

II SEMINÁRIO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
GT SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

**CAPACIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO
MUNICÍPIO: O PAPEL DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO
PARANÁ**

OUTUBRO, 2018
CURITIBA/PR

CAPACIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO: O PAPEL DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO PARANÁ

José Ricardo Martins

E-mail: ricardo@brazil-one.net

Jennifer Smitek Nascimento

E-mail: jennifersmitek@sesa.pr.gov.br

Josmai Roberto de Oliveira Junior

E-mail: josmaijr@hotmail.com

RESUMO

Com a democratização do Brasil em 1985 e a promulgação da Constituição brasileira de 1988, tendo sido delegado ao Estado um papel mais relevante na sociedade e em especial no âmbito social, o campo de públicas, em especial as políticas públicas, vem se consolidando como processo empírico da atividade política e como campo teórico próprio e autônomo – sendo um campo multidisciplinar - e como instrumento analítico importante para compreender as relações da sociedade para com o Estado e deste para com aquela. Este artigo tem como objetivo analisar como os municípios paranaenses capacitam-se por meio de consórcios intermunicipais para implementar políticas públicas de saúde, visto que estes possuem carência de capacidade para ganhos de escala. A metodologia deste estudo é a qualitativa e o procedimento usado é a pesquisa bibliográfica, documental e entrevista em profundidade. Entre os autores consultados estão Celina Souza, Arretche, Secchi, Faria, Capella, Easton, Birkland, Deubel, Procopicuk, entre outros. Este trabalho conclui que os municípios paranaenses têm capacidade limitada para implementar a contento as políticas públicas de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde foi uma forma encontrada pelos municípios para suprir suas deficiências, especialmente as de ganho em escala para contratar consultas e exames.

INTRODUÇÃO

A área de conhecimento de políticas públicas desenvolveu-se na Europa com a tradição analítica do papel do Estado. Já nos Estados Unidos, seu desenvolvimento se deu na análise das ações do Estado em vista da maior eficiência dos recursos aplicados no contexto do New Deal, tendo um caráter tecnicista (CAPELLA, 2015). Com relação ao Brasil, houve um incremento da importância e do interesse no estudo em políticas públicas, apontando que o tema ganhou mais interesse devido às mudanças ocorridas na sociedade brasileira pelo crescente e pelo adensamento das reformas do Estado e do uso sistemático

de políticas públicas para enfrentar os males da sociedade, especialmente os de cunho social (ARRETCHÉ, 2003).

As políticas públicas são estudadas por razões científicas que visam entender e explicar fenômenos sociais, por razões profissionais que tratam da utilização dos conhecimentos adquiridos pelos gestores públicos e empresários e por razões políticas que procuram apreender um ferramental necessário para ser mais eficaz na aplicação das políticas públicas (SECCHI, 2014).

O objetivo desse artigo é explorar de que maneira os municípios paranaenses estão capacitados, financeira e tecnicamente, para implementar políticas públicas de saúde, sendo o tema justificado pelo aumento de relevância e responsabilidade que esses ganharam a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

A revisão da literatura porta-se sobre as políticas públicas, mais especificamente sobre seu ciclo, tendo destaque a implementação, bem como as políticas públicas de saúde. Além disso, aborda-se a literatura a respeito dos consórcios intermunicipais, especialmente os de saúde. Os autores consultados para a revisão bibliográfica são: Celina Souza, Arretche, Secchi, Faria, Capella, Easton, Birkland, Deubel, Procopiuk, entre outros, além de bibliografia documental das secretarias da saúde dos estados do Paraná e Minas Gerais.

A partir da Constituição de 1988 deu-se muita ênfase ao município e este tornou-se um prestador de serviços sociais e um implementador de políticas públicas da União no nível local (ARRETCHÉ, 2003). Trata-se, portanto, de grandes responsabilidades que foram delegadas pela União aos municípios, o que exige capacidades financeiras, técnicas e de pessoal devidamente capacitado. Diante disso, esta pesquisa guia-se pela seguinte pergunta: os municípios, no que diz respeito à capacidade financeira e ao corpo técnico, estão preparados para executarem e implementarem em seus territórios as políticas públicas de saúde delegadas pela União e pelo estado?

Assume-se como hipótese a priori que os municípios (independente de tamanho populacional e de arrecadação) carecem de recursos e pessoal com o devido preparo técnico para implementar a contento – dentro dos critérios de eficiência, eficácia e efetividade – as políticas públicas de saúde, tanto aquelas de origem local, bem como estadual e da União.

O objetivo desse estudo é analisar de que maneira os municípios paranaenses estão capacitados para implementar políticas públicas de saúde, que se comparte em verificar a capacidade financeira dos municípios para a implementação de políticas de saúde no território municipal; averiguar a capacidade de pessoal técnico para a implementação de

políticas de saúde na jurisdição municipal; e caracterizar os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná.

