

RESUMO

A pesquisa objetiva: a) compreender o novo papel dos Estados subnacionais, especialmente de nível regional, no contexto de globalização, fragmentação, enfraquecimento do estado-nação e emergência de instâncias supranacionais de poder; b) suprir a carência de estudos atuais voltados para a regionalização da gestão da saúde - dado que a ênfase vem recaindo sobre o processo de municipalização; c) analisar experiências inovadoras visando subsidiar a formulação de propostas de reforma que levem em conta as mudanças recentes no padrão de relacionamento estado-sociedade e as novas formas de provisão dos serviços de saúde, as quais demandam um maior esforço de coordenação ao nível regional. É analisado o papel desempenhado pela Secretaria de Estado da Saúde na implantação dos Programas “Municípios Saudáveis” e “Consórcios de Saúde” no Estado do Paraná, o primeiro de corte municipal e o segundo, intermunicipal, a partir de 1995. A escolha justifica-se dada a boa colocação deste Estado em termos de políticas públicas e indicadores, conforme dados do Ministério da Saúde. O programa Municípios Saudáveis, por sua vez, contribui com a visão intersetorial, o de Consórcios de Saúde, inova em termos de regionalização. Ambos possuem o município como protagonista, embora uma atuação mais efetiva do nível estadual no espaço de gestão tenha se mostrado estratégica.

PALAVRAS-CHAVE

Gestão Estratégica; Políticas Públicas em Saúde; Descentralização; Gestão Microregional; Estado do Paraná; Inovação.

ABSTRACT

This research aims a) to understand the new role of the state government in the process of globalization, fragmentation weakening of Nation-state and the strengthening of the supranational level of power; 2) to fulfill the absence of updated studies on the regional level of health care management – because emphasis has been given to local level; 3) to analyze reform propositions that consider recent changes in the patterns of state-society relationship and new offers of health services, in which it could be signed a great effort of regional co-ordination. It will be analyzed the role assumed by the Health Secretary of Paraná State in the implementation of the Healthy Cities and the Health Consortia Programs, since 1995. The choice of Paraná State is given by its good performance in health indicators, upon the National Health Ministry. The Health Consortia renews the sense of regionalization. Both of the main actors, yet the state level action could be considered as strategic.

KEY WORDS

Strategic Management; Health Public Policy Decentralization; Under-regional management; Paraná State; Innovation.

SUMÁRIO

I.	Introdução	5
II.	A descentralização enquanto estratégia para o fortalecimento da capacidade de governança	9
	1. A política de saúde no Brasil: o sistema único de saúde.....	11
	2. Descentralização versus municipalização.....	15
	3. O papel do nível estadual neste contexto	17
III.	A política de saúde do Estado do Paraná.....	19
	1. Modelo de gestão.....	19
	2. Formação dos consórcios.....	30
	3. Filosofia de “Cidades Saudáveis”	48
	4. Intersetorialidade	58
IV.	A perspectiva dos consórcios e regionais de saúde	63
	1. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Campo Mourão	64
	2. Consórcio Intermunicipal de Saúde da 20ª Regional de Saúde – Toledo ...	66
	3. Regionais de Saúde.....	68
V.	Conclusões	70
	1. Modelo de gestão.....	71
	2. Redesenho institucional	73
	3. Características das equipes de trabalho (cultura organizacional).....	74

4. Consórcios.....	75
5. Cidades Saudáveis.....	75
6. Intersetorialidade.....	76
7. Territorialização.....	77
VI. Bibliografia.....	81

GESTÃO ESTRATÉGICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA “MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS” E “CONSÓRCIOS DE SAÚDE” NO ESTADO DO PARANÁ*

Tania Margarete Mezzomo Keinert

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório objetiva apresentar os resultados da pesquisa realizada no Estado do Paraná nos meses de julho a dezembro de 1999, conforme objetivos e metodologia propostos no projeto de pesquisa aprovado pelo NPP/EAESP/FGV em junho do mesmo ano.

Conforme o colocado no projeto de pesquisa o trabalho tem como **objetivos gerais** discutir o novo **papel das instâncias regionais de poder** (governos subnacionais) na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, frente ao processo de **descentralização** em andamento no Brasil, num contexto paradoxal de fortalecimento das instâncias locais de poder e enfraquecimento dos Estados-Nacionais em função da globalização.

Ainda, objetiva **fornecer subsídios**, através da análise das “melhores práticas”, no caso, as experiências “Municípios Saudáveis” e “Consórcios de Saúde” no Estado do Paraná, para a elaboração de estratégias de intervenção destinadas a tornar efetivo o **papel de coordenador e de articulador** dos Estados subnacionais na

* O NPP agradece à aluna que participou da pesquisa que originou o presente relatório como auxiliar de pesquisas, Tereza Etsuko da Costa Rosa.

formulação de políticas públicas e na organização dos serviços de saúde ao nível microrregional e regional.

Pretende-se, desta forma, resgatar experiências fundadas na idéia de **parceria** entre as partes componentes do pacto federativo, recuperando as noções de **cooperação intergovernamental** e de **solidariedade territorial e social**, componentes essenciais da idéia de federação. Concretamente, objetiva-se demonstrar que houve, nas experiências analisadas, uma redefinição dos papéis de cada nível na formulação e execução das políticas sociais, com vistas a uma ação conjunta e coordenada.

Em relação às experiências analisadas, como **objetivos específicos**, pretendeu-se demonstrar que o modelo de “**Cidades Saudáveis**” avança no sentido de fortalecer o papel **coordenador** do Estado ao nível municipal, com destaque para uma atuação intersetorial, inovadora no sentido de uma administração holística. Os Consórcios de Saúde, por sua vez, possuem um potencial muito grande no sentido de **articulação microrregional** e de implementação de uma política de saúde neste nível.

Pretendeu-se demonstrar ainda, que o planejamento intersetorial e a articulação microrregional, podem ser aliados à subcontratação da prestação dos serviços, desde que submetidos à uma clara **política de saúde**, coordenada por um Estado forte, especialmente na regulação e coordenação das ações de nível regional e microregional.

Neste sentido enfatiza-se que **o objetivo do trabalho não foi o de efetuar uma avaliação de impacto das experiências** segundo indicadores sócio-econômicos ou epidemiológicos, mas sim, fornecer subsídios para a discussão sobre o novo papel das instâncias regionais de poder na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, tendo em vista o processo de descentralização/municipalização ora em curso.

É por esta razão que serão estudadas, a cada seis meses, diferentes experiências bem sucedidas de estados da federação na redefinição do papel das secretarias estaduais de Saúde¹ na implantação e coordenação de modelos microregionais de gestão.

Foram entrevistados, conforme consta no projeto de pesquisa aprovado “atores-chave do processo de gestão da saúde - em nível regional e microregional - do Estado do Paraná”. Estas entrevistas tinham como objetivo principal “demonstrar o que foi feito em nível estadual e compreender o que levou os municípios a aderir aos programas”.

Ainda, conforme o colocado no projeto aprovado o trabalho empírico limitou-se à **Secretaria Estadual de Saúde** (coordenadores dos programas em nível estadual, técnicos da secretaria de saúde, e, eventualmente, de outras secretarias) e alguns contatos com atores ligados às instâncias microrregionais e Consórcios de Saúde (CS).

Destaca-se, portanto, que a visão dos **atores relevantes**, especialmente de **nível estadual**, foi captada através de entrevista gravada e documentada, cuja estrutura se apresenta a seguir e cujos resultados são discutidos na **Seção III - A POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ**.

Em relação aos **atores de nível local e microrregional**, o contato teve caráter complementar, constituindo-se de conversas, visitas in loco, fotografias e análise de documentos, as quais são discutidas na **Seção IV – A PERSPECTIVA DOS CONSÓRCIOS E REGIONAIS DE SAÚDE**.

A pesquisa tem por objetivo maior, como anteriormente colocado e como consta no projeto de pesquisa aprovado, “levantar subsídios para a discussão do novo papel do

¹ No próximo semestre será desenvolvido o projeto “Gestão Estratégica de Políticas Públicas pelos Governos Subnacionais: Análise da Experiência 'Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde' no Estado do Ceará”, já aprovado pelo NPP/EAESP/FGV. Em seguida estudar-se-á mais duas experiências de gestão microrregional com a participação do nível estadual: Mato Grosso e São Paulo.

nível estadual na gestão da saúde - no contexto de descentralização e crise do pacto federativo”. Nada consta, portanto, no âmbito do projeto de pesquisa, sobre a proposição de se efetuar entrevistas com atores do nível federal.

Quanto à visão dos usuários, certamente seria importantíssima, caso nosso objetivo fosse o de avaliar o impacto da experiência, o que constitui em interessante objeto de estudo para outro projeto de pesquisa.

De qualquer forma, dentro do objetivo proposto no projeto de pesquisa aprovado, a saber, registrar a formatação de um modelo de gestão que envolve parcerias entre o nível estadual e municipal; procurou-se, em alguma medida, incorporar a visão dos usuários e funcionários através da participação em duas reuniões do Conselho Estadual de Saúde e na análise de documentos emitidos por aquele colegiado.

Destaca-se, ainda, que o período de duração do projeto, bem como as limitações orçamentárias, especialmente, de equipe de pesquisa, somente permitiram abranger na análise aspectos relacionados ao **modelo de gestão**, sendo que, para abranger a avaliação das experiências estudadas e seu impacto na saúde da população teríamos que dispor de um período bem maior, de um ou dois anos, e não, seis meses.

Posteriormente, dando seguimento à pesquisa, estudar-se-ão estudos sobre outros estados da federação, o que permitirá que se avance em análises comparativas sobre os modelos de gestão de vários estados, São Paulo, inclusive.

Mais uma vez, é preciso deixar claro que o trabalho de pesquisa teve como objetivo, conforme exposto no projeto de pesquisa aprovado, discutir o novo papel dos Estados subnacionais, especialmente de nível regional na regionalização da gestão de saúde através da análise de experiências inovadoras que podem subsidiar a formulação de propostas para a consolidação da proposta descentralizadora do SUS.

Neste sentido o **conceito de “consórcio”**, seja aquele com personalidade jurídica de uma sociedade civil sem fins lucrativos (como os do Estado do Paraná) ou o “consórcio” como “pacto” - que não assume personalidade jurídica (caso do Ceará e de Minas Gerais) é irrelevante para o objetivo da pesquisa. Ainda que estes conceitos tenham sido utilizados diferentemente por técnicos e especialistas da área, o objetivo do presente trabalho **não é** efetuar uma **avaliação dos consórcios em si**, antes mostrá-los como estratégia para efetuar-se a descentralização com microrregionalização e com a participação ativa de vários níveis de governo.

II. A DESCENTRALIZAÇÃO ENQUANTO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GOVERNANÇA

Nos países de primeiro mundo, depois da II Guerra, implantaram-se os Estados de Bem-Estar Social, onde, por um lado, os Estados intervêm nas relações sociais para regular as atividades econômicas e, por outro, garantem alguns direitos sociais dos cidadãos. No início dos anos 70, os Estados de Bem-Estar Social, intervencionistas e centralizados em grandes aparelhos burocráticos, começaram a dar sinais de esgotamento. O conceito de descentralização se desenvolve fortemente nesse contexto como resposta à crise dos Estados de Bem-Estar Social (MENDES, 1998; VIANA, 1998).

Pode-se dizer que o desenvolvimento da descentralização no Brasil, influenciada por esse processo internacional, inicia-se no final da década de 70 com o movimento municipalista. Considera-se que o forte movimento de prefeitos aliados a alguns governadores e as mudanças na repartição de recursos pró-instâncias subnacionais de governo, que ocorreram neste período, foram elementos fundamentais do processo de descentralização, catalisado pela crise do Estado brasileiro e pelo processo de democratização no país. O processo fica fortalecido com a eleição de diversos governadores, em 1982, que tinham como lema, a descentralização.

Entretanto, sem uma iniciativa de coordenação do processo de descentralização, esta vai se consolidar somente com a constituição de 1988.

É nesse contexto que na formulação e implementação da política pública de saúde no Brasil, a partir dos anos 80, foi adotada a estratégia da descentralização, tanto ao nível do processo decisório, quanto da prestação direta dos serviços.

Em 1987, iniciou-se no Brasil o desenvolvimento de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), especialmente motivado pelo documento “Health for All in the Year 2000” da WHO. Particularmente, o processo de descentralização toma forma com a proposta de organização de “distritos sanitários”, base organizacional e operativa do reordenamento dos serviços de saúde em nível local, elaborados com o objetivo de fundamentar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)².

Este foi o início de uma tentativa de unificar, sob um controle gerencial centralizado, a responsabilidade de intervenção na área de atenção à saúde, operacionalmente dispersa entre os vários níveis de governo.

A Constituição de 1988, através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios tais como a universalidade e integração das ações; prioridade à prevenção e participação popular; descentralização da gestão e fortalecimento do papel dos municípios - unificando a gestão dos serviços ao nível local; formula a política pública de saúde atualmente em vigor no Brasil³ (KEINERT, T. M. M. & CERQUEIRA, M. B. 1995).

² Vilaça Mendes, E. “Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde”, Hucitec/Abrasco: São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

³ O Sistema Único de Saúde, como foi mencionado acima, constitui-se na política pública de saúde, definida na Constituição Federal e em Lei Complementar. Além disto, constitui-se também na rede de prestação de serviços do Estado. Assim, quando se fala do SUS pode-se estar falando tanto da política pública, quanto do Sistema Estatal de prestação de serviços. Temos no Brasil um sistema plural de atenção à saúde, composto pelo subsistema estatal (rede do SUS), pelo subsistema de atenção médica supletiva (conveniada e contratada pelo SUS) e pelo subsistema de desembolso direto (convênios, seguros e pagamento individual pelos serviços). Neste texto estamos nos referimos à “**política SUS**” a qual deve se submeter o sistema de saúde como um todo.

1. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O modelo hegemônico de saúde no Brasil desde o final do século XIX até a metade dos anos sessenta, foi o sanitarismo campanhista. O sistema de saúde, neste período, era determinado por “uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação” (MENDES, 1995:20). Este modelo respondia adequadamente à economia brasileira de modelo agroexportador. O aparecimento da Previdência Social está relacionado com o fim do modelo econômico agroexportador e o surgimento do processo de industrialização no país. A ênfase do saneamento dada ao espaço de circulação das mercadorias passa a ser dada, agora, às massas de trabalhadores nos centros urbanos. Simultaneamente ao crescimento da Previdência Social desenvolve-se e torna-se hegemônico o modelo médico-assistencial privatista. Modelo este que dá sinais de esgotamento no final da década de 70, por sua inadequação à realidade sanitária brasileira e pela crise da Previdência Social, seu principal sustentáculo.

