	2332	95.81

0.8201356132	1	0.04	2333	95.85
0.8203574236	1	0.04	2334	95.89
0.8205371181	1	0.04	2335	95.93
0.8205820418	1	0.04	2336	95.97
0.8207154088	1	0.04	2337	96.01
0.8215198226	1	0.04	2338	96.06
0.8216981132	1	0.04	2339	96.10
0.8217865566	1	0.04	2340	96.14
0.8218174416	1	0.04	2341	96.18
0.8231440925	1	0.04	2342	96.22
0.8238109277	1	0.04	2343	96.26
0.8241099506	1	0.04	2344	96.30
0.8241969901	1	0.04	2345	96.34
0.8256710467	1	0.04	2346	96.38
0.8257594901	1	0.04	2347	96.43
0.825822664	1	0.04	2348	96.47
0.8258367026	1	0.04	2349	96.51
0.8259700696	1	0.04	2350	96.55
0.8265035377	1	0.04	2351	96.59
0.8265625	1	0.04	2352	96.63
0.8272321429	1	0.04	2353	96.67
0.8278891509	1	0.04	2354	96.71
0.8280997305	1	0.04	2355	96.75
0.8299430031	1	0.04	2356	96.80
0.830016004	1	0.04	2357	96.84
0.8309243037	1	0.04	2358	96.88
0.8318761231	1	0.04	2359	96.92
0.8329613095	1	0.04	2360	96.96
0.8347933513	1	0.04	2361	97.00
0.8354629942	1	0.04	2362	97.04
0.8359094227	1	0.04	2363	97.08
0.8362210804	1	0.04	2364	97.12
0.8365201033	1	0.04	2365	97.17
0.8370704178	1	0.04	2366	97.21
0.8377414645	1	0.04	2367	97.25
0.8379478324	1	0.04	2368	97.29
0.8388547282	1	0.04	2369	97.33
0.8395735063	1	0.04	2370	97.37
0.8408650606	1	0.04	2371	97.41
0.8412806042	1	0.04	2372	97.45
0.8432446092	1	0.04	2373	97.49
0.8442708333	1	0.04	2374	97.53
0.8455216757	1	0.04	2375	97.58
0.845641004	1	0.04	2376	97.62
0.8472063118	1	0.04	2377	97.66
0.8477397799	1	0.04	2378	97.70
0.8477678571	1	0.04	2379	97.74
0.8482142857	1	0.04	2380	97.78
0.8482451707	1	0.04	2381	97.82
0.8485863095	1	0.04	2382	97.86
0.8499410377	1	0.04	2383	97.90
0.8506710467	1	0.04	2384	97.95
0.8512957659	1	0.04	2385	97.99
0.851460018	1	0.04	2386	98.03
0.8518011568	1	0.04	2387	98.07
0.851860119	1	0.04	2388	98.11
0.8523374326	1	0.04	2389	98.15
0.8537511231	1	0.04	2390	98.19
0.8541371855	1	0.04	2391	98.23
0.8542579178	1	0.04	2392	98.27
0.8554189128	1	0.04	2393	98.32
0.8562654425	1	0.04	2394	98.36
0.8563552898	1	0.04	2395	98.40
0.8564156559	1	0.04	2396	98.44
0.8565040993	1	0.04	2397	98.48
0.856846642	1	0.04	2398	98.52
0.8570684524	1	0.04	2399	98.56
0.8571737421	1	0.04	2400	98.60
0.8602102987	1	0.04	2401	98.64
0.861266004	1	0.04	2402	98.69
0.8623961141	1	0.04	2403	98.73