Este estudo se justifica pela importância da fase de implementação, no contexto da teoria do ciclo de políticas públicas, e ainda mais quando se trata da saúde pública, um bem que não está acessível à maioria da população paranaense junto aos agentes privados. Assim, a partir do prisma teórico e prático, investiga-se as capacidades estatais e fornece-se subsídios aos implementadores de políticas de saúde no estado do Paraná.

REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta fundamentação teórica aborda-se, de forma sucinta, as capacidades estatais, de Políticas Públicas, o ciclo de Políticas Públicas e a implementação de Políticas Públicas.

Capacidades estatais

A origem do conceito de capacidades estatais foi posta com a questão: “por que alguns Estados enfrentam maiores ou menores dificuldades para atingir objetivos variados”. Theda Skocpol (1982; 1985) estuda a habilidade do Estado de implementar seus objetivos. Por seu turno, a pesquisa de Charles Tilly (1985) ressaltou que as capacidades do Estado estão intrinsecamente ligadas ao poder do Estado na arrecadação de impostos. E Peter Evans (1993; 1995) investiga a capacidade de ação do Estado. Assim, define-se que a capacidade estatal é conjunto de instrumentos e instituições de que dispõe o Estado para estabelecer objetivos, transformá-los em políticas e implementá-las (SOUZA, 2017).

Outras pesquisas ressaltam que a autonomia do Estado é relativa, especialmente com o surgimento de novos centros de poder e grupos de pressão e terrorismo exercendo poder político. O resultado desta nova configuração foi a alteração do equilíbrio, “prejudicando a autonomia e a capacidade de ação político-econômica dos estados constitucionais modernos.” (HABERMAS, 2001, p. 99). Fred Block (1987) afirma que a autonomia do Estado é relativa - não é absoluta – e contingente, depende dos contextos históricos (MARTINS, 2015).

A capacidade estatal para a implementação de políticas públicas é usualmente analisada a partir de dois viés: sua capacidade burocrática e capacidade financeira. Disso resultam duas abordagens de análise, a teórica, que trata da construção de conceito e a empírica, que analisa a burocracia em políticas de desenvolvimento, a burocracia na

política de assistência social e a capacidade financeira dos estados na política de assistência social (SOUZA, 2017).

Segundo Souza (2017), os tipos de capacidades estatais são distinguidos na formulação da política, que podem ser informacionais, desenho das políticas e suas regras, maioria legislativa, conciliação da política pública com os interesses privados, políticas prévias, informações sobre políticas semelhantes (*policy learning*), burocrática; ou na implementação da política, que podem ser financeiras, infra estruturais, alcance territorial ou burocrática.

Importante tipologia da capacidade estatal é sua capacidade burocrática. Raymundo Faoro (1958) introduziu os estudos da burocracia mais como uma variável explicativa das relações entre o Estado e a sociedade e menos como um objeto em si. Em um nível básico significa a capacidade de participar da formulação e de implementar políticas públicas; já em um nível secundário refere-se à qualidade burocrática que pode ser conceituada quando diversas combinações dessas questões administrativas estão presentes: recrutamento baseado no mérito, carreiras de longo prazo e com previsibilidade, regras para contratar e demitir que substituam contratações e demissões arbitrárias, preenchimento de cargos seniores através de promoção interna de servidores concursados, profissionais com formação de especialista ou generalista, profissionais livres de influências externas, burocracia regida por regras administrativas e legais (*accountability*) (SOUZA, 2017).

Políticas Públicas e o Estado em ação

Segundo Faria, as políticas públicas constituem um campo multidisciplinar a partir de sua perspectiva analítica e de intervenção, nas suas articulações práticas e intelectuais e são orientadas por valores, especialmente o “ethos democrático e a busca da dignidade humana” (FARIA, 2013, p. 17). Desta forma, as políticas públicas abarcam, de forma transdisciplinar, a Ciência Política, Sociologia, Antropologia, Administração Pública, Economia, Direito, Ciências Contábeis, Planejamento Urbano e Regional, bem como as Relações Internacionais.

As ciências sociais como um todo, mas, sobretudo, a Ciência Política e a Administração Pública, na busca de “novos caminhos”, têm especial interesse e se mostram amplamente receptivas (REIS, 2009) em incorporar os estudos de políticas públicas em seu arcabouço teórico e empírico, pois as análises dos *inputs* (os problemas e demandas da sociedade) e *outputs* da política (os resultados ou respostas que o sistema político retorna à sociedade, geralmente em forma de política pública) – sobretudo os

últimos - contribuem para estas ciências alcançarem um maior rigor científico. O autor ressalta o interesse da Ciência Política pelos últimos, já que “os *outputs* são mais diretamente suscetíveis de avaliação racional do que as lutas e tensas formas de interação entre “demandas” e “apoios” (EASTON, 1953) que constituem o lado dos *inputs* do processo político” (REIS, 2009, p. 40).