O Brasil experimentou grandes transformações na área de saúde nos últimos anos, as quais se caracterizaram por uma grande mobilização popular e conseqüente aumento da participação na área da saúde, não somente de caráter reivindicatório, como também decisório e gerencial. Também verificou-se uma maior participação dos profissionais da área, intensificando as demandas por treinamento e formação, aumentando sua importância estratégica. Da atuação destes atores, notadamente movimentos sociais e profissionais da saúde, surge, ainda, uma ampliação do conceito de saúde, que passa a englobar não somente aspectos relativos ao processo saúde-doença, como também aqueles relativos à qualidade de vida, tais como, educação, habitação, saneamento básico.

Estas iniciativas consolidaram-se no projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Brasileira atualmente em vigor (1988) e regulamentado, posteriormente, pela Lei Orgânica da Saúde. Desta forma, a Saúde, no Brasil, passa a ser uma responsabilidade constitucionalmente assumida pelo Estado e um direito civil do cidadão.

O Sistema Único de Saúde conforma-se a partir de três princípios básicos: universalização da assistência, descentralização das ações e controle social, os quais serão descritos brevemente a seguir:

- A Universalização da Assistência

O princípio da universalização da assistência à saúde estabelece livre acesso aos serviços por toda a população, rompendo com a lógica contributivista anterior - onde apenas os setores da sociedade vinculados ao mercado de trabalho recebiam assistência.⁴ Isto representou, obviamente, um grande avanço, dadas as características sócio-econômicas do país; ou seja, ampliaram-se enormemente as possibilidades de acesso aos serviços, especialmente para as camadas desvinculadas do mercado formal de trabalho.

⁴ A universalização é garantida na Lei 8080/90: “Art. 2º. A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário de ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Pode-se afirmar, então, que o avanço substancial ocorrido no SUS foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e não uma contraprestação de serviços devida pelo Poder Público ao contribuinte do sistema da seguridade social. Daí o acesso à assistência ser universal e igualitário, pois enquanto direito humano fundamental não pode haver condicionantes para o seu exercício. Ver CARVALHO, G.I. de e SANTOS, L. “Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde”. Hucitec, São Paulo, 1992, p. 55 e 61.

No entanto, a universalidade proposta pelo sistema implicou em maiores investimentos por parte do Estado, o que, num contexto onde ainda imperam estruturas pouco flexíveis e carência de recursos, constitui-se num grande dilema. Logo, aquilo que deveria tornar-se um direito exequível pela população adquiriu um caráter, muitas vezes, apenas pró-forma. O atual estágio de desenvolvimento do SUS pode ser caracterizado, por um lado, por uma radical transformação na concepção do sistema de saúde; por outro, e, paradoxalmente, por lentas mudanças na sua organização e no aumento efetivo da qualidade dos serviços à população. Isto ocorre, ou porque a demanda aumentou exponencialmente, ou ainda devido à queda da qualidade ocasionada pela pressão da demanda e a falta de investimentos. Há carência de critérios de prioridade, deixando-se a cargo das “filas” esta tarefa.

- A Descentralização

O fortalecimento das instâncias locais de poder, e, em especial, dos municípios, constitui-se numa mudança importante operada pela Constituição de 1988. O novo texto constitucional fortaleceu os municípios à medida em que prevê maior participação na divisão de recursos tributários, designa novas atribuições e competências, e lhes delega maior poder decisório.

A descentralização, no caso da saúde, operou-se através implantação do SUS, que objetivou devolver às instâncias locais de poder autonomia e capacidade de gestão; estratégia destinada a dinamizar e fortalecer os serviços de saúde através do processo de municipalização.

Se, por um lado, esta proposição é coerente com a conjuntura atual - caracterizada por um movimento de globalização e pelo enfraquecimento dos estados nacionais bem como, e, paradoxalmente, por um processo de “localização”⁵, - destinando (ou

⁵ Keinert, T. M. & Castro Silva, C. de. “Globalização, Estado Nacional e Instâncias Locais de Poder na América Latina”, 1995 BALAS (BUSINESS ASSOCIATION OF LATIN AMERICAN STUDIES) Proceedings, Washington.

gerando) recursos e recursos alternativos ao nível local; por outro, traz consigo algumas dificuldades, como, por exemplo, a efetivação deste projeto em cidades de grande porte, dada a complexidade de sua rede assistencial, de suas demandas e dos atores sociais envolvidos. Ainda, nos municípios menores, tem-se o problema da falta de economia de escala.

- O Controle Social

Através da participação social institucionalizada constante na proposta do SUS, objetivou-se transparência na formulação e execução das políticas públicas de saúde, bem como uma maior democratização de sua gestão. Foram criados uma série de mecanismos institucionalizados, como, por exemplo, os Conselhos de Saúde - órgãos consultivos, deliberativos e de caráter colegiado, compostos por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários - que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde.⁶

A democratização das políticas de saúde traz consigo a possibilidade de organizar demandas sociais, podendo criar uma agenda de interesses coletivos capaz de satisfazer direitos de parcelas da população antes excluídas. Não obstante as vantagens políticas que a proximidade e a participação da população trazem consigo, alguns riscos também se colocam, como, por exemplo, o risco de práticas clientelistas e populistas.

⁶ Os organismos colegiados pertencentes ao SUS são basicamente, de dois tipos: as Comissões Intergestores - instâncias de articulação, negociação e decisão dos gestores do SUS, nos diferentes níveis de governo - e as Instâncias de Participação Social - categoria na qual se incluem os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. Ver “Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Desenvolvimento Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde. Manual: Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município”, 1995.

2. DESCENTRALIZAÇÃO VERSUS MUNICIPALIZAÇÃO

Como colocado, o processo de formulação, gestão e implementação de políticas públicas passou por intensa orientação no sentido da **descentralização**. A área da saúde talvez seja aquela onde este processo está mais avançado, seguida pela da educação. Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos.

Conforme coloca Vilaça Mendes (1998:38)

“O enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde rompeu com o equilíbrio federativo e propiciou um desenvolvimento do SUS caracterizado pela **concentração do financiamento e do poder normativo no governo federal e pela devolução da União diretamente aos Municípios**. (...) Esse processo de descentralização do SUS, mediante **devolução municipalizada, com recentralização do financiamento na União, e sem a participação protagônica dos estados**, em um país grande e desigual, tende a apresentar problemas de equidade e eficiência no sistema como um todo”.

E também como assinala Médici (1996)

“O processo de descentralização do setor saúde no Brasil, desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, vem sendo caracterizado por uma **supervalorização do papel do Município** como prestador de serviços de saúde, ao lado de uma **subvalorização do papel dos Estados** como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Tal comportamento tem acarretado uma série de problemas, onde cabe destacar:

- a) falta de programação e desorganização do processo de localização espacial e operação da rede de serviços de saúde, uma vez que municípios próximos duplicam ou triplicam funções que poderiam ser integradas caso houvesse coordenação central da rede, trazendo economia de recursos de investimento e custeio;
- b) heterogeneidade da oferta assistencial, uma vez que os Municípios com mais recursos institucionais são aqueles que conseguem cumprir os requisitos para captar mais recursos federais, aumentando o hiato assistencial em relação aos Municípios que, por não terem recursos institucionais, são os que mais precisam fortalecer sua capacidade técnica e operacional para oferecer serviços à população”.

E, ainda, continua Vilaça (1998:39)

“A municipalização autarquizada, conjugada com a fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde, fez com que se perdesse a dimensão da regionalização, indispensável a um federalismo sadio, especialmente a região estadual, formada pelo encontro dos espaços subestaduais e supramunicipais. É aí, nesse espaço regionalizado de pertença econômica, social cultural e sanitária que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social”.

Este modelo, que também foi chamado de “federalismo dual” ou **“modelo de assistência municipalista”** quando observado especificamente na perspectiva da gestão de políticas públicas de saúde, demonstra ineficaz e inequívoco.

“Nesse modelo, o município expande a atenção médica sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências. Some-se a esse processo assistemático de fragmentação de equipamentos sanitários, a perda de

escala decorrente da autarquia municipal, e se terá, necessariamente, a implantação de sistemas ineficientes” (Oliveira:1995).

3. O PAPEL DO NÍVEL ESTADUAL NESTE CONTEXTO

Dado o processo **descentralização** na formulação, gestão e implementação de políticas públicas, muitas vezes entendido como simples municipalização, cabe questionar e repensar o novo papel do nível estadual neste contexto. Destaca-se, ainda que a área da saúde talvez seja aquela onde este processo está mais avançado, seguida pela da educação. Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos, polarizando a relação em torno do eixo federal-municipal.

Neste sentido, entendemos que o Estado subnacional, especialmente o de nível regional:

- tem papel relevante e imprescindível na formulação de políticas públicas de saúde dado que possui condições privilegiadas para fazer a coordenação das atividades ao nível regional e microrregional;
- pode inovar, mesmo na atual conjuntura de crise fiscal e do pacto federativo, onde ocorre, simultaneamente a redefinição do papel do nível regional, o fortalecimento das instâncias locais de poder e o enfraquecimento dos Estados Nacionais.

A experiência a ser analisada é considerada inovadora dado que:

- a proposta “**Municípios Saudáveis**” tem dado grande contribuição à visão da saúde enquanto **esforço intersetorial**, rompendo com os feudos técnico-

temáticos fundamento da estrutura hierárquico-piramidal; criando, em seu lugar, lógicas holísticas e horizontais de gestão;

- a dos **Consórcios de Saúde**, inovadora em termos de construção de uma proposta de regionalização e microregionalização da gestão das políticas de saúde, com participação efetiva do nível estadual.

Ambas as propostas:

- abrangem uma **região** ou microrregião com características demográficas, epidemiológicas e sócioeconômicas com alguma **homogeneidade**;
- são mais abrangentes que as propostas de municipalização pura e simples, propiciando **ganhos de escala** por parte das políticas públicas;
- os programas privilegiam o **enfoque preventivo**, especialmente os fatores relacionados ao estilo de vida, ambiente e biologia humana.

O estudo de **experiência inovadoras** têm sido muito difundido nos últimos anos, inclusive incentivado por agências internacionais do porte do Banco Mundial, como uma maneira de fomentar a busca de soluções alternativas, que guardem uma boa relação custo-benefício, contribuindo para a elevação da qualidade de vida em âmbito geral. Trata-se de experiências que procuram dar conta do **esgotamento do chamado modelo de gestão burocrática** e que visam incentivar, na prática, a construção de um novo referencial.

O **Estado do Paraná**, por sua vez, é conhecido por sua atuação inovadora em várias áreas, sendo que, recentemente, obteve o primeiro lugar também na área da saúde, conforme classificação efetuada no Brasil pelo Ministério da Saúde (dezembro/1997). A partir desta constatação, o Estado do Paraná pode ser

considerado “**modelo referencial**”, permitindo que, em continuidade a este projeto, se utilize a técnica de *benchmarking* com o Estado de São Paulo.⁷

III. A POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

1. MODELO DE GESTÃO

O processo de descentralização, principalmente nos países da América Latina, iniciou-se como parte da mudança dos regimes autoritários. Estes se caracterizavam por serem centralizados, burocráticos e excludentes.

No Brasil, nos anos 80, com o acirramento da crise política, o movimento de descentralização ganha força impulsionado pelo processo de redemocratização e de reforma do Estado. O resultado mais importante desses processos foi a Constituição de 1988, onde a descentralização dos serviços de saúde transformou-se em mandato constitucional. (MENDES, 1998).

As decisões sobre as intervenções sociais que em todo o período autoritário eram centralizadas, fragmentadas e descoordenadas, a partir da Constituição de 1988, passam para o âmbito do município. Os princípios constitucionais mudam a relação Estado/sociedade, cabendo novos papéis aos municípios e estados como unidades federadas.

O processo de municipalização impunha um novo cenário onde as funções de execução de serviços de saúde pública e de atenção médica são retiradas das Secretarias Estaduais de Saúde. Esse contexto demanda modificações nos métodos e nas estruturas tradicionais das secretarias estaduais de saúde.

⁷ O Estado do Paraná, juntamente com o Ceará e Bahia são alguns dos poucos Estados brasileiros que estão conseguindo protagonizar um novo papel para o nível estadual, em que pese a crise fiscal e e do pacto federativo.

A perspectiva que se quer focar na análise do Modelo de Gestão da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná está relacionado com as mudanças e soluções aplicadas a esse novo papel de reguladoras da atenção médica.

Analisamos aqui as respostas à questão: *Que pontos você destacaria na proposta de Modelo de gestão da SESA que caracterizem a descentralização com a participação ativa do nível estadual (dentro da visão de que descentralização não é sinônimo de municipalização e de que é papel fundamental da SESA fazer a coordenação intermunicipal-intraestadual)?*

Transcrevemos trechos mais elucidativos das respostas na sua íntegra e as expressões que julgamos mais relevantes para a pesquisa foram sublinhadas.

Assim como foi observada na maioria das secretarias, **a nova situação cria claramente uma crise de identidade**, que foi explicitada pelo médico epidemiologista João Bosco Strozzi que atuou diretamente como Assistente de Direção da secretaria na gestão 95-98:

Da última vez que eu trabalhei lá - que eu trabalhei várias vezes na Secretaria da Saúde - , foi em mil novecentos e noventa e cinco, a gestão que iniciou naquele ano. Então essa nova gestão, entrou numa espécie de crise de identidade - eu acredito que todas as Secretarias de Saúde tiveram isso... Porque tinha sido feita a descentralização, que começou lá na Reforma Sanitária, na formação do SUDS, - depois SUS - e a gente sentiu assim que foi uma “descentralização na base da caneta” mesmo. ‘Vamos municipalizar e descentralizar.’ - e um exemplo clássico assim de municipalização na caneta foi a Vigilância Sanitária, por exemplo. Foi municipalizada assim a toque de caixa... As cidades grandes até que não sofreram tanto, mas as cidades pequenas a gente percebeu assim uma queda muito acentuada no poder dessas Vigilâncias Sanitárias.

Por exemplo, a gente chegou ao ponto de achar que as estradas e os estabelecimentos de beira de estrada deveriam ter uma vigilância ao nível estadual; porque a estrada ela vai de um lugar para outro, ela não ‘fica’ num lugar; ela é quase como se fosse móvel embora ela seja estática. A gente até dizia assim: ‘Essa estrada, ela vai para algum lugar’. Mas isso não acontece, então a vigilância ela é toda fragmentada nos municípios por onde a estrada passa; e esse é só um exemplo. Então, essa crise de identidade ela acabou sendo... - eu acredito que ainda exista um pouco - mas ela foi atenuada com a mudança de atitude do poder executivo, digamos assim, para um poder mais normativo da Secretaria da Saúde. Então nós tínhamos ainda algumas coisas executivas – nós que eu digo é o nível estadual- por exemplo, as especialidades médicas ainda ficavam sob responsabilidade do Estado, alguns hospitais, e assim por diante. Agora, da NOB/96 para cá muita coisa mudou - os municípios já estão assumindo a gestão plena - antes, o máximo que existia era semiplena.

Agora, quando você lê a NOB/96 é esquisito, porque a impressão que dá é que o nível estadual fica pleno na medida que tem a maior parte da população municipalizada. Então chega um ponto de equilíbrio em que não vale mais a pena para o estado municipalizar, porque daí ele vai saindo da arena. Ele não joga mais, fica direto do nível federal para o nível municipal, então, eu tenho a impressão que vai chegar um momento de impasse, mas enfim, então o estado vai acabar tratando dos municípios pequenos só, cuidando dos pequeninhos, e talvez isso seja interessante.