0.8647335467	1	0.04	2404	98.77
0.8677981806	1	0.04	2405	98.81
0.8700752471	1	0.04	2406	98.85
0.8700892857	1	0.04	2407	98.89
0.8702689802	1	0.04	2408	98.93
0.8707743711	1	0.04	2409	98.97
0.8722624663	1	0.04	2410	99.01
0.8748385557	1	0.04	2411	99.06
0.8765793464	1	0.04	2412	99.10
0.8796875	1	0.04	2413	99.14
0.8807909367	1	0.04	2414	99.18
0.8816851977	1	0.04	2415	99.22
0.8847175427	1	0.04	2416	99.26
0.8850011231	1	0.04	2417	99.30
0.8865327381	1	0.04	2418	99.34
0.8872332659	1	0.04	2419	99.38
0.8933344564	1	0.04	2420	99.42
0.8960439128	1	0.04	2421	99.47
0.8967261905	1	0.04	2422	99.51
0.8995535714	1	0.04	2423	99.55
0.8997922282	1	0.04	2424	99.59
0.9010416667	1	0.04	2425	99.63
0.9058035714	1	0.04	2426	99.67
0.9108785377	1	0.04	2427	99.71
0.9121883423	1	0.04	2428	99.75
0.922769261	1	0.04	2429	99.79
0.9229910714	1	0.04	2430	99.84
0.9354924753	1	0.04	2431	99.88
0.938230009	1	0.04	2432	99.92
0.9541666667	1	0.04	2433	99.96
0.9947916667	1	0.04	2434	100.00

Indicador III- Indicador de Eficácia da Capacidade Instalada

ind3pad	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0.0833333333	2	0.08	2	0.08
0.1666666667	7	0.29	9	0.37
0.2083333333	11	0.45	20	0.82
0.25	98	4.03	118	4.85
0.2916666667	10	0.41	128	5.26
0.3333333333	112	4.60	240	9.86
0.375	140	5.75	380	15.61
0.4166666667	22	0.90	402	16.52
0.4583333333	12	0.49	414	17.01
0.5	454	18.65	868	35.66
0.5416666667	36	1.48	904	37.14
0.5833333333	25	1.03	929	38.17
0.625	604	24.82	1533	62.98
0.6666666667	35	1.44	1568	64.42
0.7083333333	3	0.12	1571	64.54
0.75	458	18.82	2029	83.36
0.7916666667	8	0.33	2037	83.69
0.8333333333	1	0.04	2038	83.73
0.875	263	10.81	2301	94.54
0.9166666667	5	0.21	2306	94.74
1	128	5.26	2434	100.00

Indicador IV- Indicador de Eficácia do Financiamento e dos Gastos

ind4pad	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	60	2.47	60	2.47
0.0416666667	3	0.12	63	2.59
0.0833333333	54	2.22	117	4.81
0.125	27	1.11	144	5.92
0.1666666667	187	7.68	331	13.60
0.2083333333	37	1.52	368	15.12
0.25	156	6.41	524	21.53
0.2916666667	70	2.88	594	24.40
0.3333333333	378	15.53	972	39.93
0.375	78	3.20	1050	43.14
0.4166666667	233	9.57	1283	52.71
0.4583333333	99	4.07	1382	56.78
0.5	234	9.61	1616	66.39
0.5416666667	72	2.96	1688	69.35
0.5833333333	202	8.30	1890	77.65
0.625	74	3.04	1964	80.69
0.6666666667	157	6.45	2121	87.14
0.7083333333	41	1.68	2162	88.82
0.75	102	4.19	2264	93.02
0.7916666667	29	1.19	2293	94.21
0.8333333333	79	3.25	2372	97.45
0.875	9	0.37	2381	97.82
0.9166666667	26	1.07	2407	98.89
0.9583333333	5	0.21	2412	99.10
1	22	0.90	2434	100.00