A definição mais aceita de “política pública” pelos pesquisadores da área é aquela proposta por David Easton (1953) que a definiu como “o Estado em ação”. Esta é uma forma de compreender políticas públicas como processo, sendo este essencialmente político, pois, segundo Procopiuck (2013, p.139), “é o meio pelo qual a sociedade se organiza, regula e governa.” E conforme proposto por Birkland (2010), é um processo político porque se constitui em processo – que é parte de um sistema - que se situa na esfera pública e envolve decisões políticas destinadas a enfrentar problemas que afetam coletivamente a comunidade ou segmentos dela (BIRKLAND, 2010). Segundo Souza (2012), a análise de políticas públicas procura explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade, analisar a ação do governo e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. Colocar o “governo em ação” traduz seus propósitos ou plataformas eleitorais em programas e ações (SOUZA, 2012).

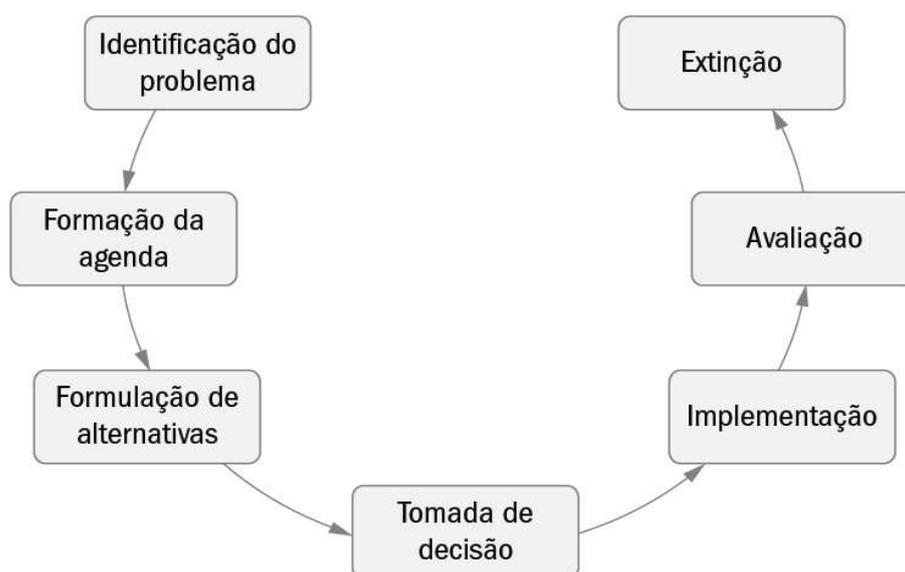
Segundo Deubel, importante pesquisador colombiano das políticas públicas na América Latina, a originalidade do conceito de políticas públicas está no fato que permite conjugar sob o mesmo termo tanto a produção normativa das instituições públicas (planos, leis, decretos, resoluções, ordenanças, acordos jurídicos, entre outros), como as atividades políticas e administrativas realizadas tanto por atores políticos e sociais, como por autoridades públicas para a elaboração, decisão, implementação e avaliação dessa produção, ou seja, o processo de política, assim como seus efeitos na sociedade e a atividade política mesma. (DEUBEL, 2010, p. 21).

De acordo com Secchi (2014), a razão de ser das políticas públicas se justifica pelo fato de que Estado e Sociedade não serem entes isolados. O Estado sofre influências, demandas e pressões da Sociedade e influencia esta por intermédio das políticas públicas. Por isso, justifica-se que é possível definir políticas públicas como o Estado atuando na sociedade via projetos, ações, diretrizes, princípios norteadores do poder público. É o conjunto de decisões proposta pelo ente público em uma determinada área, como a saúde.

Implementação e o ciclo de Políticas Públicas

O processo ou ciclo de políticas públicas é um dos conceitos centrais na análise de políticas públicas. Sua vantagem é o de apresentar uma visão dinâmica do processo de políticas públicas, não detendo a atenção em apenas um estágio deste processo, a a implementação. O ciclo “organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes” (SECHI, 2014, p. 43) que inicia-se com a identificação do problema e segue com a formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção da política, se necessário, como mostra a figura 1 abaixo.

FIGURA 1 - CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS



FONTE: SECCHI (2014)

A preferência por este modelo heurístico se dá porque, neste contexto, “uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” e “a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante” (SECCHI, 2014, p. 2). Tal concepção afasta-se da ideia bastante vaga do “Estado em ação” e pressupõe a política pública como vontade política, planejamento e direcionamento, e assume a sociedade como uma arena de conflitos e controvérsias.