Paralelamente, ocorriam, em nível mundial, diversas iniciativas de reorganização de serviços em busca de melhor efetividade na prestação da atenção à saúde. “No Brasil, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, destacou a importância estratégica do distrito sanitário com base para a nova configuração da rede nacional de serviços de saúde” (PAIM, 1995:187).

Segundo definição do Ministério da Previdência e Assistência Social/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o distrito sanitário é “unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos político-institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde”.

Em inúmeras plataformas de governo que se apresentaram no processo político-eleitoral de 1986, podia-se observar a inclusão da implantação dos distritos sanitários. No estado do Paraná, se a implantação dos distritos sanitários não se apresentou como plataforma de governo que foi vencedor nas urnas de 1994, no âmbito da secretaria estadual de saúde, a sua concepção parece ter influenciado o modelo de organização dos serviços de saúde.

Isso pode ser observado pelas modificações introduzidas na saúde, apontadas pelo diretor de planejamento e coordenação do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Paraná, período 95-98, Carlos Homero Giacomini. Somente a análise do que foi relatado em entrevista não permite chegar a conclusões definitivas, entretanto pode-se dizer que as modificações não foram estruturais.

A idéia de distrito sanitário foi utilizada mais como modelo organizacional/gerencial de recursos/serviços de saúde, num dado território (PAIM, 1995) e menos como regionalização num recorte da realidade social (IDEM). Não podemos, entretanto desconsiderar a participação direta desta secretaria nos esforços de reorientação e conformação de uma rede de serviços numa perspectiva racionalizadora, não obstante o processo de municipalização.

Além da idéia de distrito sanitário, concepções como “territorialização”, “organização de serviços em micro-áreas”, “escala intermunicipal” e “equidade”

foram utilizadas como alicerces das modificações na estrutura administrativa da Secretaria. Uma das preocupações centrais na área do planejamento parece ter sido “ganhar” escala e o papel redistributivo dos recursos do nível estadual.

“... eu acho que uma questão fundamental, que a gente... pensou naquele momento, era uma... uma visão, dentro do conceito de territorialização, numa escala estadual... tínhamos, e vínhamos trabalhando com o conceito de territorialização inter-município, as Regionais de Saúde, mais ou menos dentro do conceito de Distrito Sanitário, dentro do distrito, as áreas das unidades, as micro-áreas chegando até o município.

Depois, extrapolamos essa visão para uma escala intermunicipal. Então nós... tínhamos, e temos no Paraná, as chamadas Regionais de Saúde, que são... em número de vinte e quatro e que... tem uma sede e em torno dela um número variado de municípios, mas às vezes chegam a trinta municípios em torno... daquela Regional, e nós sentíamos falta de duas escalas intermediárias, do ponto de vista do território: uma, a maior, que congregasse algumas Regionais, e portanto nós... imprimimos um desenho de Macro-Regionais, que era uma coisa virtual, não tinha nada a ver com... não era uma estrutura, sabe? mas era um desenho para planejamento mesmo, e para articulação. Então nós... nós dividimos o Estado em (regiões) a Metropolitana, o Centro, o Norte, o Noroeste, o Oeste, o Sudoeste, Oeste, Noroeste, o Norte, o Centro. A Metropolitana; eram seis Macro-Regionais que congregavam então várias Regionais, sempre observando, dentro do conceito de territorialização mesmo, eram regiões que tinham alguma coisa a ver, não era uma coisa meramente administrativa, mas observando determinado desenho que a história local, sócio-política e geográfica indicava. E para baixo, quer dizer, numa escala menor do que a Regional, nós desenhamos os Módulos Intermunicipais; eram municípios que tinham uma agregação também, por algum motivo, e que funcionavam como uma espécie de sub-polo.

Então esses Módulos Intermunicipais, eles eram aproximadamente na ordem de setenta a oitenta Módulos desses, e eles então congregavam dois, às vezes, ou quatro, ou cinco municípios que também por razões históricas e... já tinham algum tipo de agregação. A Regional de Saúde se articulava para uma escala maior, com as outras Regionais fazendo uma macro, e isso nos dava escala para muitas questões; por exemplo, nós trabalhamos a implantação dos Hemocentros Macro-Regionais; nós trabalhamos a idéia dos Centros Especializados de Atenção à Saúde do Trabalhador, Macro-Regionais, e geralmente isso tinha a ver com as cidades-polo do Estado mesmo, que o próprio Governo Estadual definia, e que não é porque ele definia, é porque elas efetivamente eram.

Então Cascavel no Oeste, Maringá no Noroeste, Londrina no Norte, Curitiba na Região Metropolitana, Guarapuava no Centro, e depois o Sudoeste, dois sub-polos que eram Pato Branco e Francisco Beltrão; quer dizer, então, nessas cidades havia muitas coisas que era razoável, que era interessante localizar nessas cidades, não meramente por uma questão administrativa mas por uma questão de, por exemplo, de acesso, estradas, é complexidade de serviços instalados, estrutura governamental, é... a própria presença já do Estado, com estruturas estaduais montadas ali.

...nós começamos aí a tentar conceber um plano estadual de investimentos, e talvez na verdade isso tenha sido uma redução, porque o plano deveria ser o Plano e não um plano de investimento, mas acontece que na época nós estávamos nos preparando para dois programas de financiamento: um era do Governo Federal, o Reforsus, e outro do Governo Estadual, o que chamava Paraná Urbano e que tinha um componente de financiamento para o setor Saúde. Então isso talvez tenha sido uma grande atuação com o Estado, uma coisa muito própria do Estado, esta base territorial organizada.... nas Macro-Regionais nós

tínhamos o Assessor de Macro-Regional, então essa pessoa era uma pessoa geralmente muito bem preparada, era assim dos melhores quadros que a gente tinha e que fazia um trabalho de... de aproximação dessas Regionais no cotidiano, então descobrindo onde havia questões comuns de trabalho, que suplantasse uma regional, ou como um diretor de Regional poderia apoiar a aglutinação de três ou quatro, dentro da Regional. Então essa figura do Assessor de Macro foi uma figura muito importante, ele era uma espécie de... Assessor do Secretário lá na região e Assessor da região junto ao Secretário. ele fazia uma ponte personalizada com a ponta lá, com a região e o nível central da Secretaria. ... essa organização foi importante nesse ponto de vista, nós criamos o plano um documento, Atlas de Saúde do Paraná, que foi editado em mil novecentos e noventa e seis e que mostrava assim, a idéia era numa linguagem mais analógica, para Prefeitos, mostrava o primeiro fruto da primeira aproximação desse plano estadual de investimento, e esse plano estadual de investimento tinha os vários componentes. Então nós tínhamos os projetos estratégicos da Secretaria, a questão do Município Saudável, da Saúde da Família, do Tratamento do Trauma, Sistemas Integrados de Atendimento ao Trauma de Emergência, a questão do sangue, a Rede Estadual de Laboratórios e de Saúde Pública. Enfim, um conjunto de projetos estratégicos, cuja organização sempre procurava ter uma visão sistêmica; então, por exemplo, você tinha componentes a nível macro-regional, componentes a nível regional, componentes a nível micro-modular, que nós chamávamos Módulos, e componentes a nível municipal, distintas escalas. Por exemplo, eu já citei alguns: no nível macro-regional os Centros de Atenção à Saúde do Trabalhador, ou o Hemocentro; no nível regional é por exemplo, um Banco de Sangue, quando era o caso e no nível local às vezes nada, nos pequenos municípios, mas com acesso organizado. Sistemas Integrados de Atenção ao Trauma a mesma coisa, o sistema montado com a parceria com o Corpo de Bombeiros, e tal, no polo da Macro, e às vezes estendida

para outras Regionais que tinham questões. O caso do Oeste, um grande polo em Cascavel, que atendia então uma região em torno, e uma espécie de sup-polo em Foz do Iguaçu, que Foz do Iguaçu também era muito importante do ponto de vista de acidentes e tal; então essa escala, até você chegar ao nível municipal, com... o seu Posto de Saúde, o... numa escala adequada para aquele lugar, com uma concepção modular que ao longo do tempo pudesse então ir se expandindo. Muito bem, então como é que se pensou isso? Bom, se fez o seguinte: nós criamos as Bipartites Regionais; então o município, ou alguns municípios, quando era o caso dum projeto modular que servisse para três ou quatro, eles se organizavam com incentivo da Regional, com apoio técnico da Regional, para formular os seus projetos; aprovavam uma ordem de prioridade desses projetos no Conselho Municipal de Saúde e os enviavam para a Bipartite. ... a Bipartite Regional então fazia, frente ao conjunto das questões daquela Regional, uma priorização. Depois nós fazíamos, no nível central, uma priorização das questões regionais e macro-regionais; então, a nível central, priorizava-se o polo e o município, o polo intermunicipal e o municipal, e nos mandavam uma relação aprovada pela Bipartite Regional.

... todo um processo de acumulação para formar essas Bipartites, não foi tão simples; no começo, por exemplo, quando o Secretário começou a falar em Bipartites Regionais, os municípios reagiram, disseram que aquilo era ingerência do Estado, o Estado estaria centralizando, e na verdade, em termos de balanço centralização-descentralização, era mesmo uma centralização, mas não significava uma concentração de poder, significava uma solução melhor.

... Essas Bipartites Regionais tinham os representantes dos municípios, enfim, nem sempre um de cada município; nós tínhamos Regionais que tinha trinta e nove municípios, não dava para fazer uma Bipartite de

oitenta pessoas, mas representantes pelo menos das cidades-polo. Então, lá no município aprovavam uma lista de prioridades municipal. Na Bipartite Regional se fundia essa lista numa lista de prioridades regional, sempre um juízo técnico e político também. ..às vezes, um determinado local estava com o seu Sistema de Saúde tão pouco desenvolvido que num outro lugar onde se fazia um grande esforço de consolidação do sistema de Saúde era às vezes mais importante contemplar um determinado recurso naquele local. Mas isso eram exceções; então depois essas listas regionais eram consolidadas numa lista estadual, na Bipartite Estadual.

Outra experiência inovadora foi a alocação de recursos norteadas através da criação de um instrumento denominado Índice de Salubridade. Os municípios do estado foram ordenados segundo o Índice, o que permitia ao secretário priorizar os municípios ou regiões para onde deveriam ser alocados os recursos estaduais. Isto pode ser observado também na entrevista de Carlos Homero Giacomini.

Nesse momento o Índice (de Salubridade) foi muito importante, porque era um instrumento muito forte de priorização para nós. Então eu acho que isso também é uma grande contribuição daquele momento. Quer dizer, você trabalhar com a idéia de que o Estado precisa ter um instrumento eficaz, de condução de equidade na divisão dos recursos. E uma das coisas que a gente usava então era o Índice de Salubridade. Ele foi utilizado nesse momento da priorização dos projetos e foi utilizado também na co-execução de algumas políticas, como por exemplo a questão da Farmácia Básica. Tínhamos quatro grandes grupos de municípios do Estado. A Farmácia Básica era uma cota para três mil pessoas, então nós tínhamos desde aqueles municípios que recebiam somente cinquenta por cento da necessidade, em termos de cotas, até os que recebiam cem por cento, dependendo do seu Índice. Comprando em escala e dando remédio para aquele município, a gente liberava o município para outras despesas, como por exemplo contratação de

Agentes de Saúde. Porque o pequeno município tinha problema terrível, com remédio, ele geralmente comprava direto na farmácia da esquina. Nós passamos a ter uma escala de compra para o Estado inteiro distribuir de acordo com o Índice, que promovia uma certa equidade e com isso a gente fazia uma política, efetivamente uma política de Estado.

Sabe-se que a descentralização “não é um movimento discreto mas um processo social... não é compatível com tempos políticos muito curtos e nem pode ser implementada de maneira uniforme” (MENDES, 1998). Portanto, não poderíamos esperar que o processo de descentralização na secretaria estadual de saúde do Paraná fosse muito diferente. Este ainda está em desenvolvimento nesta Secretaria, buscando formas de enfrentar as novas demandas desde a implantação do SUS. Além de procurar solucionar problemas diretamente relacionadas com a perda das funções de operação da rede básica de serviços, questões como o controle das endemias e vigilância epidemiológica estão na ordem do dia. Reconhecem que ainda não existem soluções para tais questões, entretanto as inquietações apontadas na entrevista de Isaías Cantoia Luiz (assessor da Macrorregião de Campos Gerais e assistente do secretário da saúde) mostram que as suas preocupações estão direcionadas para a distribuição do poder e para o seu deslocamento do centro para a ponta (municípios). Pontos que podem ser considerados fundamentais para o entendimento dos conceitos de desconcentração e devolução, que são apontados por MENDES, 1998, como os que melhor traduzem o complexo movimento de descentralização.

Uma coisa que a gente tem sempre discutido aqui e que eu acho muito importante, é que quando você trabalha com descentralização, às vezes se confunde com desconcentração.

... quando você está desconcentrando ações você não está descentralizando, você está só tirando um congestionamento que tem no nível estadual e colocando-o mais na margem, na periferia, que seriam os

municípios. Quer dizer, esse processo de desconcentração é ruim, ele tem diferenças da descentralização, porque quando se descentraliza, se descentraliza responsabilidade, se descentraliza autonomia, porque os municípios, ou gestores mais da ponta, vão poder fazer e, junto com isso, você descentraliza também decisão, você descentraliza recurso, você descentraliza.

E essa descentralização que a gente está trabalhando aqui é uma descentralização até onde é possível pactuar... Porque muitas coisas que são descentralizadas não há possibilidade de você pactuar, um exemplo, nós estamos trabalhando agora a descentralização das endemias.

.. como a gente está tentando trabalhar? (Que) Essa descentralização seja pactuada com os três níveis: o nível central, que é Brasília, ou o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde e o município.

No caso específico de controle de endemias, as ações efetivas de controle, assistência e vigilância epidemiológica são desenvolvidas no município - no território do município - e essas coisas vinham (sendo) historicamente bem assim: quem cuidava do doente era o nível estadual e quem cuidava da prevenção era o município - e o Estado tinha um papel que não estava muito bem claro qual que era a função do Estado...

Aí tinha aquela até aquela questão: será que o mosquito é federal, o mosquito é estadual, o mosquito é municipal?

Quer dizer, tudo isso tem que ser feito de uma forma coordenada, que você tenha sintonia, que você tenha uma sincronia, que sejam sincronizadas, e que dessas coisas você tenha sinergia, quer dizer, movimento positivo no sentido de que você dê conta de resolver o

problema com menor custo, com menor esforço, com menor gasto de energia.

Nós estamos procurando agora, as três esferas juntas, sentar e pactuar: para dar conta de resolver esse problema, de uma forma que a gente gaste menos recurso financeiro, menos recurso material, e que tenha um maior impacto, impacto nas ações’.