V - Indicador Efetividade Social

ind6pad	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0.0784313725	1	0.04	1	0.04
0.1274509804	1	0.04	2	0.08
0.1299019608	1	0.04	3	0.12
0.1495098039	1	0.04	4	0.16
0.1593137255	2	0.08	6	0.25
0.1887254902	1	0.04	7	0.29
0.1911764706	2	0.08	9	0.37
0.2009803922	4	0.16	13	0.53
0.2107843137	2	0.08	15	0.62
0.2132352941	1	0.04	16	0.66
0.2156862745	1	0.04	17	0.70
0.2205882353	2	0.08	19	0.78
0.2230392157	1	0.04	20	0.82
0.2303921569	2	0.08	22	0.90
0.2352941176	2	0.08	24	0.99
0.2401960784	1	0.04	25	1.03
0.2426470588	14	0.58	39	1.60
0.2450980392	1	0.04	40	1.64
0.2524509804	4	0.16	44	1.81
0.2549019608	1	0.04	45	1.85
0.2598039216	2	0.08	47	1.93
0.262254902	3	0.12	50	2.05
0.2647058824	1	0.04	51	2.10
0.2671568627	1	0.04	52	2.14
0.2720588235	3	0.12	55	2.26
0.2745098039	2	0.08	57	2.34
0.2794117647	1	0.04	58	2.38
0.2818627451	1	0.04	59	2.42
0.2843137255	185	7.60	244	10.02
0.2916666667	1	0.04	245	10.07
0.2941176471	13	0.53	258	10.60
0.2965686275	1	0.04	259	10.64
0.2990196078	3	0.12	262	10.76
0.3014705882	2	0.08	264	10.85
0.3039215686	15	0.62	279	11.46
0.306372549	2	0.08	281	11.54
0.3112745098	2	0.08	283	11.63
0.3137254902	13	0.53	296	12.16
0.318627451	1	0.04	297	12.20
0.3235294118	16	0.66	313	12.86
0.3259803922	31	1.27	344	14.13
0.3308823529	1	0.04	345	14.17
0.3333333333	5	0.21	350	14.38
0.3357843137	6	0.25	356	14.63
0.3406862745	3	0.12	359	14.75
0.3431372549	16	0.66	375	15.41
0.3455882353	4	0.16	379	15.57
0.3480392157	1	0.04	380	15.61
0.3529411765	9	0.37	389	15.98
0.3553921569	4	0.16	393	16.15
0.3578431373	1	0.04	394	16.19
0.3602941176	4	0.16	398	16.35
0.362745098	13	0.53	411	16.89
0.3651960784	3	0.12	414	17.01
0.3676470588	52	2.14	466	19.15
0.3700980392	1	0.04	467	19.19
0.3725490196	12	0.49	479	19.68
0.375	3	0.12	482	19.80
0.3774509804	12	0.49	494	20.30
0.3823529412	12	0.49	506	20.79
0.3848039216	9	0.37	515	21.16
0.387254902	11	0.45	526	21.61
0.3897058824	4	0.16	530	21.77
0.3921568627	9	0.37	539	22.14
0.3946078431	5	0.21	544	22.35
0.3970588235	11	0.45	555	22.80

0.3995098039	2	0.08	557	22.88
0.4019607843	15	0.62	572	23.50
0.4044117647	6	0.25	578	23.75
0.4068627451	12	0.49	590	24.24
0.4093137255	27	1.11	617	25.35
0.4117647059	7	0.29	624	25.64
0.4142156863	11	0.45	635	26.09
0.4166666667	12	0.49	647	26.58
0.4191176471	2	0.08	649	26.66
0.4215686275	7	0.29	656	26.95
0.4240196078	6	0.25	662	27.20
0.4264705882	11	0.45	673	27.65
0.4289215686	8	0.33	681	27.98
0.431372549	8	0.33	689	28.31
0.4338235294	5	0.21	694	28.51
0.4362745098	10	0.41	704	28.92
0.4387254902	2	0.08	706	29.01
0.4411764706	7	0.29	713	29.29
0.443627451	9	0.37	722	29.66
0.4460784314	17	0.70	739	30.36
0.4485294118	3	0.12	742	30.48
0.4509803922	57	2.34	799	32.83
0.4534313725	5	0.21	804	33.03
0.4558823529	9	0.37	813	33.40
0.4583333333	8	0.33	821	33.73
0.4607843137	10	0.41	831	34.14
0.4632352941	9	0.37	840	34.51
0.4656862745	8	0.33	848	34.84
0.4681372549	11	0.45	859	35.29
0.4705882353	13	0.53	872	35.83
0.4730392157	4	0.16	876	35.99
0.4754901961	7	0.29	883	36.28
0.4779411765	5	0.21	888	36.48
0.4803921569	16	0.66	904	37.14
0.4828431373	4	0.16	908	37.30
0.4852941176	12	0.49	920	37.80
0.487745098	10	0.41	930	38.21
0.4901960784	19	0.78	949	38.99
0.4926470588	11	0.45	960	39.44
0.4950980392	5	0.21	965	39.65
0.4975490196	9	0.37	974	40.02
0.5	18	0.74	992	40.76
0.5024509804	2	0.08	994	40.84
0.5049019608	9	0.37	1003	41.21
0.5073529412	11	0.45	1014	41.66
0.5098039216	20	0.82	1034	42.48
0.512254902	3	0.12	1037	42.60
0.5147058824	8	0.33	1045	42.93
0.5171568627	10	0.41	1055	43.34
0.5196078431	6	0.25	1061	43.59
0.5220588235	9	0.37	1070	43.96
0.5245098039	8	0.33	1078	44.29
0.5269607843	9	0.37	1087	44.66
0.5294117647	13	0.53	1100	45.19
0.5318627451	8	0.33	1108	45.52
0.5343137255	28	1.15	1136	46.67
0.5367647059	5	0.21	1141	46.88
0.5392156863	16	0.66	1157	47.53
0.5416666667	4	0.16	1161	47.70
0.5441176471	9	0.37	1170	48.07
0.5465686275	6	0.25	1176	48.32
0.5490196078	17	0.70	1193	49.01
0.5514705882	8	0.33	1201	49.34
0.5539215686	14	0.58	1215	49.92
0.556372549	3	0.12	1218	50.04
0.5588235294	15	0.62	1233	50.66
0.5612745098	5	0.21	1238	50.86
0.5637254902	10	0.41	1248	51.27
0.5661764706	4	0.16	1252	51.44
0.568627451	15	0.62	1267	52.05
0.5710784314	4	0.16	1271	52.22