Na verdade, trata-se de um complexo processo político, pois envolve os diversos atores da política pública, sejam os atores governamentais, como os políticos, designados politicamente, burocratas e juízes, sejam os atores não governamentais, como grupos de interesse, partidos políticos, meios de comunicação, *think tanks*, destinatários das políticas

públicas, ONGs, fornecedores, organismos internacionais, financiadores, comunidades epistêmicas e especialistas (SECCHI, 2014, p. 101), além dos consórcios intermunicipais.

A configuração dos atores no ciclo de políticas públicas se dá de forma diferente, “com prevalência de alguns e ausência de outros” (*id.*), de acordo com área da política. A segurança pública, por exemplo, envolve atores bastante diversos em sua configuração do que a arena da saúde. Embora seja competência do Estado, a sociedade civil participa das diversas fases do ciclo das políticas públicas, como da elaboração, da implementação, da fiscalização e controle das políticas por meio de seus conselhos, movimentos sociais, observatórios, meios de comunicação, especialistas, entre outros.

A implementação, por seu turno, constitui-se numa das principais fases do processo ou ciclo de políticas públicas. O senso comum diz que uma política bem feita é aquela que “deu certo”. Por isso, o início do processo é crucial para o sucesso das políticas públicas. “A fase de implementação é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações” (O’TOOLE JR., 2003, *apud* SECCHI, 2014, p. 55). Por seu turno, Maria das Graças Rua, assim formula sua definição:

A implementação diz respeito às ações necessárias para que uma política saia do papel e funcione efetivamente. Ela pode ser compreendida como um conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos, de natureza pública ou privada, com vistas à obtenção de objetivos estabelecidos antes ou durante a execução das políticas. (RUA, 1997 *apud* NAJBERG; BARBOSA, 2006, p. 2).

O autor norte-americano Bardach (1977) destaca a complexidade dessa fase do ciclo de políticas públicas por causa dos interesses e dos diferentes atores em jogo:

Processo de interação estratégica entre numerosos interesses especiais, onde cada qual defende o seu próprio. [...] portanto, a implementação desenvolve-se de acordo com o conceito de jogo, traduzindo-se em inúmeras relações que se entrelaçam, envolvendo um grande número de jogadores, com estratégias e táticas próprias e com graus de incerteza. (BARDACH, 1977 *apud* NAJBERG; BARBOSA, 2006, p. 2).

A política pública e sua implementação é gerenciada pela burocracia, ou seja, pelo corpo funcional de servidores, por consórcios intermunicipais, organizações sem fins lucrativos, concessionárias de serviços públicos, empresas privadas contratadas para executar obras e serviços, etc. Lipsky (1980) aporta grande contribuição à literatura de implementação ao estudar o “burocrata de nível rua”. Esses atores têm grande impacto na vida das pessoas na medida em que socializam espaço na comunidade e expectativas sobre

serviços públicos, além disso, determinam o acesso dos cidadãos, dominam a forma de tratamento com os cidadãos e realizam a mediação entre Estado e cidadãos.

Ainda segundo Lipsky (1980), esses atores são o foco da controvérsia política, pois são pressionados pelas demandas de serviços e pressionados pelos cidadãos. Esses atores possuem discricionariedade, pois adaptam a política na interação com o cidadão, realizam a entrega de benefícios e aplicam sanções e, mesmo com os padrões de decisão, esses atores conseguem ter autonomia sobre as regras e a alocação de recursos escassos (LIPSKY, 1980).

Com relação aos modelos de implementação, destacam-se: (i) Modelo *top-down*: vertical, de cima para baixo, havendo separação entre o momento da tomada de decisão e a implementação. Este modelo tem como pressuposto que Política (tomadores de decisão) e Administração (implementadores) são instâncias e momentos separados, sendo uma visão funcionalista e tecnicista, na qual os políticos “lavam as mãos” (acontece o deslocamento da culpa) caso os resultados da política não resultam naqueles esperados. (ii) Modelo *bottom-up*: este modelo concede maior liberdade aos burocratas e rede de atores em auto-organizar e modelar a implantação de políticas públicas. Neste modelo há maior participação e adaptação aos problemas práticos da política pública pelos implementadores, havendo ajuste das normas à realidade.

Para implantar uma política, o formulador de políticas públicas necessita de instrumentos de implementação. Estes podem ser: aplicação da lei (*enforcement*); impostos e taxas; subsídios e incentivos; prestação de serviço público; terceirização do serviço; informação ao público; campanha/mobilização; transferência de renda (Bolsa-Família, auxílio medicamento); prêmios e concursos; certificados e selos (ABNT, INMETRO, OSCIPs), entre outros.

METODOLOGIA

Lakatos e Marconi (2001, p. 83) definem o método como o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que permite alcançar o objetivo de um pesquisador, que é aportar conhecimentos válidos e verdadeiros. O método, como o meio ou caminho para se chegar a um fim, traça as estratégias a ser seguido, o que engloba abordagens teóricas, procedimentos e técnicas.