2. FORMAÇÃO DOS CONSÓRCIOS

Em uma revisão da nossa história política recente, observamos um forte movimento municipalista no final dos anos 70 e início da década de 80. Este movimento pode ser caracterizado como aquele em que alguns municípios passam a ter notoriedade por gestões tidas como inovadoras e são copiados, e como eliciador da luta pela descentralização e pela redemocratização.

“Nesse período, por conta também de um novo padrão de urbanização os governos locais se deparam com a necessidade de organizar serviços sociais para dar conta tanto das novas exigências colocadas pelo desenvolvimento econômico, quanto do crescente nível de desigualdade e pobreza que surge nas novas periferias dos espaços urbanos”. (VIANA, 1998: 29).

Pode-se dizer que esse é o contexto do aparecimento dos consórcios intermunicipais, dos quais o de saúde é uma particularidade, que surgem espontaneamente das necessidades dos municípios de resolverem problemas de interesse comum. Embora as experiências de consórcios de saúde no estado de São Paulo já tivessem sido iniciadas na década de 80 (JUNQUEIRA, A.T.M; MENDES, A. e CRUZ, M.C. T, 1999) a disseminação desse tipo de associação intensificou-se na década de 90, momento em que se consolidava o processo de descentralização/municipalização dos serviços e da gestão em saúde no país.

Neste item analisamos as respostas à questão: **Em que medida a proposta de consórcio se constituiu em instrumento estratégico para conseguir estes objetivos** (de descentralização)? Transcrevemos trechos mais elucidativos das respostas na sua íntegra e as expressões que julgamos mais relevantes para a pesquisa foram sublinhadas.

Em 1995, quando se inicia a gestão de governo aqui em análise, o Paraná, não fugia ao movimento acima descrito e já contava com pelo menos 3 experiências, espontâneas, bem sucedidas de consórcios de saúde: Paranaíba, Campo Mourão e Umuarama. O processo de transição em que a Secretaria de Saúde assumia novas funções na gestão do sistema parece ter, de certa forma, influenciado o relacionamento com os consórcios. Os três consórcios existentes que haviam se formado e funcionado sem a interferência direta do nível estadual passam a ser referência para a Secretaria estadual de Saúde. Ela adota a formação dos consórcios como instrumento de política deliberada de descentralização e pode-se considerar que as demais associações intermunicipais que surgiram em todo o estado do Paraná foram resultado desta política.

Como aponta Homero Giacomini (Diretor de Planejamento, 95/98):

O Consórcio, em algum momento anterior a noventa e cinco, foi uma proposta até espontânea dos próprios municípios diante da municipalização... eles resolveram estar se movimentando, se mobilizaram de dentro dos próprios municípios, criando Consórcios...

Então da utilização do Índice de Salubridade, por exemplo, começou um grande incremento aos Consórcios. Então a maioria dos Consórcios tinha uma escala regional, regional que eu digo, aquela sede regional dos municípios. Mas teve outros Consórcios, como o Consórcio de Colorado, por exemplo, que era um Consórcio de Módulo de Municípios; então ele não tinha escala regional, ele era sub-regional. Ele congregava alguns

módulos, aliás, alguns municípios num Módulo, e ele foi uma experiência inclusive, em termos de consórcio, talvez um dos melhores, porque a escala regional do Consórcio, sempre regional, ela é um pouco mais administrativa do que real, do ponto de vista epidemiológico.

Mas aí é uma limitação porque, para organizar um Consórcio, você muitas vezes tinha que dar a ele um caráter regional. Mas nós tínhamos dois casos, me lembrei agora do segundo, em que os Consórcios eram sub-regionais, o de Colorado e o de Luanda; o de Colorado no Norte, que estava dentro da região de Londrina, mas separado dela, e o de Luanda, no Noroeste, dentro da região de Paranavaí, mas também independente dela. Então você começava a ter uma pluralidade maior, arranjos diversificados.

‘Eu não tenho bem certeza dos dados, mas você deve ter, documentos melhor do que eu, mas quando nós começamos na Secretaria, se não me engano, existiam três ou quatro Consórcios, e hoje, se não me engano também, são quinze; então houve efetivamente... Vinte, são vinte.’

Então houve efetivamente uma intencionalidade da Secretaria. A pessoa que foi o ‘costurador’ desse negócio, sempre teve presente estimulando os municípios e mostrando os caminhos... porque depois de um certo acúmulo, também fica fácil... no início tudo era novo, não se sabia como fazer, quem é que ia ordenar, como é que ia gerenciar, como é que ia comprar, e enfim, toda essa coisa; e o Tribunal de Contas... e qual é que era a relação (com os municípios), quer dizer, tudo isso eram dificuldades.

... havia já um movimento, só que era um movimento tipo assim, o Estado dizia assim: ‘Bom, vocês querem fazer Consórcio? Então se organizem, façam e se virem’, mas a partir dali a gente falou: ‘Não, vamos... já que

isso tá... surgindo e é uma vocação, um arranjo muito interessante, então vamos estimular isso, vamos reforçar isso.

João Bosco Strozzi (médico epidemiologista, participou na formulação e implementação dos principais projetos da Secretaria estadual, na gestão 95/98), também aponta a formação dos consórcios como política de governo do nível estadual, por entenderem ser este instrumento de redistribuição de recursos, de ordenação da utilização dos recursos disponíveis de forma a reduzir a ociosidade dos equipamentos municipais e de racionalização dos processos de compra e contratação de serviços.

Uma outra coisa que funciona bem aqui no Paraná – quer dizer, bem, bem em parte - no modelo de gestão são os Consórcios Intermunicipais de Saúde, que vem dando certo na medida em que se organizou, se criou entidade para cada Consórcio existente. O Consórcio Intermunicipal de Saúde é uma entidade de natureza privada, então fica ágil, contrata, demite, cria um Fundo Municipal de Saúde - onde todos os municípios que participam depositam com o objetivo de atender as especialidades que os municípios não teriam capacidade de conter, digamos assim, a parte médica. E Consórcio Intermunicipal de Saúde, não é uma rede de municípios.

A gente tem uma experiência até estranha, aqui no Estado do Paraná, porque os consórcios se iniciaram antes dessa última gestão, que se iniciou em noventa e cinco - e que continua na Secretaria dada a eleição do Governador. Então é a mesma gestão que já está há seis anos ali.

Mas, antes disso já existiam consórcios, criados na gestão anterior, anterior a noventa e cinco, de forma espontânea.

Foi quase que uma alternativa à própria regionalização do Estado, da Secretaria Estadual de Saúde... Então de noventa e cinco para cá os consórcios seguintes que foram instalados, eles já foram com a tutela da Secretaria de Estado, então já começou participar o Estado, não à revelia como antes. Inclusive o estado começou a participar nos antigos, dando a eles um caráter mais normativo, porque eles estavam... sabe como que é, quando começa assim de forma espontânea, a gestão também fica sendo de forma espontânea, fica um pouco solta. O estado então chamou a si a responsabilidade de todos esses consórcios e organizou de uma forma mais ou menos padronizada...

E depois, os próprios prefeitos das cidades-pólo - que seriam teoricamente os que perderiam, digamos assim, porque o Consórcio cria uma forma de atendimento de toda aquela região; quer dizer, dá a sensação que as vagas dos hospitais vão ser ocupadas por pessoas de outros municípios, então o município dele está perdendo... - mas eles viram isso de uma outra forma. Na verdade, essas vagas elas vêm sendo compensadas pelas AIHs – o que não existia antes – e que funciona como compensação de cheque. Quer dizer, o paciente, não fisicamente, mas ele leva a AIH dele do município de origem para o município para onde ele vai, então é cobrado do município de origem; quer dizer, ficou um pouco mais justo, digamos assim. O Paraná tem mais leito hospitalar do que precisa, então está sobrando leitos aqui.

A gente sabe que essa sobra de leitos hospitalares não é nos municípios pequenos, é nos municípios de médio e grande porte, então não houve esse problema; pelo contrário, ajudou, auxiliou os municípios maiores. E politicamente também, quando se une um grupo maior de municípios os deputados gostam disso, porque o controle político é maior, embora o controle social sobre esse consórcio também seja maior; cada município tem o seu Conselho Municipal, existem as Comissões Intergestoras

regionais, que trabalham muito em paralelo aos Consórcios, quer dizer, os Consórcios são bem policiados por esses Conselhos. Eles não tem essa liberdade toda...; não é o simples fato de serem entidade privada que vão ter essa autonomia, como uma empresa privada teria... Eles têm esse controle.

A municipalização dos serviços de saúde no Paraná foi um processo que se desenvolveu de modo relativamente rápido, onde os municípios foram estimulados e assessorados pelas regionais estaduais de saúde na habilitação à gestão das ações dos serviços de saúde. Como podemos observar na entrevista de Arnaldo Agenor Bertone, atual Diretor Geral da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, é motivo de orgulho que todos os 399 municípios paranaenses tenham gestão básica do sistema (PAB) e 13, Gestão Plena. Entretanto, com a municipalização emerge o problema da falta de recursos humanos e materiais mínimos para os pequenos municípios assumirem a operação dos serviços de saúde, principalmente aquelas de maior complexidade tecnológica.

Como na maioria dos consórcios formados em todo o país, a indisponibilidade de recursos humanos e infraestrutura, principalmente nos pequenos municípios, além do princípio da economia de escala podem ser apontados como fatores que levaram a Secretaria estadual de saúde à implementação de consórcios.

Este tipo de associação aparece neste momento, como alternativa da escala regional na administração dos Centros Regionais de Especialidades, até então sob a coordenação e execução da secretaria estadual de saúde. Em seguida, a formação dos consórcios passa a ser instrumento de organização da política estadual de atenção secundária e terciária do SUS.

Em oitenta e três existia Unidade da Secretaria Estadual em todos os municípios do Paraná, para fazer atenção básica, e essas Unidades foram municipalizadas. O projeto que se seguiu era que todos os

municípios na sua parte de atenção básica, assumissem essa atenção, tanto é que hoje, no Paraná, todos os municípios tem PAB, todos tem gestão básica do sistema, todos os trezentos e noventa e nove municípios, e treze tem Gestão Plena...

(Para cada Distrito Regional de Saúde havia uma Unidade de Referência) que era um Centro Regional de Referência para aquela Regional de Saúde. Então a estratégia foi trabalhar no sentido de que o Consórcio dos municípios daquela Regional de Saúde, ou seja, vinte e nove municípios numa Regional, ou nove, dependendo do tamanho da Regional, fizessem, participassem desse Consórcio e passassem a administrar aquele Centro Regional de Especialidade.

Então foi, na Gestão anterior, uma estratégia importante para fazer funcionar o serviço, e a gente queria mais do que isso; a gente queria, além de fazer funcionar melhor o serviço, então como estratégia de gestão de um determinado serviço, a gente queria também que ele não se perdesse, ou seja, que ele não tomasse rumo diverso no resto do Estado, que ele obedecesse uma política estadual. Ao mesmo tempo, a gente implementou isso com firmeza e como projeto de Governo, virou programa de Governo; um dos programas de Governo era : “Apoio Total aos Consórcios Intermunicipais de Saúde”, com gestão colegiada.

Do mesmo modo como todos os consórcios intermunicipais de saúde em todo o país, os consórcios no Paraná se desenvolveram mediante a criação de uma associação civil de direito privado com o objetivo de responder ao modelo da administração pública, burocratizada e lenta. Entretanto isso foi interpretado como um dos artifícios do governo do estado para a privatização da saúde. Este fato é comentado por Homero Carlos Giacomini, diretor de planejamento, gestão 95/98.

Bom, do ponto de vista político, nós tivemos muita oposição, na questão dos Consórcios, por parte de alguns segmentos ao nível de Conselho Estadual ... levantavam aquelas questões que nós estaríamos promovendo a grande privatização no Estado, de serviço, e que o Consórcio era um absurdo porque contratava gente sem concurso, comprava sem licitação...

‘Quer dizer, tudo aquilo que realmente a gente acreditava que poderiam ser elementos importantes até para uma agilização, o pessoal colocava desse modo... Mas depois... então eu me lembro duma Conferência Estadual de Saúde, provavelmente, se não me engano, onde teve votação contra Consórcio Intermunicipal: ‘Abaixo os Consórcios’, e nós, sinceramente, não demos bola para aquilo e continuamos trabalhando e fazendo. Sempre colocando, muito mais um padrão de auto-regulação do que alguma coisa que fosse toda amarrada em leis...

Mas, por exemplo, para contratar gente tinha que ter uma regra, embora não tivesse concurso mas tinha que ter uma regra.. E tivemos situações onde começou a virar uma coisa de compadre, claro que teve, mas daí a gente atuava; discutia, levava para a Bipartite, enfim, resolvia aquilo mais num plano de discussão política do que acionamento de leis e etc., né?

O modelo médico-assistencial privatista construído e consolidado por um conjunto de políticas públicas vigentes, principalmente, na década de 70, tem como consequência o centralismo sanitário. Ou seja, os investimentos, nesse período, foram relativamente concentrados na expansão e no incremento de serviços de alta densidade tecnológica e portanto localizados nos grandes centros urbanos. (MENDES, 1995)

Dentro dessa tradição do centralismo sanitário, Curitiba, Londrina, Cascavel e Maringá eram os grandes centros urbanos onde se concentraram os recursos especializados do estado do Paraná. Parece inegável, que, com a implementação dos consórcios, os níveis de atenção secundária e terciária se viabilizaram de forma mais equilibrada e melhor distribuída neste estado, desconcentrando-se daqueles centros. Como é apontado na entrevista de Isaías Cantoia Luiz:

Tentar sempre fortalecer essas complexidades, de forma que você, aí sim, desconcentre dos grandes centros, Curitiba, Londrina, Cascavel e Maringá, que são os pólos mais avançados nessa questão.

Então você tem que fazer o quê? Você tem que pegar algumas outras regiões do Estado - aí é o papel reitor do Estado, papel importante do Estado, aí o Estado tem que ajudar, porque sozinha aquela região não vai conseguir.

Ali o Estado tem um papel fundamental, que o Estado tem que chegar lá e... investir em cima, controlar. Pega a questão do câncer, por exemplo, quer dizer, a referência para câncer no Estado hoje, tem... duas ou três referências; nós temos que melhorar isso daí, temos que pôr mais referências para tratamento do câncer.

A questão de Terapia Renal Substitutiva a mesma coisa, quer dizer, você tem que cada vez colocar o usuário mais próximo do local.

Teve tempo que vinha gente de Pato Branco fazer hemodiálise em Curitiba, viajar quase quinhentos quilômetros, três vezes por semana; quer dizer, você expõe o cidadão.

Agora não, agora já tem perto lá, quimioterapia radioterapia. Quer dizer, a proposta é essa, desconcentrar esses Serviços para que fique

cada vez mais perto do usuário, e dê condições àquelas regiões onde sozinhos os municípios não têm condição, porque daí é uma função do Estado. O Estado tem esse papel.