0.5735294118	3	0.12	1274	52.34
0.5759803922	3	0.12	1277	52.47
0.5784313725	15	0.62	1292	53.08
0.5808823529	2	0.08	1294	53.16
0.5833333333	13	0.53	1307	53.70
0.5857843137	7	0.29	1314	53.99
0.5882352941	15	0.62	1329	54.60
0.5906862745	10	0.41	1339	55.01
0.5931372549	15	0.62	1354	55.63
0.5955882353	4	0.16	1358	55.79
0.5980392157	10	0.41	1368	56.20
0.6004901961	2	0.08	1370	56.29
0.6029411765	7	0.29	1377	56.57
0.6053921569	9	0.37	1386	56.94
0.6078431373	17	0.70	1403	57.64
0.6102941176	5	0.21	1408	57.85
0.612745098	11	0.45	1419	58.30
0.6151960784	4	0.16	1423	58.46
0.6176470588	30	1.23	1453	59.70
0.6200980392	3	0.12	1456	59.82
0.6225490196	14	0.58	1470	60.39
0.625	8	0.33	1478	60.72
0.6274509804	14	0.58	1492	61.30
0.6299019608	3	0.12	1495	61.42
0.6323529412	14	0.58	1509	62.00
0.6348039216	5	0.21	1514	62.20
0.637254902	14	0.58	1528	62.78
0.6397058824	3	0.12	1531	62.90
0.6421568627	9	0.37	1540	63.27
0.6446078431	9	0.37	1549	63.64
0.6470588235	17	0.70	1566	64.34
0.6495098039	3	0.12	1569	64.46
0.6519607843	9	0.37	1578	64.83
0.6544117647	3	0.12	1581	64.95
0.6568627451	11	0.45	1592	65.41
0.6593137255	4	0.16	1596	65.57
0.6617647059	14	0.58	1610	66.15
0.6642156863	4	0.16	1614	66.31
0.6666666667	21	0.86	1635	67.17
0.6691176471	5	0.21	1640	67.38
0.6715686275	17	0.70	1657	68.08
0.6740196078	3	0.12	1660	68.20
0.6764705882	12	0.49	1672	68.69
0.6789215686	7	0.29	1679	68.98
0.681372549	7	0.29	1686	69.27
0.6838235294	5	0.21	1691	69.47
0.6862745098	17	0.70	1708	70.17
0.6887254902	4	0.16	1712	70.34
0.6911764706	11	0.45	1723	70.79
0.6960784314	12	0.49	1735	71.28
0.6985294118	6	0.25	1741	71.53
0.7009803922	12	0.49	1753	72.02
0.7034313725	2	0.08	1755	72.10
0.7058823529	25	1.03	1780	73.13
0.7083333333	5	0.21	1785	73.34
0.7107843137	12	0.49	1797	73.83
0.7132352941	4	0.16	1801	73.99
0.7156862745	16	0.66	1817	74.65
0.7181372549	6	0.25	1823	74.90
0.7205882353	8	0.33	1831	75.23
0.7230392157	4	0.16	1835	75.39
0.7254901961	7	0.29	1842	75.68
0.7279411765	4	0.16	1846	75.84
0.7303921569	11	0.45	1857	76.29
0.7328431373	5	0.21	1862	76.50
0.7352941176	23	0.94	1885	77.44
0.737745098	5	0.21	1890	77.65
0.7401960784	12	0.49	1902	78.14
0.7450980392	20	0.82	1922	78.96
0.7475490196	5	0.21	1927	79.17
0.75	13	0.53	1940	79.70