A metodologia deste estudo é a qualitativa e quantitativa; o procedimento usado é a pesquisa bibliográfica, documental e a entrevista em profundidade. Foi realizada uma

entrevista com a diretora do Núcleo de Descentralização do SUS, Sra. Marise Dalcuche. Este núcleo possui um programa que atende aos consórcios, que é o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS.

Quanto ao seu objetivo, essa pesquisa caracteriza-se preponderantemente como descritiva, pois irá descrever os objetivos e o funcionamento dos consórcios intermunicipais de saúde como implementadores de políticas. Os dados serão analisados por meio do método qualitativo.

As situações vivenciadas pelos autores durante suas carreiras profissionais e acadêmicas, debatidas de forma intensa com o apoio de materiais bibliográficos, documentais e do questionário são importantes para se chegar aos resultados e as considerações finais dessa pesquisa que ainda se encontra em andamento.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Nessa fase da pesquisa lançou-se um olhar sobre as políticas públicas de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde e, sobretudo, como eles estão organizados no Paraná para suprir a pouca capacidade financeira e de corpo técnico para executarem e implementarem em seus territórios as políticas públicas de saúde delegadas pela União e pelo estado.

Políticas públicas de saúde e consórcios intermunicipais de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal em 1988, definiu como suas diretrizes a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do Sistema Único de Saúde visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira. (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).

O campo de políticas públicas de saúde é vasto. Nele são englobados programas, ações e campanhas de saúde, tais como o da tuberculose, DST-AIDS, hanseníase, tabagismo, farmácia popular, programa mais médicos, programa nacional de imunizações, entre outras.

As obrigações constitucionais orçamentárias para a saúde pública são compostas da seguinte maneira: o governo estadual tem por obrigatoriedade investir 12% do seu orçamento, já o municipal o valor é de 15%.

Por sua vez, os consórcios intermunicipais de saúde são uma iniciativa autônoma de municípios geralmente vizinhos que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços relacionados à saúde de seus municípios, seguindo os critérios de eficiência, eficácia e efetividade. O consórcio é um importante instrumento para o planejamento local e regional em saúde e pode funcionar como planejamento conjunto, onde diversos municípios utilizarão coletivamente serviços que só existem em um ou alguns dos entes federados (SAÚDE MG, 2016).

Os consórcios intermunicipais de saúde do Paraná

A gestão da saúde do estado do Paraná é uma gestão bipartite, na qual dividem-se os papéis o Estado, representado pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos municípios. Esses são representados pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. Por sua vez, os consórcios intermunicipais de saúde surgiram no estado na década de 1990. A base legal é a Lei Complementar Estadual nº 82/98 que dispõe sobre a criação e implantação de Consórcio Intermunicipal relacionado com a prestação de serviços públicos de interesse comum, nas funções, áreas e setores que especifica, bem como o Decreto Estadual nº 4514/98 - Regulamenta a Lei Complementar nº 82, de 24/07/98, que estabelece normas e diretrizes para a cooperação do Estado na constituição e implementação de Consórcio Intermunicipal.

À época havia os Centros Regionais de Especialidades (CRES) e os consórcios, na sua maior parte, surgiram a partir e em substituição dos CRES. O Estado do Paraná cedeu as instalações e ambulatorios aos municípios, que por meio de consórcios, passaram a gerenciar e a assumir as despesas dessas instalações.

Realizou-se entrevista com a diretora do Núcleo de Descentralização do SUS, Sra. Marise Dalcuche, que possui um programa que atende aos consórcios, que é o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS. Este é um programa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) que tem como propósito qualificar a atenção ambulatorial secundária do Estado para atender as necessidades de saúde da população. O objetivo maior do COMSUS é implantar os Centros Especialidades Regionais em todas as regiões de saúde do Paraná, mediante parceria firmada entre os

Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e a SESA. (SECRETARIA DA SAÚDE, s/d).

Com relação aos objetivos do COMSUS, a SESA destaca os seguintes:

Alinhar o modelo de atenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) de acordo com as redes de atenção à saúde prioritárias – Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde Mental.

Implantar incentivo de custeio para ampliar a oferta de serviços especializados.

Implantar incentivo de investimento para a melhoria da estrutura e de equipamentos dos Centros de Especialidades Regional.

Inserir os CIS nas Redes de Atenção à Saúde, integrados com a atenção primária e atenção terciária.

Operar com eficiência e efetividade.

Preencher vazios assistenciais.