Uma das questões que a Secretaria Estadual de Saúde tem discutido com os consórcios e seus respectivos municípios associados é a questão do custeio do sistema. Existe uma defasagem entre a organização do nível primário – pouco desenvolvido – nos municípios e dos níveis secundários e terciários – mais desenvolvidos – dos consórcios. A partir da facilidade de acesso e maior organização do consórcio, os municípios tendem a “forçar” atendimentos que poderiam ser resolvidos ao nível do município. Isto tem um custo que o próprio município arca, embora não perceba.

Observa-se também que, a partir da experiência acumulada desde a formação dos consórcios com a participação ativa do estado, outras temáticas são levadas aos municípios no sentido de uma melhoria na organização dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis de atenção, primário, secundário e terciário.

Estes fatos são apontados por Isaías Cantoia Luiz como problemas nos quais o estado tem se debruçado. O entrevistado aponta o “Agente Comunitário” como uma das soluções para uma atenção primária mais eficiente e efetiva, não focada na doença em si, a ser realizada nos municípios.

Como se organiza o atendimento nos níveis primário, secundário e terciário, é uma coisa importante. Depois de algum tempo, os municípios começaram a perceber que o Consórcio custa caro, para eles encaminharem para o Consórcio coisas que eles poderiam estar resolvendo no município.

Porque o que aconteceu no primeiro momento? Quando se disponibilizou o Consórcio, os serviços primários dos municípios tiveram um retrocesso.

Porque era muito mais fácil mandar para frente, para os Consórcios. Então tinha uma demanda por serviços, no Consórcio, muito alta, e com pouco retorno.

Vou te dar um exemplo bem prático: um Consórcio, num determinado mês, ele gastou setenta mil reais para descobrir que as pessoas não tinham nada, né? Graças a Deus que ele descobriu que as pessoas não tinham nada, mas que esse recurso poderia ter sido utilizado para outras coisas se o município, que demanda o Consórcio, tivesse um Serviço de Assistência primária melhor gerenciado, com maior resolutividade, com hierarquização...

Quer dizer, a pessoa chega com dor de estômago numa Unidade de Saúde, eles mandavam direto para um Gastroenterologista, ele já mandava fazer direto uma endoscopia digestiva. O Clínico lá nem perguntava se ele não tinha comido alguma coisa, não tinha tomado um porre no dia anterior, se estava com azia. Mandava direto.

Então se o gestor municipal não tiver consciência que o Consórcio é uma Unidade para resolver o que efetivamente ele não consegue... resolver no âmbito municipal, o Consórcio se inviabiliza do ponto de vista financeiro - porque ele vai ter que pagar um custo muito alto para isso, e duas vezes, porque ele paga uma atenção básica também.

Essa questão é importante, e isso a gente tem discutido... muito com os municípios. A gente passou dois anos discutindo com os municípios o Modelo Assistencial, em grandes encontros que a gente fazia, por área de abrangência de Regionais de Saúde, ou por Macro-Regiões do Estado.

Então a gente ficava lá dois dias discutindo... Modelo Assistencial, quer dizer, como é que a gente pode diminuir o custo da Saúde no município? Mudando o modelo de assistência.

Uma criança internada por gastroenterocolite aguda, o custo médio é duzentos e trinta, duzentos e quarenta reais; com esse valor eles conseguem pagar um Agente Comunitário de Saúde, que ele recebe um dinheiro a mais para isso, ele não tira do dele, para atender duzentas famílias.

Com o Agente Comunitário eu consigo acompanhar de perto todas as crianças que nascem, que tem risco no primeiro ano de vida, e esse acompanhamento não custa, do ponto de vista de insumo, do ponto de vista de medicamento, só vai custar o salário do funcionário.

Então diminui a mortalidade infantil, diminui o gasto com assistência, melhora a qualidade de vida da população, tornando o município mais saudável. E ele estará discutindo com a população formas de melhorar também as condições de vida, não só de saúde.

O Agente Comunitário não discute só a questão Saúde, ele discute saneamento, condições de habitação, qualidade da água, melhorias das moradias; quer dizer, isso tudo, lá na frente, o quê que a gente tem? A gente tem o município mais saudável.

Pode-se observar que os municípios contaram com o apoio logístico e financeiro das instâncias estaduais e federais e que foram articulados por uma política estadual de atenção secundária e terciária do SUS. Entretanto, parece que uma das maiores dificuldades na criação e organização desses consórcios é o planejamento integrado. Os municípios têm papel secundário na elaboração e gestão da política de saúde microrregional. O consórcio passa a ofertar serviços de saúde definidos e

direcionados exclusivamente pela demanda local e espontânea, sem a preocupação de um planejamento do ponto de vista das necessidades epidemiológicas microrregionais.

Atribuir ao consórcio o papel de simples prestador de serviço ou exigir dele também a função gestora da microrregião? Esta, parece ser uma das questões mais complexas enfrentadas pela secretaria estadual.

Existe, pelo menos por parte de um importante membro da diretoria da secretaria estadual de saúde, uma expectativa de que os consórcios exerçam somente o papel de prestador de serviço. Isto pode ser observado em trecho da entrevista de Arnaldo Bertone (Diretor Geral da Secretaria):

A gente não contrapõe um Consórcio a uma Regional de Saúde; uma Regional de Saúde é a nossa Gestora, juntamente com os municípios, dos serviços que a gente tem que tocar lá, e hoje uma Regional de Saúde tem um papel importante de assessoria aos municípios.

Um Consórcio é um prestador de serviço, ele é um prestador privilegiado de serviço; ele funciona, atende e ganha para isso, com o controle devido dos Gestores, porque eu não posso transformar um Consórcio no Gestor dum Sistema de Saúde.

O Gestor ou é um município, ou é o Estado, ou é a União. Esses são os Gestores do Sistema Único de Saúde.

Contraditoriamente ao que foi colocado na entrevista por Arnaldo Agenor Bertone, existe também uma expectativa do nível estadual de atribuir ao seu parceiro, o consórcio, também a função organizativa do serviço. Em outros termos, a secretaria estadual espera que os serviços desenvolvidos pelos consórcios envolvam também

ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, segundo o princípio da integralidade. Entretanto, os consórcios passaram a supervalorizar as ações curativo-reabilitadoras, com ênfase na doença, investindo principalmente em equipamentos de complexidade tecnológica. Como observamos na entrevista de Isaias Catoia Luiz:

A gente pode medir bem dois momentos do Consórcio. Os consórcios hoje, estão passando por uma fase de provação... porque os Consórcios, quando surgiram, eles surgiram como uma... estratégia de utilização de uma estrutura ambulatorial que já existia e que, muitas vezes, estava... potencialmente sub-utilizada e que o conjunto de municípios teria condição, naquele momento, de otimizar esse recurso e ter um ganho em qualidade de assistência para todas as pessoas.

Mas o quê que aconteceu? Com o passar do tempo, os Consórcios seguiram uma vertente da assistência. Então o quê que aconteceu com os Consórcios? Alguns Consórcios, hoje, são grandes prestadores de Serviços de Saúde.

E os Consórcios não enveredaram por essa outra vertente, que é a vertente da prevenção, da vigilância, ações preventivas; quer dizer, os Consórcios cada vez foram se equipando mais, para dar conta da assistência, e pouco se equiparam para dar conta da prevenção e da organização do Serviço.

Então hoje, alguns Consórcios estão nesse divisor de águas, quer dizer, eles cresceram tanto que do ponto de vista de viabilidade do funcionamento, hoje alguns até questionam, porque o custo da assistência, quanto mais se tem mais você precisa.

É essa encruzilhada que está hoje o Consórcio; então o quê que a gente está procurando fazer? A gente está procurando discutir junto com os

Consórcios que já existem, e aqueles que ainda estão se estruturando, formas de que ele continue a fazer assistência mas comece também a trabalhar essa questão da prevenção; para isso, o quê que a gente está fazendo?

Na área a gente está tentando estruturar, sistematizar... um sistema de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental, que a gente chama Vigilância à Saúde, e que essas estruturas tenham vinculação com o Consórcio, independente delas estarem... dentro do Consórcio ou não, ou nos municípios ou na Regional de Saúde, ou no conjunto de municípios...

Queremos utilizar informações que o Consórcio gera e que o Consórcio comece a utilizar informações que... esse sistema de vigilância gera também, até no sentido de direcionar investimento.

Quer dizer, por quê que eu preciso de mais Ortopedista? Será que é porque eu estou tendo muito acidente... de trabalho, acidente de trânsito? Será que é porque eu estou tendo questões que, do ponto de vista epidemiológico, eu consigo determinar e que o Consórcio... só vai fazendo pela demanda?

É... eu preciso de um Serviço de Audiometria no Consórcio, por conta, será de exposição do cidadão a ruído, né? Quer dizer, a questão de acidentes, envenenamentos com agrotóxicos, como é que eu procuro dimensionar o quê que eu preciso de fato e não ser dirigido pela demanda? Porque o quê que acontece? Entra um Serviço novo ele... a demanda é criada automático.

Se eu só tenho um cara que faz Raio-X, toda a minha demanda vai para o Raio-X; a partir do momento que eu tiver um Tomógrafo, uma parte nem passa pelo Raio-X, já vai para o Tomógrafo.

Mas eu preciso ter critérios epidemiológicos para definir se eu preciso do Tomógrafo e quantas pessoas precisam de fato do Tomógrafo. Então é uma inovação que a gente está tentando discutir com os Consórcios agora, quer dizer, ter critérios epidemiológicos na hora de prestar serviços, e numa perspectiva de ter o Consórcio como um Gerente e não como prestador de Serviço.

Por um lado, existe uma tendência geral (no país) dos consórcios se estruturarem como uma organização a mais, prestadora de serviços, além das normais existentes no estado e nos municípios. Ou seja, os consórcios parecem assumir muito mais facilmente o papel de prestador de serviços.

Por outro lado, o papel gestor do consórcio só poderia ser exercido, como situa Mendes (1996), a partir de uma sintonia com a esfera estadual na coordenação. No caso do Paraná, embora a Comissão Bipartite, criado no ato da formação dos consórcios, tenha o papel de manter comunicação e negociação permanente da organização dos serviços, a articulação entre estado, município e consórcio não se tem dado de forma adequada. Como podemos observar na entrevista de Arnaldo Agenor Bertone este fato tem sido detectado e tentativas reparadoras são apontadas:

Eu estou trabalhando muitas vezes com municípios pequenos. De cinco mil habitantes, de oito mil habitantes, de dez mil habitantes, que tem concretamente, a tendência em encaminhar tudo para o Centro Regional de Especialidade, porque lá é resolutivo, e como ele não consegue fazer lá (no seu município). Isso é um problema seríssimo. Um problema porque perde a razão de se ter um Centro de Referência que é para ser referência e tem a contra-referência no município.

Do ponto de vista da atenção à saúde esse é o problema; do ponto de vista da gestão daquele Serviço também. Muitas vezes o Conselho de Prefeitos, que deveria ter um acompanhamento grande sobre aquela

gerência, não tem e deixa muitas vezes na mão duma figura chamada Coordenador do Consórcio. (Este) começa a ter um poder do qual ele não foi investido para isso. Muitas vezes realiza atos que é muito de proveito para o Consórcio e não de proveito para os usuários ou para os municípios. Passa a ser uma “grande figura”, de gerenciadora de um sistema de Serviço, como se fosse um sistema próprio de Serviço em detrimento de Secretários Municipais, e aí em última instância, dos usuários. Então esse é um risco que a gente correu aqui no Paraná, e ainda corre, porque tem acontecido, nos últimos anos, uma virada em relação a isso, dos presidentes de Consórcios, que é sempre um Prefeito. (Ele) começa a ter uma preocupação maior em relação a isso daí, acompanhando mais de perto, e tem tido bons resultados porque ele não deixa acontecer esse tipo de coisa que eu disse anteriormente. Então são esses assim, grandes perigos que aconteceram, e há o outro, que é o que a gente tenta resolver através da Comissão, é que ele fique totalmente desligado da política estadual de Saúde, que ele seja uma coisa à parte, que a gente não tem nem como parceiro.

Então essas três questões que eu vejo assim como preocupações que a gente tem que ter com o Consórcio.

Embora tenhamos observado uma aparente contradição entre dois membros importantes da Direção da Secretaria Estadual de Saúde no que diz respeito ao papel atribuído aos consórcios, acreditamos que a experiência acumula avanços em diversos aspectos. Entre os pontos positivos, consideramos o de maior relevância o fato dos consórcios terem conformação programática pela tipologia empregada por Mendes, 1999, pelo menos em sua “tendência”: são uma parceria entre estado e municípios e destes com instituições não-governamentais para organizar os níveis secundários e terciário de atenção à saúde.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Paraná são uma associação de direito civil criados não somente para prestar serviços de atenção secundária e terciária, mas, sob orientação estadual, “tendem” a articular os organismos prestadores já existentes, estatais e privados, racionalizando e potencializando sua ação, segundo os critérios da descentralização e da redistributividade. Podemos observar na entrevista de Isaías Cantoia Luiz:

O Consórcio não precisa ser necessariamente estatal, só com serviços próprios, para poder prestar um bom serviço para comunidade.

Vamos pegar um exemplo, eu tenho um Serviço de imagem no município e que tem uma capacidade ociosa grande; para quê que eu vou colocar mais um no Consórcio, sendo que o profissional que vai trabalhar aqui é o mesmo que vai trabalhar. Quer dizer, isso daí, lá na frente eu posso até... radicalizando, ser acusado de mau uso do dinheiro público.

Então o quê o Consórcio como gerente, ele tem que saber? O que tem disponível e como melhor utilizar; quer dizer, o fato de eu pagar para fazer esse serviço não quer dizer que eu esteja comprometendo o caráter público do Consórcio, porque na realidade o usuário final não vai estar pagando por esse serviço, o município vai estar usando uma parcela dos recursos dele para Saúde para otimizar um Serviço que está lá.

Um instrumento importante para isso é o controle social- o Conselho Paritário dos Consórcios e os Conselhos Regionais de Saúde, que a gente também está tentando implantar nas áreas de abrangência dos Consórcios; quer dizer, você ter um controle social das ações que o Consórcio também desenvolve.

Como? Esses Conselhos Regionais, não inibem o Conselho Municipal, porque o Conselho Municipal é autônomo, deliberativo, e não cria uma nova instância, mas pelo contrário, ela articula, do ponto de vista do usuário, do controle social, os Serviços naquela região e ajuda a apontar até para essas novas... perspectivas de Vigilância à Saúde.

Na estrutura do Consórcio, o Estado é paritário, na estrutura formal do Consórcio o Estado é paritário, então ali o Estado tem, paritariamente, as pessoas que trabalham, que fazem a gestão do Consórcio.

3. FILOSOFIA DE “CIDADES SAUDÁVEIS”

A partir do desenvolvimento da microbiologia, que fundamentou uma concepção monocausal da doença, e da intensa produção de conhecimentos médico e tecnológico dos últimos 100 anos, consolidou-se o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença. Dessa forma, embora, desde o século passado, diversos estudos que enfocam a mortalidade relacionada às epidemias tenham associado doença à pobreza, saúde vem sendo definida em termos de ausência de doenças.