0.7524509804	4	0.16	1944	79.87
0.7549019608	21	0.86	1965	80.73
0.7573529412	3	0.12	1968	80.85
0.7598039216	9	0.37	1977	81.22
0.762254902	1	0.04	1978	81.27
0.7647058824	15	0.62	1993	81.88
0.7671568627	3	0.12	1996	82.00
0.7696078431	13	0.53	2009	82.54
0.7720588235	5	0.21	2014	82.74
0.7745098039	17	0.70	2031	83.44
0.7769607843	2	0.08	2033	83.53
0.7794117647	13	0.53	2046	84.06
0.7818627451	4	0.16	2050	84.22
0.7843137255	12	0.49	2062	84.72
0.7867647059	2	0.08	2064	84.80
0.7892156863	12	0.49	2076	85.29
0.7916666667	6	0.25	2082	85.54
0.7941176471	28	1.15	2110	86.69
0.7965686275	2	0.08	2112	86.77
0.7990196078	3	0.12	2115	86.89
0.8039215686	16	0.66	2131	87.55
0.806372549	3	0.12	2134	87.67
0.8088235294	9	0.37	2143	88.04
0.8112745098	1	0.04	2144	88.09
0.8137254902	16	0.66	2160	88.74
0.8161764706	1	0.04	2161	88.78
0.818627451	4	0.16	2165	88.95
0.8210784314	2	0.08	2167	89.03
0.8235294118	15	0.62	2182	89.65
0.8284313725	8	0.33	2190	89.98
0.8308823529	4	0.16	2194	90.14
0.8333333333	18	0.74	2212	90.88
0.8357843137	1	0.04	2213	90.92
0.8382352941	5	0.21	2218	91.13
0.8406862745	1	0.04	2219	91.17
0.8431372549	15	0.62	2234	91.78
0.8480392157	4	0.16	2238	91.95
0.8504901961	3	0.12	2241	92.07
0.8529411765	17	0.70	2258	92.77
0.8578431373	2	0.08	2260	92.85
0.8602941176	3	0.12	2263	92.97
0.862745098	16	0.66	2279	93.63
0.8651960784	1	0.04	2280	93.67
0.8676470588	1	0.04	2281	93.71
0.8725490196	25	1.03	2306	94.74
0.8774509804	1	0.04	2307	94.78
0.8823529412	14	0.58	2321	95.36
0.887254902	4	0.16	2325	95.52
0.8897058824	2	0.08	2327	95.60
0.8921568627	7	0.29	2334	95.89
0.8970588235	3	0.12	2337	96.01
0.8995098039	3	0.12	2340	96.14
0.9019607843	13	0.53	2353	96.67
0.9068627451	1	0.04	2354	96.71
0.9093137255	1	0.04	2355	96.75
0.9117647059	19	0.78	2374	97.53
0.9166666667	2	0.08	2376	97.62
0.9215686275	6	0.25	2382	97.86
0.9289215686	2	0.08	2384	97.95
0.931372549	10	0.41	2394	98.36
0.9411764706	7	0.29	2401	98.64
0.9509803922	7	0.29	2408	98.93
0.9607843137	7	0.29	2415	99.22
0.9705882353	9	0.37	2424	99.59
0.9803921569	1	0.04	2425	99.63
0.9901960784	2	0.08	2427	99.71
1	7	0.29	2434	100.00