Melhorar a qualidade da gerência dos consórcios. (SESA, s/d)

No que se referem os incentivos de custeio, este tem como base o Fator de Correção de Desigualdades Regionais e, portanto será diferenciado de acordo com as necessidades da população de sua abrangência. No que tange o incentivo de investimento, são destinados recursos financeiros de investimento para obras e equipamentos. Os equipamentos indicados para aquisição devem estar vinculados às redes de atenção à saúde prioritária. O montante mensal destinado ao custeio e investimento dos consórcios varia de R\$ 45.000 a R\$ 230.000, de acordo com informações fornecidas na entrevista. Por fim, no que diz respeito à capacitação, são ofertados cursos em gestão e planejamento regional de saúde para os gerentes dos consórcios, secretários municipais de saúde e para os representantes municipais que compõe as Comissões Intergestores Bipartites Regionais. (SESA, s/d).

Ainda nesse contexto de objetivos, a diretora destacou que a motivação e a função primeira dos municípios se reunirem e formarem os consórcios intermunicipais de saúde é para ganhar escala no montante para as contratações de serviços, especialmente consultas e exames contratados junto ao setor privado.

Os consórcios recebem recursos (do tesouro do estado do Paraná, da União e dos municípios consorciados, de onde provém a maior parte dos recursos) para implantar o ambulatório de especialidade no interior do consórcio. Eles executam e implementam um programa de saúde do governo do estado composto por cinco especialidades: obstetria (de risco intermediário e alto), pediatria (de risco intermediário e alto), cardiologia (hipertensão), endocrinologia (diabetes), psiquiatria (saúde mental) e geriatria (saúde do idoso ou idoso frágil, no qual se analisa os riscos de fragilidades de acordo com o

IVCF20). Esta última especialidade não está disponível em todas as regiões e em todos os consórcios, de acordo com a entrevistada.

O Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde se dotou das seguintes estratégias para direcionar sua atuação:

Assistencial: implementação do modelo de atenção com base nas redes de atenção à saúde de forma que integre a atenção primária, secundária e terciária, melhorando o acesso e a resolubilidade dos serviços.

Econômica: alocação de recursos financeiros para melhoria das estruturas físicas e de equipamentos, para capacitação dos profissionais de saúde, e para a modernização gerencial dos consórcios, de acordo com o perfil assistencial que se espera para a região ou macrorregião.

Redistributiva: estabelecimento de um fator de alocação de recursos financeiros considerando as desigualdades regionais.

Gerencial: assinatura de Termo de Adesão e Convênio com a definição de metas e indicadores.

Educacional: participação em oficinas gerenciais, cursos de especialização em gestão de saúde, cursos de capacitação e troca de experiências entre os consórcios.

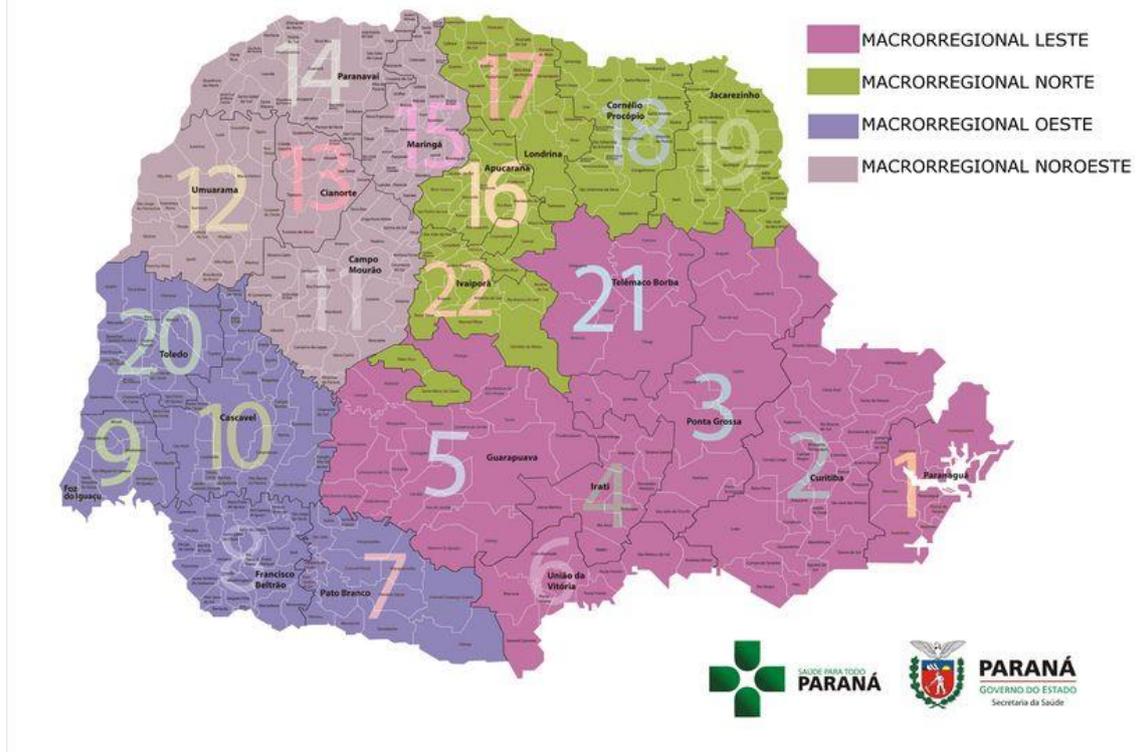
Parceria com os municípios: estímulo à participação dos gestores locais nas comissões de avaliação do programa na região, definição da carteira de serviços necessários para o atendimento das necessidades de saúde da população, garantindo o acompanhamento pelo controle social (Conselhos Municipais de Saúde). (SESA, s/d).