A saúde representada pela ausência de doenças determina a organização dos serviços medicamente definida e com o objetivo de colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores acessíveis. Na década de 70, momento em que as doenças infecciosas transmissíveis perdem importância relativa nos países de primeiro mundo, surgem novas concepções de saúde já que as anteriores não conseguem explicar as doenças crônicas que passam a manifestar-se cada vez mais intensamente.

O relatório canadense Lalonde de 1974, resultado do desenvolvimento da epidemiologia das doenças não-transmissíveis, questiona pela primeira vez a organização dos cuidados médicos. A partir disso, passa-se a uma melhor compreensão e incorporação das ações intersetoriais que independem do sistema de cuidados de saúde. Biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e serviços de saúde apresentam-se como as dimensões mais explicativas das novas concepções de processo saúde-doença. (FERRAZ, 1998)

O conceito de educação sanitária, baseado na noção psicossocial de mudanças de hábitos de vida individuais, amplia-se para o de promoção de saúde, que se preocupa mais com as mudanças nos múltiplos aspectos ligados ao estilo de vida como alimentação, uso de álcool e cigarro, o exercício e o controle do estresse.

Nesse contexto, em 1986, surge a Carta de Ottawa, subscrita por 38 países, onde itens como paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, conservação dos recursos, justiça social e equidade aparecem como requisitos fundamentais para a saúde. A Carta de Ottawa significou a ampliação da concepção de promoção de saúde, onde foram incorporadas as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais articulando saúde com condições de vida. Aqui, reconhece-se que a promoção de saúde não se restringe exclusivamente ao setor saúde, mas, ao contrário, constitui uma atividade eminentemente intersetorial.

A concepção de cidades saudáveis surgiu como uma evolução no interior do movimento de promoção de saúde na América do Norte. Duhl e Hancock, em 1984, formularam idéias precisas sobre o papel dos municípios na promoção da saúde, em termos de políticas públicas favoráveis à saúde. Esses municípios foram denominados “cidades saudáveis”. “A OMS (1992) considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de promoção de saúde referida na Carta de Ottawa” (FERRAZ, 1998:55).

O movimento de cidades saudáveis atualmente é um fenômeno que se difundiu em inúmeras cidades da Europa e América do Norte, especialmente no Canadá.

Na América Latina, e mais especificamente, no Brasil, esta concepção vem sendo difundida, principalmente impulsionada pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS).

Nesta questão, **E a proposta de Cidades Saudáveis?**, podemos observar que a proposta de Cidades saudáveis que surge no setor saúde no Paraná está vinculada a todos esses movimentos de transferência de uma concepção de saúde como ausência de doenças para uma de promoção de saúde e qualidade de vida.

A proposta de cidades saudáveis se torna um movimento forte na gestão 95-98, dentro da secretaria estadual de saúde, influenciado pelo então secretário Armando Raggio e com o apoio da OPAS. A proposta de Cidades Saudáveis torna-se um dos projetos estratégicos de governo. Este fato é detalhado na entrevista de Marisa Giacomini, assistente de direção da secretaria estadual de saúde, gestão 95-98. Ela também aponta as dificuldades encontradas para mudar as concepções dominantes no campo da saúde pública, fundamentadas no paradigma biotecnológico:

A idéia de Cidade Saudável começou pelo nosso Secretário, Armando Raggio, isso foi em noventa e cinco, quando eu fui para Secretaria de Estado. Nos discursos dele, quando ia para o Interior, ele sempre falava de Cidade Saudável, falava da necessidade de não se trabalhar só saúde, mas trabalhar muito prevenção; que saúde não era só ausência de doença, que saúde não queria dizer mais hospital, que era mais saúde no município...

‘E eu como vinha de uma área social, duma experiência de trabalhar com comunidade, trabalhar com o pessoal de rua, tem muita coisa que a gente

percebe que tem a ver, pelas falhas de algumas políticas sociais, vamos dizer, saúde, educação, habitação, saneamento e abastecimento.

‘A gente, para falar de Cidade Saudável, não podia falar só de saúde, então, baseado nisso, a gente leu alguns materiais, de Quebec, Canadá, materiais da Espanha... e o Armando tinha meio antenado, desse movimento, que acontecia alguma coisa no mundo.

Nós falamos para se fazer um Seminário da OPAS para os chefes de Regionais, técnicos do interior do Estado e alguns Secretários Municipais de Saúde. A gente fez um seminário, que a OPAS deu o recurso, trouxe algumas pessoas importantes na área de saneamento, na área de gestão urbana e fizemos o livrinho, “Iniciativa de Municípios Saudáveis”.

‘A gente fez um seminário, meio assim, vamos dizer, porque era primeira experiência; meio débil, mas era aquilo que a gente pegou, o que as pessoas falaram, e a gente tinha as iniciativas de implantação de Município Saudável: então que ele olhasse para questão do meio ambiente, do saneamento, da intersetorialidade, dos indicadores de qualidade de vida, da saúde, então isso tudo versava sobre Município Saudável.’

Fizemos esse documento, e a partir de então foi feita uma reunião na Secretaria de Saúde, também, que o Armando convocou, com os Secretários Municipais, e explanou o que era Município Saudável com uma pessoa de Campinas - na época Campinas estava dentro desse trabalho - a pessoa veio e explanou isso.

E aí que alguns municípios então chamavam a gente para explicar o que era, e quando a gente ia para o município, o Prefeito reunia - era sempre

com o Prefeito - que dizia que ia reunir alguns Conselhos e o seu Secretariado.

‘Aí nós resolvemos trazer as Regionais de novo, junto, trazer o Prefeito de Chopinzinho, que tinha tido uma experiência fantástica na área da Agricultura, na revolução da defesa do município com relação à área rural, com a integração com a Saúde, integração na escola, que ele tinha feito assim uma mudança... no município dele, e a gente chamava as Regionais; a gente fez uma proposta de estudar, de fazer uma avaliação do trabalho, e aí o Ênio - Prefeito de Chopinzinho - ia falando como é que era o Município Saudável, como é que se compunha... o quê tinha, o quê que acontecia, como é que tinha que trabalhar para que as pessoas, quando fossem no município falar da saúde, tivessem a visão intersetorial; ou o técnico da Saúde, na hora que fosse levantar os indicadores também tivesse esta visão. ‘

Indicadores de educação, de saúde, epidemiológicos, enfim, toda questão dos indicadores da qualidade de vida voltada para saúde... que o técnico juntasse nas discussões - quando fosse discutir a questão da saúde - outros profissionais daquele município, para começar abrir...

‘Para não ficar o técnico da Saúde como sendo a pessoa que era responsável por tudo; – e não é, sabe que não é; que as outras políticas ficassem realmente... fazendo trabalho isolado, e que não era por aí, era para sentar junto. Bom, aí houve muita resistência dos técnicos entenderem, as pessoas não conseguiam entender isso, elas não conseguiam entender porque... porque trabalhar integrado.’

Foi difícil, tanto foi difícil que a hora que a gente saiu de lá ficou... a coisa mais ou menos, né? Ninguém tocou, porque poucos lá dentro tinham essa visão: o Secretário, o Diretor de Planejamento, que era o

Homero; o Bosco e eu estávamos na Assessoria, a Lucinele, que hoje tá na Secretaria de Saúde, que tinham mais ou menos essa visão assim intersetorial, as outras pessoas não tinham porque sempre trabalharam na área da Saúde.'

E isso é difícil, é mudar toda uma cultura, é quebrar paradigmas e criar novos paradigmas.

'E não é fácil porque, dependendo do município, eles falaram, um Secretário vai brilhar mais que o outro, o da Saúde, por exemplo; os outros não vão entrar porque vai se destacar a Saúde...'

Os próprios técnicos das Regionais até tinham visão, olhando a situação de saúde vê que se fica impotente diante de algumas questões, de prevenção, de trabalho... Os próprios técnicos, alguns não entendiam, outros entendiam e iam tentar fazer no município, mas há de convir que é uma coisa que, para mudar toda uma cultura é muito tempo.

No Estado foi isso, foi esse Seminário da OPAS, fizemos esse livro, essa cartilha para passar para os Prefeitos, mais de cinco mil exemplares foram distribuídos a todos; foi distribuído no Congresso em Campinas, que teve o Primeiro Congresso Internacional de Cidade Saudável.

João Bosco Strozzi, médico epidemiologista, assistente de direção da Secretaria estadual de saúde, gestão 95-98, mostra qual foi a estratégia empregada na época no sentido de sensibilizar os prefeitos para essas concepções:

A Cidade Saudável, a gente quando começou a estudar sobre isso, começou a ler sobre a Carta de Otawa, aquela coisa toda do Canadá, a gente percebeu assim que quando a gente vai dar palestra sobre Município Saudável, a gente vai falar para população, a gente sempre

fala assim: ‘Existem várias maneiras de você definir saúde, então, antigamente, você definia saúde como ausência de doença, depois a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como um complexo e completo estado de bem-estar físico, social e mental; mas existem outras maneiras de definir saúde’. Por exemplo, ‘você pode definir saúde como a resposta que você dá quando alguém espirra’, naquela definição de saúde (ri); você pode definir saúde como o prédio onde funciona a Saúde: ‘Ó, vou lá na Saúde’; mas ‘a definição que a gente quer que fique na cabeça deles é aquilo que você, quando está numa festa, num casamento, numa coisa, quando você brinda com os amigos, bate o copo, você fala: ‘Saúde’. Então quando você está falando ‘Saúde’, qual é a definição daquela saúde que você está dando? Não é... consulta médica, não é internação hospitalar, não é o prédio, não é nada, é muito mais do que isso.

Então é esse sentido que a gente tenta dar para saúde e é esse sentido que a palavra saudável contém de saúde no Município Saudável; é muito mais do que o âmbito do setor Saúde de um município ou do Estado, muito mais do que isso, mais que o Serviço Social, mais que... É tudo, é intersectoralidade mesmo, que o bem maior é o ser humano...

No Paraná, dois anos depois que o Governador Jaime Lerner estava eleito veio a eleição para Prefeito, então houve um período em que os Prefeitos estavam eleitos mas ainda não tinham assumido a Prefeitura; dura aí uns dois meses mais ou menos, ele é eleito em outubro para assumir em janeiro.

Então nesse período que eles já eram Prefeitos eleitos mas ainda não estavam executando a função de Prefeito, o Governador reuniu esses Prefeitos – aqui no Paraná tem um lugar que é próprio para eles ficarem, quatrocentas, quinhentas pessoas alojadas; ficam lá uma semana ou um

final de semana inteiro, um lugar meio paradisíaco, assim – e ele reuniu os Prefeitos para mostrar o quê que o Estado tinha e como que eles podiam se encaixar nesse modelo do governo do Estado.

Ali a gente fez uma cidade fictícia para que eles elessem um Prefeito dessa cidade fictícia e esse Prefeito daí escolhesse um Secretariado – tudo entre eles. Os outros que não tinham sido escolhidos passaram a ser a população. Digamos que eles eram, digamos assim, uma espécie de representantes dos bairros, da população, presidentes de Associação de Moradores, uma coisa assim. Aí, em duas salas separadas, o Prefeito e seu Secretariado criavam um plano de governo para o município, e o povão, digamos assim (ri), criava um plano de reivindicações.

E era interessante que os Prefeitos que estavam lá no povão, eles se comportavam como um povão mesmo, brigando lá e tal. Então ficou muito bacana, porque foi um teatro assim muito interessante, e depois no final então a Prefeitura apresentava – a Prefeitura fictícia– apresentava o plano e a gente cotejava com as reivindicações e via o quê estava igual, eles tinham que fazer uma ordem prioritária e a gente via se a prioridade estava igual; se não estava, cotejava, daí discutia. Então era um dia todo esse treinamento, de manhã a gente fazia essa divisão, de tarde era o debate, muito elucidativo, muito bom.

Uma outra questão que eu queria comentar, sobre a adesão, ou aceitação, de alguns municípios para essa proposta de Município Saudável... pelo menos alguns exemplos como Chopinzinho, Palmeira, Céu Azul... Isso foi uma questão que deflagrou um pouco esse processo. Porquê não continuou tanto? Porquê que não...?

Em primeiro lugar, se o Prefeito não tiver... extremamente imbuído dessa modalidade, dessa forma de atender a população, não adianta, não tem

como funcionar, tá? Segundo, o PT, Partido dos Trabalhadores, naquela questão do orçamento participativo, ele traz muito da metodologia do Município Saudável, então tem muito Prefeito que acha que isso é coisa do PT, então... se ele não for do PT ele não aceita, tá? porque ele tem receio que digam depois que... enfim, você entende, né?

Não obstante o movimento de “Cidades Saudáveis” tenha se difundido amplamente na Europa e no Canadá, “na América Latina, esta concepção vem sendo difundida com dificuldade para a exata compreensão de seu significado e aplicação no campo da saúde pública. Isto se deve a inúmeros fatores, entre os quais se destaca o fato de a cultura sanitária estar ainda referenciada no paradigma fragmentado e biotecnológico; que se traduz na estratégia de programas verticais. Ou seja, a compreensão dos determinantes globais da saúde ainda não foi incorporada pelas práticas quotidianas de organização dos serviços de saúde a ponto de se criar uma nova cultura.” (FERRAZ, 1998: 56). Esta parece ser uma das maiores dificuldades encontradas para a ampliação do movimento de Cidades Saudáveis. Isaías Cantoia Luiz, em sua entrevista, aponta fatos ocorridos no Paraná que podem ser apontados como exemplos dessas dificuldades:

É questão de o Gestor Executivo municipal entender o porquê da Cidade Saudável; então eu falo assim: ‘Olha, eu vim aqui, para o senhor ter sua cidade Saudável o senhor tem que ter isso, isso, isso’. Então a gente discute a proposta política que vai ter como resultado uma cidade... mais saudável.

O Doutor Armando, Secretário fala assim: ‘Nós não temos que municipalizar a doença, e sim saudizar o município’

Porque todo o processo de municipalização que houve é municipalização da doença mesmo; quando a gente fala de municipalização da Saúde, não é da Saúde, não é verdade?

Então a gente está tentando o quê? Saudizar o município, fazer com que o município tenha saúde, e a tendência é melhorar até com relação à questão de financiamento, embora hoje você financie já uma parte, para promoção da saúde, que é o PAB, mas ainda a assistência é forte.

Toda a parte hospitalar, o financiamento se dá pela produção de atendimento.

Então é um paradoxo. Então eu tenho que ter o doente para eu poder receber; se eu não tenho, não adianta eu promover saúde, porque eu não tenho dinheiro, não recebo dinheiro para promover saúde, eu só recebo dinheiro para atender o doente.

A gente foi questionado: ‘Tudo bem, ó, estamos fazendo... reduzi mortalidade infantil, reduzi internação hospitalar, reduzi o número de consultas, número de atendimentos odontológicos; eu recebia quarenta mil, eu recebo dez mil hoje’.