Indicador VI- Efetividade Institucional

ind5pad	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	17	0.70	17	0.70
0.0416666667	4	0.16	21	0.86
0.0714285714	5	0.21	26	1.07
0.0833333333	24	0.99	50	2.05
0.125	5	0.21	55	2.26
0.1428571429	2	0.08	57	2.34
0.1547619048	5	0.21	62	2.55
0.1666666667	42	1.73	104	4.27
0.2083333333	9	0.37	113	4.64
0.2142857143	1	0.04	114	4.68
0.2261904762	1	0.04	115	4.72
0.2380952381	15	0.62	130	5.34
0.25	194	7.97	324	13.31
0.255952381	1	0.04	325	13.35
0.2678571429	1	0.04	326	13.39
0.2797619048	5	0.21	331	13.60
0.2916666667	28	1.15	359	14.75
0.2976190476	1	0.04	360	14.79
0.3095238095	6	0.25	366	15.04
0.3214285714	47	1.93	413	16.97
0.3333333333	78	3.20	491	20.17
0.3571428571	1	0.04	492	20.21
0.3630952381	6	0.25	498	20.46
0.369047619	1	0.04	499	20.50
0.375	42	1.73	541	22.23
0.380952381	2	0.08	543	22.31
0.3928571429	19	0.78	562	23.09
0.4047619048	35	1.44	597	24.53
0.4166666667	171	7.03	768	31.55
0.4226190476	3	0.12	771	31.68
0.4345238095	6	0.25	777	31.92
0.4464285714	22	0.90	799	32.83
0.4583333333	63	2.59	862	35.41
0.4642857143	15	0.62	877	36.03
0.4761904762	27	1.11	904	37.14
0.4880952381	104	4.27	1008	41.41
0.5	319	13.11	1327	54.52
0.505952381	2	0.08	1329	54.60
0.5178571429	11	0.45	1340	55.05
0.5297619048	47	1.93	1387	56.98
0.5357142857	6	0.25	1393	57.23
0.5476190476	26	1.07	1419	58.30
0.5595238095	90	3.70	1509	62.00
0.5714285714	251	10.31	1760	72.31
0.5773809524	3	0.12	1763	72.43
0.5892857143	6	0.25	1769	72.68
0.6011904762	18	0.74	1787	73.42
0.6071428571	1	0.04	1788	73.46
0.619047619	7	0.29	1795	73.75
0.630952381	41	1.68	1836	75.43
0.6428571429	208	8.55	2044	83.98
0.6488095238	1	0.04	2045	84.02
0.6607142857	1	0.04	2046	84.06
0.6726190476	15	0.62	2061	84.68
0.6785714286	2	0.08	2063	84.76
0.6904761905	4	0.16	2067	84.92
0.7023809524	23	0.94	2090	85.87
0.7142857143	147	6.04	2237	91.91
0.7202380952	1	0.04	2238	91.95
0.7321428571	3	0.12	2241	92.07
0.744047619	10	0.41	2251	92.48
0.7619047619	2	0.08	2253	92.56
0.7738095238	14	0.58	2267	93.14
0.7857142857	79	3.25	2346	96.38
0.8035714286	1	0.04	2347	96.43
0.8154761905	1	0.04	2348	96.47

0.8333333333	2	0.08	2350	96.55
0.8452380952	9	0.37	2359	96.92
0.8571428571	45	1.85	2404	98.77
0.875	1	0.04	2405	98.81
0.8869047619	1	0.04	2406	98.85
0.9166666667	5	0.21	2411	99.06
0.9285714286	15	0.62	2426	99.67
0.9583333333	1	0.04	2427	99.71
1	7	0.29	2434	100.00

Numa etapa posterior foram analisados, para cada um dos indicadores, a distribuição percentual dos valores nesta escala de 0 a 1 para estabelecer a escala adequada de corte.

A escala de corte segue o critério definido abaixo:

Intervalo baixo= de zero a (média do indicador – 0,5 desvio padrão);

Intervalo médio baixo= de (média do indicador – 0,5 desvio padrão) até a média do indicador;

Intervalo médio alto= da média do indicador até (média do indicador + 0,5 desvio padrão);

Intervalo alto= da (média do indicador + 0,5 desvio padrão) até 1.

A fim de apurar a análise destes indicadores, numa etapa subsequente foi efetivado o cruzamento dos resultados de cada um dos indicadores segundo (i) o porte do município; (ii) grandes regiões; (iii) por clusters.

Os dados obtidos nestes cruzamentos foram analisados na forma de gráficos objetivando a percepção da tendência de comportamento apresentada pelos indicadores em cada um dos cruzamentos.

Estas informações estão compiladas nas tabelas abaixo onde são mostrados os resultados dos intervalos de corte para cada indicador segundo cada cruzamento proposto.