A divisão geográfica da organização em rede da saúde no Paraná

O território paranaense está dividido em 22 regiões de saúde que compõem quatro macro-regiões (leste, norte, oeste e noroeste), conforme mostra a figura 1. Duas regiões de saúde não possuem consórcios, que são a de Telêmaco Borba e Paranaguá (este apenas para urgências e emergências – SAMU).

FIGURA 1 – Regiões e Macrorregiões de Saúde do Paraná

Mapa Político do Estado do Paraná · Divisão por Macrorregionais



Fonte: SECRETARIA DA SAÚDE, s/d.

A maioria dos municípios paranaenses está associada a um consórcio intermunicipal de saúde. Há 24 consórcios que gerenciam ambulatórios de especialidades; cinco que gerenciam apenas o SAMU, ou seja, serviços de urgência e emergências; e um que gerencia apenas medicamentos. Esses consórcios formam uma rede por meio da Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná – ASSISPAR. O consórcio, por sua vez, é um ponto na rede estadual de saúde, na qual tem-se, num primeiro nível, a Atenção Primária à Saúde, realizada pelas unidades básicas de atenção (os “postinhos”); num segundo nível dessa rede está a Atenção Secundária na qual encontram-se os consórcios intermunicipais de saúde com seus ambulatórios, além de pequenos hospitais, que possuem atendimento com especialistas; e por fim, a Atenção Terciária formada pelos hospitais de médio e grande porte, que atende a medicina de alto risco. Dessa forma, observa-se uma estratégia de situar os consórcios como elo central de uma rede que congrega a Atenção Primária e Atenção Terciária à Saúde.

No que concerne à institucionalização, os consórcios intermunicipais de saúde possuem sede, um organograma formal, no qual é sempre o prefeito de um dos municípios consorciados que ocupa o cargo de presidente do consórcio. O ingresso do município a um

consórcio deve partir de uma lei proposta pelo prefeito municipal e aprovada pela Câmara de Vereadores. A estrutura do organograma é variável e não segue um modelo único. O COMSUS não impõe um modelo específico. Com relação ao controle social sobre o consórcio, a lei estadual que regulamenta o funcionamento destes, exige a prestação de conta anual ao Tribunal de Contas do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta é uma pesquisa em andamento e não foi possível a aplicação de questionário junto aos consórcios. Dessa forma, reconhece-se que os objetivos propostos foram só parcialmente atingidos. Contudo, pelo estudo dos materiais disponíveis no portal da internet do COMSUS e após a entrevista com a diretora do Núcleo de Descentralização do SUS da SESA, Sra. Marise Dalcuche, que também é responsável pelo Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS, conclui-se que o estado do Paraná supre carências técnicas, de infraestrutura e financeira dos municípios consorciados para a implementação de políticas de Atenção Secundária à Saúde, especialmente às cinco especialidades, que são: obstetria (de risco intermediário e alto), pediatria (de risco intermediário e alto), cardiologia (hipertensão), endocrinologia (diabetes), psiquiatria (saúde mental) e geriatria (saúde do idoso frágil).

A capacidade burocrática e capacidade financeira como foco de análise da capacidade estatal para a implementação de políticas públicas é relevante para a formação dos consórcios intermunicipais de saúde no Paraná, tendo menor destaque a capacidade burocrática. Por sua vez, a capacidade técnica, no caso específico, a dificuldade de um pequeno município para manter em sua oferta de serviços especializados de saúde, como cardiologia, obstetria ou endocrinologia, pode-se averiguar que essa capacidade é um grande vetor para a formação de consórcios intermunicipais de saúde. Trata-se, portanto, de uma política exitosa, pois apenas dez municípios, de um total de 399, não são consorciados, especialmente porque eles já oferecem as especialidades propostas pelo consórcio, como é o caso de Curitiba.

Para todos os efeitos da continuidade deste estudo, os consórcios formam redes. E com base nas variáveis apresentadas por Van Waarden (1992), irá se analisar o número de atores na rede, a identidade dos atores, os limites da rede, as mais diversas razões para participar da rede, a frequência de atividades, o grau de institucionalização dos atores que compõem a rede e a concentração ou difusão de poder entre os atores da rede. Dentre os

diversos atores dessa rede, há de se destacar as articulações dos consórcios com as associações de municípios, o município e a câmara de vereadores, a Secretaria de Estado da Saúde, as mais diversas organizações da sociedade civil, organizações privadas, especialmente os fornecedores de produtos, insumos e serviços de saúde, entre outros atores.