É o prêmio que ele teve por fazer tudo isso foi uma diminuição de financiamento.

Então é perverso. Os financiamentos... Houve mudanças, o PAB é um avanço, mas ainda não é muito significativo.

4. INTERSETORIALIDADE

Numa visão geral, as nossas estruturas organizacionais ainda se apresentam verticalizadas, compostas por diversas disciplinas e áreas de especialização, hierarquicamente conformadas em departamentos setoriais. “As políticas sociais gerenciadas por esse modelo de organização do governo tendem a configurar-se como assistencialistas, considerando os problemas sociais como carências e não como direitos. Essas políticas assistencialistas não visam à transformação da sociedade, mas à manutenção de seu equilíbrio para a própria preservação dos interesses hegemônicos.” (INOJOSA, 1998: 35).

Esse é o panorama predominante em relação às organizações do setor público, principalmente da saúde.

Em nível mundial, o trabalho intersetorial tomou impulso pela necessidade de se ter novas estratégias de intervenção dentro das concepções de promoção de saúde e cidade saudável, para o enfrentamento dos determinantes sócio-econômicos das doenças e dos complexos problemas das cidades.

A abordagem intersetorial ainda é bastante inédita na realidade brasileira e “visa propiciar a introdução de práticas de planejamento e avaliação participativas e integradas, na perspectiva situacional, de compartilhamento de informações e de permeabilização ao controle social”. (INOJOSA, 1998:43).

Neste item descreve-se a resposta dos entrevistados à questão *Em que medida questão de saúde é abordada de uma perspectiva intersetorial? (enquanto princípio ou diretriz e em que medida é a proposta de cidade saudável o catalisador da questão da intersetorialidade?)* Transcrevemos trechos mais elucidativos das respostas na sua íntegra e as expressões que julgamos mais relevantes para a pesquisa foram sublinhadas.

Marisa Giacomini, assistente de direção da Secretaria de saúde, gestão 95/98, mostra como de fato a proposta de cidade saudável foi importante para as iniciativas de trabalho intersetorial. Na realidade a mudança para uma concepção ampliada de saúde exige um trabalho integrado com outros setores, fora do âmbito dos serviços de saúde, para dar conta dos problemas de forma eficiente e eficaz.

Trabalhamos essa questão do Município Saudável, já com a visão intersetorial: meio ambiente, saneamento, indicadores para serem avaliados, educação, enfim, trabalhar tudo junto.

Tudo interfere na questão da saúde, então é esta visão que a gente acha que as pessoas têm que ter, tanto Prefeito, Secretários, ter e fazer, não só ter e ficar por isso mesmo, e lutar para que a coisa aconteça integrada.

O 'Município Saudável' foi o catalisador dessa visão mais holística, mais intersetorial. E estava havendo uma tendência, eu acredito, não sei se nacional, mundial, de perceber que não se consegue trabalhar sozinho os problemas sociais, os problemas das pessoas na área social.

Tem tudo a ver com a integração, trabalho comunitário, com o indivíduo, com a educação, o Posto de Saúde e a Saúde.

Então essa visão aí que a gente sempre falava quando chegava nos municípios; a gente tem até fita gravada de como é esse trabalho lá em Campo Mourão. Então o Município Saudável, sem sombra de dúvida, deflagrou o processo da intersetorialidade.

Foi daí que surgiu a proposta dos projetos matriciais que são um embrião daquilo, acho que é resultado de tudo isso; toda uma prática que já tinha no Estado e no município de Curitiba se tentou implantar, porque

sem sombra de dúvida o Município Saudável versa sobre isso, só sobre isso.

A gente chegou à conclusão, daí como experiência agora, eu falando de município, é o município que tem atitude saudável, para começar, o Prefeito de qualquer Município Saudável ele tem que ser saudável e tem que ter atitude saudável, então...

João Bosco Strozzi, em sua entrevista, aponta as dificuldades de mudança da cultura do trabalho setorizado. Os interesses da cidade e de sua população são sempre facilmente suplantados pelos interesses políticos e individualistas dos secretários.

O próprio Prefeito de Chopinzinho, quando ele dá palestra ele fala assim: 'Todo secretário é um candidato a Prefeito em potencial'... Então começa a criar ciúmeira. 'E você sabe que as Secretarias elas já são também mosaico de partidos, porque é impossível você ter uma Secretaria só de um partido.' Então ali começa ciúmeira. Eles entendem que é o certo fazer de uma forma integrada, mas eles gostam também de ter um pouco de diferencial.

Eles querem se diferenciar, assim: 'eu fiz isso'. É um problema que é cultural, que nós temos aqui, e tem que ser trabalhado... Eu acredito, particularmente, que dá para acontecer, mas o Prefeito, ele tem que ser forte e ele tem que ser muito idealista mesmo, tem que estar pensando no cidadão sempre em primeiro lugar; qualquer outro interesse tem que estar fora da arena...

Tenta-se criar um Comitê que é para auxiliar; ele não tem poder de veto, ele é consultivo, assim, e ele deveria estar ali para auxiliar o Poder Executivo na consecução do planejamento, que é participativo também.

Aí também criando-se esse Comitê, por exemplo, a Câmara dos Vereadores já não aceita muito esse Comitê, porque ele acaba sendo visto – ele não é – mas ele acaba sendo visto como uma Câmara de Vereadores paralela.

Então isso é uma coisa que precisa muita educação dos Poderes Legislativo, Executivo, para que essa proposta ande bem.

Quando você fala em cidade saudável, inevitavelmente você tem que falar em intersectorialidade, eu acho que cidade saudável é uma consequência da intersectorialidade. ‘No momento que você consegue intersectorialidade, puxa, você já deu um passo, porque cidade saudável não existe, a gente sabe disso. Ela é um caminho, a ser percorrido que não tem fim, você nunca vai achar o fim dele. Então a intersectorialidade seria assim um terço da viagem.

Podemos notar que a Secretaria Estadual de saúde teve um papel muito importante na disseminação da proposta de cidade saudável e portanto da estratégia de organização de trabalho intersectorial, entretanto, essas propostas parecem se render às concepções fragmentária do mundo que determina ações setoriais isoladas, fundamentadas na divisão técnica do trabalho.

Arnaldo Agenor Bertone, Diretor geral da Secretaria estadual de saúde avalia como sendo a “imaturidade” dos próprios organizadores da proposta e dos gestores municipais como determinante dos projetos não terem se ampliado como era a expectativa. Tendo consciência deste fato, o projeto Cidades Saudáveis foi modificado para o projeto “Protegendo a Vida”, estratégia para se criar gradativamente uma cultura de concepção intersectorial de saúde.

A gente já teve uma participação mais ativa na questão da saúde como um problema intersectorial. A Secretaria Estadual de Saúde já teve uma

participação, uma tentativa assim como um projeto estratégico de Governo para caminhar para isso.

Já tivemos algumas decepções em relação a isso. Ou seja, porque concretamente a gente acha que não estava maduro para fazer um projeto desse.

Mas de certa forma, a gente mudou de estratégia quando a gente criou um negócio chamado Protegendo a Vida, que era um amplo movimento da sociedade.

Fizemos vinte e tantos Protegendo a Vida - que é um grande envolvimento de toda sociedade de um determinado local e regional, no sentido de estabelecer, durante dois dias, cursos. Desde cursos altamente técnicos de reanimação de criança, até sobre Política de Saúde. Até envolvendo Conselheiros Municipais de Saúde. Até discutindo o que é um Município Saudável. E fizemos durante o ano retrasado e passado. Diversos eventos que eu não vou saber exatamente quantos desses, mas com certeza mais do que vinte durante esses dois anos.

Esses eventos deram uma semente - que a gente pode resgatar durante esses próximos três anos que tem pela frente - o processo de fazer o Município Saudável.

A gente não largou da estratégia, a gente não largou da estratégia. A gente segurou a estratégia, ou seja...para tentar criar um ambiente favorável para estratégia.

Alguns frutos interessantes, tipo Chopinzinho, Céu Azul, surgiram - aí é uma visão pessoal minha - muito menos pela nossa vontade do que pelas pessoas que estavam lá naquele município.

Então aqueles processos que foram altamente significativos, não se deveu ao que nós fizemos, se deveu muito mais à cabeça daquelas pessoas que já estavam lá.

Quer dizer, lá já tinha a semente. No resto do Paraná que a gente tentou, não tinha semente ainda, e aquilo lá nasceria, independente da nossa vontade, o que é ótimo.

Se todos fizessem assim seria ótimo, mas a gente não encontrou um campo fértil para ser plantado. Agora a gente acha que poderá encontrar. A gente acha que tem base para encontrar. Esse foi um ano muito difícil que a gente passou.

IV. A PERSPECTIVA DOS CONSÓRCIOS E REGIONAIS DE SAÚDE

Os consórcios visitados foram os de Campo Mourão e de Toledo, localizados no Noroeste paranaense. A escolha destes consórcios não se deveu a nenhum critério específico, mas foram considerados os fatos de que estes foram pioneiros na formação e são apontados pela Secretaria de Estadual de Saúde como “bem sucedidos”.

Dado o pouco tempo disponível para a realização da visita aos municípios não foi possível contatar o município em si. Os dados foram obtidos na Regional Estadual de Saúde (em Campo Mourão foi a chefe de Divisão de Assistência à Saúde e em Toledo, o Diretor da Regional) e nos Consórcios (Diretor Administrativo do Consórcio).

O Conselho de Prefeitos, constituídos pelos chefes dos municípios consorciados, é o órgão máximo de deliberação do Consórcio. O Conselho é presidido pelo prefeito de

um dos municípios, eleito para um mandato de um ano (Campo Mourão) ou dois anos (Toledo). Em Toledo o prefeito pode ser substituído pelo secretário de saúde do seu município, com os mesmos poderes do presidente. A relação entre o Consórcio e o Município se dá através do Conselho de Prefeitos.

Em Toledo e em Campo Mourão, existe uma relação entre o Consórcio, o Município e a Secretaria estadual de Saúde que se dá através da Comissão Consultiva Paritária, onde 50% dos membros são indicados pelos municípios e 50% indicados pela Secretaria Estadual de Saúde.

1. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO

O consórcio de Campo Mourão iniciou o seu funcionamento em 1993 e foi um dos primeiros a se constituírem legalmente como Consórcio Intermunicipal de Saúde. Fazem parte dele 25 municípios, abrangendo, atualmente, um total de 371.867 habitantes.

O consórcio foi formado dentro da estrutura física do Centro de Saúde e Centro Regional de Especialidades (CRE) da Secretaria Estadual, além de especialistas do antigo INAMPS, que já havia sido absorvido pelo CRE.

A Secretaria Estadual de Saúde, responsável pelo atendimento de segunda linha através dos CREs, não tinha condições de dar conta de toda a demanda da região de abrangência e o Consórcio foi criado com vistas a aumentar a oferta de serviços neste tipo de atendimento. Neste sentido, pelo menos em termos de atendimento ambulatorial de especialidades, os pequenos municípios que não tinham recursos humanos e capacitação são os mais beneficiados.

Em termos de estrutura para funcionamento, o consórcio conta com um prédio amplo, equipamentos laboratoriais tecnologicamente sofisticados e recursos humanos especializados.

O consórcio é praticamente o único que atende especialidades, chegando a realizar em média 500 consultas por dia.

Além do atendimento de especialidades, pelo fato do consórcio funcionar em condições ótimas de infraestrutura física e de recursos humanos, certos programas estaduais que não conseguem ser implantados nos municípios acabam sendo implantados e implementados pelo consórcio. É o caso do programa de tuberculose, hanseníase e DST-AIDS.

Embora caibam aos secretários municipais de saúde a decisão em relação à programação pactuada e integrada (PPI), na prática, o planejamento de atendimento do consórcio é feito a partir da própria demanda ao serviço. Ou seja, a política de saúde do consórcio é direcionada pela demanda.

O Conselho Municipal de Saúde de Campo Mourão é bastante ativo e as Conferências Municipais realizadas influenciam na política de saúde do consórcio e exercem um certo controle social. Entretanto, o consórcio não pode se apoiar apenas neste Conselho, pois a instituição é formada por 25 municípios onde os Conselhos ainda são insipientes. O consórcio possui atualmente uma ouvidoria, cuja demanda se refere principalmente a casos de mau atendimento por parte dos médicos e funcionários em geral.

2. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE – TOLEDO

O consórcio de Toledo foi criado na mesma época de Campo Mourão e não possui estrutura para funcionar com a mesma autonomia do Consórcio vizinho. Esta diferença se deve ao fato do consórcio de Toledo não ter incorporado o CRE, como ocorreu em Campo Mourão. Isso significa que o consórcio negocia com as clínicas particulares a compra dos serviços prestados à população (consultas e exames especializados). Portanto, a maior parte do seu recurso financeiro fica comprometido com o pagamento dos serviços de terceiros.

Fazem parte do Consórcio de Toledo 18 municípios, abrangendo uma população de 314.862 habitantes. O Consórcio atende em 20 especialidades e em 1998 realizou 25.180 consultas e 23.034 exames de diversos tipos.

Recentemente (1997) o consórcio firmou convênio com a Secretaria Estadual de Saúde assinando termo de adesão ao Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, o Diretor Administrativo do Consórcio tem enfatizado a continuidade da implementação do SUS na região.

No início de 1999, esse Diretor foi membro da Comissão de Acompanhamento da Municipalização e Consórcios influenciando diretamente na seguinte proposta de resolução:

Considerando:

- *a ausência de estudos epidemiológicos nas Regionais de Saúde com relação aos consórcios Intermunicipais de Saúde*
- *o pequeno poder de influência das Regionais de Saúde no direcionamento/implantações das políticas de Saúde dos C.I.S.*

- *para mudanças do modelo assistencial, os municípios pequenos sem estrutura técnico e logístico precisam maior apoio das Regionais de Saúde*
- *não existe relação definida entre municípios de diferentes formas de gestão*

RESOLVE

1. Recomendar que as Regionais de Saúde do Paraná devem atuar mais junto aos Consórcios Intermunicipais de Saúde:
 - através de propostas pautadas e fundamentadas pelo Sistema Único de Saúde usando principalmente dados epidemiológicos;
 - *definir relação entre municípios de diferentes condição de gestão.*
2. A Secretaria de Estado da Saúde deverá divulgar a sua proposta de estruturação organizacional dos Consórcios e incentivar sua implantação.

Embora essa proposta não tenha sido aprovada e portanto não tenha se tornado uma resolução da Secretaria Estadual de Saúde fica claro o direcionamento do consórcio de Toledo pela postura de seu Diretor Administrativo. Na sua visão o Estado não tem política para os consórcios, ou não tem poder de decisão nos consórcios, provavelmente porque não tem proposta clara. Ainda, por outro lado, o consórcio tem dinheiro e poder de decisão, o que pode fugir muito ao controle do Estado (Secretaria Estadual de Saúde).

Outra importante questão apontada por este Diretor é que a Secretaria Estadual não oferece nenhuma informação epidemiológica regionalizada. Sendo o Conselho dos Prefeitos o fórum máximo do consórcio, este não tem capacitação técnica para resolver problemas específicos do ponto de vista epidemiológico.