Bibliografia

Aglietta, M. Regulación y crisis del capitalismo. México. Siglo Vientiuno de España Editores S.A. 1993.

Andersen, E. G. "As Três Economias Políticas do Welfare State", in: Lua Nova, no. 24. 1991.

Andersen, E.G. As três Políticas do Welfare State. In: O Presidencialismo em Questão & Welfare e Experiências Neoliberais. Revista Lua Nova nº 24. São Paulo, 1991.

Andersen, E.G. The Continental European Welfare States. London. Sage. 1996.

Andersen, E.G. Welfare States at the End of the Century: The Impact of Labour Market, Family and Demographic Change. Paris. Ocse. 1996

Andersen, E.G. Welfare States in Translation: National Adaptations Global Economies. London, Sage Publications. 1997.

Arretche, Marta T.S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IE/PUCSP. 2001.

Boletim de Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise: nº 2. IPEA, Brasília, fevereiro de 2001.

Boletim de Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise: nº 3. IPEA, Brasília, agosto de 2001.

Boletim de Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise: nº 4. IPEA, Brasília, fevereiro de 2002.

Boletim de Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise: nº 5. IPEA, Brasília, agosto de 2002.

Boyer, R. Le capitalisme étatique à la française à la croisée des chemins. In: Les capitalismes en Europe. Paris. Éditions La Découverte, 1995.

Braga, J.C. S & Silva, P.L.B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva, In Brasil: Radiografia da Saúde, Campinas, SP: Unicamp. IE. 2001.

Braga, J.C. S. & Goes de Paula, S. Saúde e Previdência – estudos de política social. São Paulo. Cebes/Hucitec. 1981.

Braga, J.C. S. A financeirização da riqueza – a macroestrutura financeira e a nova dinâmica dos capitalismos centrais. São Paulo, FUNDAP. 1991.

Castel, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário; tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes. 1998.

CEPAL, Panorama social de América Latina 1999-2000. Santiago do Chile. Mimeo. 2000.

Costa, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva, In Brasil: Radiografia da Saúde, Campinas, SP: Unicamp. IE. 2001.

Costa, N.R. Piso de Atenção Básica: mudanças na estrutura. . In: Negri, B. Viana. L. (orgs). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime.Cealag, 2002.

Chesnais, F. A globalização e o curso do capitalismo de fim - de - século. In: Revista Economia e Sociedade. nº 5. Campinas. 1995.

Draibe, S & Aureliano, L. Especificidades do Welfare State Brasileiro. Mimeo.

Draibe, S. & Henrique, W. "Welfare State", Crise e Gestão da Crise: Um Balanço da Literatura Internacional. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº 6, vol.3. 1988.

Draibe, S. Avaliação de Implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IE/PUCSP. 2001.

Dumont, J.P. Les Systèmes de Protection Sociale En Europe. Paris, Econômica. 1993.

Eatwell, J. Desemprego em escala mundial. Economia e Sociedade, nº 6, junho. 1993.

Fajnzylber, F. La industrialización trunca de América Latina. México, Ed. Nuevo Imagem. 1983.

Ferrera, M. Le trappole del welfare. Società editrice il Mulini, Bologna, 1998.

Ferrera, M. Modelli di Solidarietà. Politica e Riforme sociali nelle Democrazie. Bologna. IL Mulino. 1993.

Flora, P. & Alber, J. Modernization, Democratization and Development of Welfare States in Western Europe. In: Flora, P.and Albert, J. The Development of Welfare States in Europe and North America. New Brunswick. 1981.

Giovanni, G. e Negri, B. Apresentação. In Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2001.

Giovanni, G. Sistemas de Proteção Social. Campinas. Mimeo. 1998.

Glyn, A . et alli. "The rise and fall of the golden age". In: Marglin,S and Schor, J. The golden age of Capitalism. Oxford, Clarendon Press. 1990.

Glyn, A . Stability, inegalitarianism, and stagnation: na overview of the advanced capitalist countries in the 1980's. In: Episttein, G.A . and Gintis, H.M. Macroeconomic policy after the conservative era. Cambrige University Press. 1994.

Guttman, R. The Postwar Monetary Regime and Its Inflationary Bias. Mimeo.