O uso da abordagem da rede de políticas para explicar o processo pelo qual política pública é formulada e implementada é central para questões que envolvem grupos de interesse fora do governo. Usando a tipologia das redes não se pode apenas descrever o domínio de política ou a questão de política em análise, mas também sugerir procedimentos normativos para implementar a política que possui melhor probabilidade de melhorar a capacidade governamental de implementação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **RBCS**, v. 18 n. 51, pp. 7-9, fev. 2003.

BARDACH, Eugene. **The implementation game**: what happens after a bill becomes a law. Cambridge: The MIT Press, 1977.

BLOCK, Fred. The Ruling Class Does Not Rule: Notes on the Marxist Theory of the State (**chap.**

BRASIL – Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 20 mai. 2018.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Análise de políticas públicas: da técnica às ideias. **Idéias** – Rev. Inst. Filos. Ciênc. Hum. UNICAMP, v.6, n.2, p.13-34, jul/dez. 2015.

COMSUS - Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2890>. Acesso: 03/06/2017.

DALFIOR, E.T.; LIMA R.; ANDRADE, M. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, V.39 n. 104. Rio de Janeiro, 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>. Acesso: 04/07/2018.

DEUBEL, A.-N. R. (Ed.). **Approaches to the analysis of public policies**. Bogotá: University of Colombia, 2010.

EASTON, David. **The political system**: an inquiry into the state of political science. Nova York: Alfred A. Knopf, 1953.

FARIA, Carlos A. Pimenta. A multiplicidade no estudo das políticas públicas. *In*: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

FERNANDES, Ana Tereza; CASTRO, Camila; MARON, Juliana. **Desafios para implementação de políticas públicas**: Intersetorialidade e regionalização. VI Congresso CONSAD de gestão pública, Brasília: 2013 Disponível em:

www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/2013/V_CONSAD/VI_CONSAD/025.pdf Acesso em: 20/05/2018.

HABERMAS, Jürgen. **A constelação pós-nacional**. São Paulo: Litera-Mundi, 2001.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. Russell Sage Foundation, 1980.

MARTINS, José R. O Estado e as Políticas Públicas: um debate em torno de ideias e interesses. VI Seminário Nacional de Sociologia e Política. **Anais...** Curitiba-PR (UFPR), 2015.

NAJBERG, E.; BARBOSA, N. B. Abordagens sobre o processo de implementação de políticas públicas. **Revista do Centro de Ciências Sociais Aplicadas**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 31-45, jul./dez. 2006.

PROCOPIUCK, Mário. **Políticas públicas e fundamentos da administração pública**. São Paulo: Atlas, 2013.

REIS, Fábio Wanderley. Política e políticas: a ciência política e o estudo de políticas públicas. *In*: _____. **Mercado e Utopia**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009. pp. 40-59.

REZENDE, F. da C. Razões da crise de implementação do Estado gerencial: desempenho versus ajuste fiscal. **Revista de Sociologia e Política**, v.19, p.111-121, Nov. 2002.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**. Brasília: ENAP, 1997.

SAÚDE MG - **Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)**. Secretaria da Saúde do Estado de Minas Gerais, 2016. Disponível: <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1557-consorcios-intermunicipais-de-saude-cis>>. Acesso: 03/07/2018.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquema de análise, casos práticos**. 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SECRETARIA DA SAÚDE – SESA. **COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Portal. s/d. Disponível: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2890>>. Acesso: 04/10/2018.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, vol.34, n.3, São Paulo, jun 2000. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018>. Acesso: 03 jul 2018.

SKOCPOL, Theda. Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. *In*: EVANS, Peter B.; RUESCHEMEYER, Dietrich; SKOCPOL, Theda (Ed.). **Bringing the state back in**. Nova York: Cambridge University Press, 1985. p. 3-43.

SKOCPOL, Theda; FINEGOLD, Kenneth. State capacity and economic intervention in the early New Deal. **Political Science Quarterly**, v. 97, n. 2, p. 255-278, 1982.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. *In*: HOCHMAN, Gilberto; ARRETICHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. Pp. 65-86.

TILLY, Charles. **Coerção, capital e estados europeus**. São Paulo: EdUSP, 1996.

TILLY, Charles. War making and state making as organized crime. *In*: EVANS, Peter B.; RUESCHEMEYER, Dietrich; SKOCPOL, Theda (Ed.). **Bringing the state back in**. Nova York: Cambridge University Press, 1985. p. 169-191.

Van Waarden, F. Dimensions and Types of Policy Networks. **European Journal of Political Research**, 1992, 21, 29–52.