Heclo, H. General Politics. Washington D.C. The Urban Institute. 1988.

Hermida, O. La Flexibilidad. FCU. Montevideo. 1990.

Hobsbawn, E. Era do Capital. Rio de Janeiro. Forense-Universitária.

Holloway, J. The Abyss Opens: The Rise and Fall of Keynesianism. Mimeo.

Immergutt, Ellen. "As Regras do Jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia". Revista Brasileira de Ciências Sociais, (30) 11: 139-63. 1996.

Instrução Normativa nº 1. Brasília, 2001.

Keynes, J.M. General Theory of Employment, Interest and Money. London. Macmillian. 1969.

Kusnir, L. La Política Social En Europa. México, Las ciencias Sociales. 1996.

Lei nº 8.080/90. Brasília, 1990.

Levcovitz, E. Transição X Consolidação: O dilema estratégico da construção do SUS. Tese de doutoramento. Mimeo. 1997.

Levy, Margaret. "Uma Lógica da Mudança Institucional", in: Dados, 34(1). 1991.

Manual para a Organização da Atenção Básica. Secretaria de assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 1999.

Marques, E. "Notas críticas à literatura sobre estado, políticas estatais e atores políticos", in: BIB, no. 43: 67-102. 1997.

Marques, E. Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan. 2000.

Martins, C.E. Da globalização da economia à falência da democracia. In: Revista Economia e Sociedade. nº 1. Campinas. 1996.

Mattoso, J. A Desordem do Trabalho. São Paulo. Scritta. 1995.

Médici, A . C. de Descentralização e Informação em Saúde, Caderno de Planejamento e Políticas Públicas. ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, junho de 1991.

Minsky, H. P. *Stabilizing an Unstable Economy*. London. The Twentieth Century Fund.

Müller, P. & Surel, Y. *L'Analyse des politiques publiques*. Op. Cit. *Théories de l'action publique: de nouvelles approches*. (p. 33-52) e *Rationalité et irrationalité de l'action publique* (p. 101-121). 1998.

Negri, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. . In: Negri, B. Viana. L. (orgs). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime. Cealag, 2002.

NEPP. "Avaliação da Descentralização dos Recursos do Ministério da Saúde para a Gestão Plena da Atenção Básica: PAB, PSF/PACS, Combate às Carências Nutricionais, Assistência Farmacêutica Básica e Vigilância Sanitária". Unicamp, Campinas. 2000.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-1/96). Brasília, 1996.

Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01). Brasília, 2001.

Pappalardo, A . *Austerità Conservatrice e Rigore Socialista: Che Differenza?*. In: *Rivista Italiana di Scienza Politica* nº1. 1991.

Plihon, D. Desequilíbrios mundiais e instabilidade financeira. (A responsabilidade das políticas liberais: um ponto de vista keynesiano. In: *Revista Economia e Sociedade*. nº 7. Campinas. 1996.

PNUD. "Desenvolvimento Humano e Condições de Vida: Indicadores Brasileiros". Brasília. 1998.

Pochmann, M. *Políticas de trabalho e de garantia de renda no capitalismo em mudança*. São Paulo. LTr.

Programa da Atenção Básica – Parte Fixa. Brasília, 2001.

Silva, P.L.B. *Limites e obstáculos à reforma do estado no Brasil: A experiência da previdência social na nova república*. Tese de doutoramento. Mimeo. 1992.

Souza, R.R. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: Negri, B. Viana. L. (orgs). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime. Cealag, 2002.

Souza, R.R. O sistema público de saúde brasileiro. In: Negri, B. Viana. L. (orgs). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime. Cealag, 2002.

Teixeira, A . *O movimento da industrialização nas economias capitalistas centrais no pós - guerra*. Dissertação de Mestrado. Mimeo.

Tobar, F. O conceito de Descentralização: Usos e Abusos. In: *Planejamento e Políticas Públicas*, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

Tomio, F. "A Criação de Municípios após a constituição de 1988", in: Revista Brasileira de Ciências Sociais, 17(48): 61-90. 2002.

Viana, A L et all. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. . In: Negri, B. Viana. L. (orgs). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime.Cealag, 2002.

Vianna, A L. Abordagens metodológicas em Políticas Públicas. Cadernos NEPP nº 5. Unicamp. NEPP. 1998.