Os Conselhos Municipais de Saúde da região (talvez por sua insipiência) não se relacionam com o consórcio ou a relação é bastante frágil. Portanto os Conselhos de Saúde não exercem nenhuma influência no que refere às políticas de saúde ou ao controle social.

O papel do controle social é desempenhado pelo Conselho Fiscal do Consórcio. Compete ao Conselho Fiscal fiscalizar a contabilidade do consórcio, emitir parecer sobre o plano de atividades, proposta orçamentária, balanços e relatórios de contas em geral, a serem submetidos ao Conselho de Prefeito e acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços prestados à população pelo consórcio.

3. REGIONAIS DE SAÚDE

Oficialmente a Regional se relaciona com os consórcios através da Comissão Consultiva Paritária, entretanto, pode-se observar que existe um “trânsito” direto entre as instituições, o que é facilitado pela proximidade física delas.

As Regionais concordam que a formação dos consórcios foi fundamental na melhoria do serviço de saúde no que se refere ao acesso da população aos serviços especializados e em consequência a cobertura.

A crítica que a Regional de Saúde faz aos Consórcios é a falta de programas para o atendimento em certas doenças. Por exemplo, não existe um programa de atendimento em Saúde do Trabalhador (exemplo dado pela chefe de divisão de assistência à saúde da Regional de Campo Mourão) no consórcio. Os atendimentos relacionados à saúde do trabalhador são encarados como paciente comum e não como acidente de trabalho.

O fato do presidente do Consórcio ser um prefeito é apontado pela Chefe de Divisão de Assistência à Saúde de Campo Mourão como “prejudicial” ao consórcio porque a

visão de que a população se beneficiaria mais com a quantidade de consultas e exames se sobrepõe à visão de resolutividade dos problemas de saúde. Portanto a ênfase dos consórcios acaba recaindo no atendimento ambulatorial e não em programas de atendimento em certas doenças.

De uma maneira geral, pode-se perceber que os consórcios se ressetem pela falta de recursos humanos mais capacitados em lidar com os aspectos ligados à saúde coletiva. Por exemplo, o Diretor Administrativo do Consórcio de Campo Mourão aponta como um dos problemas de administração do consórcio o fato da maioria dos secretários de saúde dos municípios consorciados não terem formação na área da saúde. Isso tem como consequência o desconhecimento dos problemas de saúde específicos de cada município e impede o planejamento no consórcio.

É provável que esta questão seja mais ou menos percebida como problema em todos os consórcios. Em Toledo consta no estatuto a possibilidade do consórcio ser presidida pelo Secretário Municipal de Saúde. Sabemos também que no consórcio de Cascavel o presidente do consórcio é o Secretário Municipal de Saúde, o que é apontado como muito positivo, por ambos os diretores administrativos entrevistados.

Outra falha dos consórcios, apontada pela Regional de Campo Mourão é a falta de Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Cabem aos municípios, onde não existem recursos humanos e capacitação, realizarem os serviços de vigiância. Portanto, perdem-se a possibilidade e a oportunidade de se realizarem estudos epidemiológicos com visão mais ampla regional e/ou microrregional.

O Diretor da Regional de Toledo considera que o consórcio não tem ainda conseguido cumprir o seu papel de seguir a regionalização e hierarquização como é preconizada pelo SUS. Tem sido bom prestador de serviços, pois resolve o problema dos pequenos municípios. Entretanto, o lucro através da venda de serviços de saúde tem sido uma das graves distorções dos consórcios. Na sua visão, a importância da

Secretaria Estadual de Saúde como parceiro dos consórcios seria a intervenção nesse tipo de distorções.

V. CONCLUSÕES

Ao concluirmos a análise dos dados relativos ao projeto “gestão estratégica de políticas públicas pelos governos subnacionais: análise da experiência “municípios saudáveis” e “consórcios de saúde” no estado do Paraná pode-se destilar algumas conclusões, ainda que preliminares, dadas as restrições impostas pelo cronograma e equipe envolvida no projeto:

1. Houve, efetivamente, um grande esforço organizativo por parte da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, caracterizando, aquilo que Vilaça Mendes(1998) chama de “cooperação orgânica entre as três instâncias federadas” onde ocorre um fortalecimento relativo das Secretarias de Estado da Saúde e sua articulação, no âmbito da microrregião, com um conjunto de Secretarias Municipais de Saúde; contrapondo-se à paralisia decisória e gerencial existente em boa parte das secretarias deste nível da federação;
2. O modelo de coordenação e de gerenciamento em nível regional e microrregional foi claramente delineado pela SESA/PR, colocando-o como eixo principal de todas as suas ações;
3. Pode-se afirmar que a SESA/PR, “tem proposta de política de saúde para o nível estadual”, sendo que, a concepção de “Cidades Saudáveis” serviu como marco teórico/referencial para esta atuação, dando conteúdo e substância à intervenção;

4. A SESA/PR teve um papel relevante e atuante no estabelecimento de uma política descentralizada de saúde em parceria com os municípios, utilizando o consórcio intermunicipal de saúde como um instrumento para viabilizá-la.

Estes pontos elucidam a política de saúde da SESA/PR que caracteriza-se como uma proposta de descentralização com a participação ativa do nível estadual - dentro da visão de que descentralização não é sinônimo de municipalização e de que é papel fundamental das Secretarias Estaduais fazerem a coordenação intermunicipal-intraestadual.

1. MODELO DE GESTÃO

Dentre as características inovadoras do modelo de gestão da SESA/PR pode-se destacar o papel pró-ativo do nível estadual, cujo marco pode ser considerado a publicação em 1996 da Revista CEBES – Divulgação em Saúde para Debate - pouco antes de os prefeitos assumirem, com tiragem de 6000 exemplares, onde foi colocada, de maneira clara e objetiva, a proposta da SESA para que fosse conhecida e discutida pelos prefeitos e secretários municipais que estavam assumindo.

Esta publicação fez com que a proposta se tornasse conhecida, resultando, por um lado, num compromisso da SESA com aquelas formulações; por outro, num convite aos municípios participarem de sua implantação.

Destaca-se, no modelo de gestão em implantação, dentre outras, as seguintes linhas:

- presença da proposta-filosofia de “Cidades Saudáveis”;
- história de planejamento- conceitos muito claros de planejamento estratégico e economia da saúde;

- visão de que a política de saúde constitui-se em uma proposta dinâmica a ser construída conjuntamente: diversos níveis de governo em conjunto com a sociedade;
- clareza do programa de Consórcios enquanto processo (e não programa estático/”decreto”): primeiro momento – organização da atenção secundária e terciária; segundo momento: ênfase na boa gestão e retomada da atenção básica;
- maturidade para recusar tratamentos homogêneos demais;
- utilização de juízo não apenas técnico, mas também político, na avaliação dos projetos;
- ênfase no estudo, pesquisa e registro sistemático das experiências;
- eficácia simbólica: todos os programas/projetos tem nomes simbolicamente significativos, como por exemplo “Protegendo a Vida”, “Cidadão Saudável no Bairro”, “Decidindo Curitiba”;
- os entrevistados se referem à “eles” – os programas;
- gestão humanizada: bom humor, alto astral;
- tentativa de organizar a demanda, utilizando critérios epidemiológicos, por exemplo – e não se deixando levar pela oferta de equipamentos;
- o papel da regional de saúde no estado do Paraná é muito forte, as regionais são muito afinadas com o nível central, facilitando a comunicação SESA/nível microrregional;

- o Secretário e seus assessores interferem diretamente nas regionais, “*estão de olho*”;
- presença de fundamentos de economia da saúde: preocupação com o impacto dos recursos investidos na resolutividade;
- ênfase nos fins e - não nos meios – ou seja, o resultado esperado é um só, os meios podem variar.

2. REDESENHO INSTITUCIONAL

Na proposta de redesenho institucional foram levados em conta aspectos importantes no sentido de se construir uma administração pública com maior capacidade de governança e desburocratizada. Poder-se-ia afirmar, que, em termos de modelo organizacional, a política de saúde no estado do Paraná está sendo implementada com uma lógica pós-burocrática, ou, da chamada “nova administração pública”.

Citamos alguns elementos:

- idéia de descentralizar, reconcentrando - algumas atividades e funções precisam permanecer concentradas, de forma a garantir sua eficiência e eficácia;
- burocracia x nova estrutura: clareza de que o modelo deve ser colocado primeiro de forma virtual e pactuada, depois formalmente;
- presença de conceitos da nova administração pública, como o de “estado-rede”, por exemplo.

3. CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPES DE TRABALHO (CULTURA ORGANIZACIONAL)

Algumas características das equipes de trabalho também contribuem para que o modelo de gestão adotado pela SESA/PR possa ser considerado exitoso:

- equipes realmente multidisciplinares, colocando pessoas com habilidades diferentes para efetuar uma atuação conjunta;
- grande e profundo conhecimento dos serviços e do sistema de saúde por dentro;
- técnicos comprometidos, entusiastas da causa, quase “militantes”;
- capacitação administrativa, com utilização de terminologia de Planejamento Estratégico;
- profissionalismo;
- consciência e conhecimento de experiências relevantes como Porto Alegre, São Paulo, Fortaleza e Penápolis;
- busca constante de “fórmulas inovadoras”;
- forte presença do “espírito de Curitiba”: empreendedorismo público;
- permanente investimento em formação;
- compromisso e envolvimento dos técnicos: *“Eu tenho o maior orgulho, fui eu que ‘batizei’ este programa”*.⁸

⁸ Fala de um dos técnicos entrevistados.

4. CONSÓRCIOS

Em relação aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, considerados especificamente, pode-se observar que:

- a utilização deste instrumento melhorou a gestão dos serviços e aumentou a resolutividade da atenção, potencializando o uso dos recursos;
- problema relacionado à postura comodista de alguns municípios - não dando a devida atenção que estariam capacitados a dar - encaminhando para os consórcios, todos os casos, indiscriminadamente;
- respeito ao acesso e a cultura local: o planejamento dos serviços leva em conta “ *como a população procura o atendimento*”;
- foco no cliente: preocupação em colocar o atendimento mais próximo do usuário;
 - papel redistributivo e de coordenação- o objetivo do consórcio é “*dar condições para aquelas regiões onde os municípios sozinhos não têm condições*”;
 - desafio para os consórcios: ir além das especialidades, “*isto era apenas um primeiro passo*”.

5. CIDADES SAUDÁVEIS

O conceito de “Cidades Saudáveis” presente na filosofia de implantação da política de saúde descentralizada em nível regional e microregional permitiu que:

- se enfatizasse a idéia de que o município é de todos, se recuperasse a dimensão “esta é a minha cidade”, “este é o meu município”⁹;
- clareza de que “Municípios Saudáveis” constitui-se em uma estratégia - e não em um projeto - que deve estar presente em todos os projetos desenvolvidos;¹⁰
- a filosofia “Cidades Saudáveis” encontra-se bastante disseminada;
- desenvolvimento de um “Índice de Salubridade” que serviu como instrumento para o nível estadual distribuir recursos e incentivos de forma mais equitativa.

6. INTERSETORIALIDADE

A busca da intersectorialidade pode ser observada na integração das lógicas de “Municípios Saudáveis” (MS) e “Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)” vistas como complementares, ou seja, enquanto a proposta de Cidades/Municípios Saudáveis enfatiza a promoção à saúde, a participação da comunidade e a intersectorialidade; a lógica dos Consórcios localiza isto territorialmente, envolvendo os níveis municipal e estadual de governo.

Apesar da ênfase nestas duas propostas, não são tanto os programas (CIS/MS) que determinam a cooperação intergovernamental, mas sim a existência de uma política pública de saúde do nível estadual clara, bem definida e divulgada.

Também existe clareza das tensões, conflitos e grupos de interesse existentes, que, no entanto, não são negados, mas aceitos e colocados como integrantes de processos de negociação e pactuação.

⁹ No Estado do Paraná usa-se a expressão “município saudável”, e não “cidade saudável”, para enfatizar também a dimensão rural, e não apenas a urbana.

¹⁰ Ver, para este fim, **KEINERT, T. M. M.** “Planejamento Governamental e Políticas Públicas: A Estratégia Cidades Saudáveis”, Revista Saúde e Sociedade, volume VI, 9 páginas, 1997, SP.

7. TERRITORIALIZAÇÃO

Os recortes territoriais efetuados são coerentes com a idéia de parceria e de negociação entre as partes componentes do pacto federativo fundamentando-se em uma visão territorial que respeita os recortes culturais, sócio-econômicos e políticos existentes.

Ou seja, trata-se de uma territorialização mais “natural” que “planejada”, não tecnocrática e artificial, havendo ainda uma preocupação com o “ajuste” contínuo destes mesmos critérios.

Neste sentido, acredita-se poder confirmar a hipótese do presente trabalho, colocada, nos seguintes termos:

- “No Estado do Paraná o processo de descentralização contou com o protagonismo do estado e dos municípios, e não apenas destes últimos, restabelecendo a noção de **parceria** entre os níveis municipal e estadual, através da atuação decisiva deste último no **espaço de gerência das políticas de saúde**. A organização, no espaço subestadual e supramunicipal, dos programas “Cidades Saudáveis” e “Consórcios de Saúde” tornou-se estratégica para, além de restabelecer estes princípios da idéia de federação, garantir uma atuação **“intersetorial”** e **“microregional”** da gestão da saúde.”

Sendo assim, a organização dos serviços de saúde no Estado do Paraná:

- contou com a participação ativa de uma Secretaria de Estado da Saúde forte, que assumiu o seu papel protagônico, de condução do sistema estadual de saúde;

- como ente de um federalismo cooperativo, traçou diretrizes e participou diretamente da implantação de programas intersetoriais e de âmbito microrregional, em parceria com os municípios;
- incentivou a devolução aos municípios daquilo que é pertinente ao espaço local (atenção básica, por exemplo) e tornou-se apta a exercer funções regulatórias sobre o sistema privado;
- organizou a prestação de serviços de atenção secundária e terciária (especialidades médicas e atendimento hospitalar) em nível supramunicipal.

Nas experiências analisadas a instância estadual atuou garantindo a articulação entre os níveis de governo regional/local, cumprindo um papel “**fomentador**” e “**catalisador**”, (enquanto na maioria dos Estados, dada a “crise do pacto federativo” a Secretaria Estadual de Saúde, limita-se praticamente ao repasse de recursos - especialmente à cessão de recursos humanos), no Paraná a instância regional participou ativamente do espaço gerencial.

As articulações de tipo microrregional potencializaram o alcance dos recursos investidos, evitando deseconomias de escala, sobreposições e induzindo à formação de parcerias intermunicipais, com vistas à resolução dos problemas comuns e à ação conjunta e coordenada, em contraposição à maior parte das iniciativas - locais, dispersas e sem uma maior articulação regional. A experiência do Paraná mostra que, em que pese a necessidade de autonomia local, há que se coordenar as ações de maneira sinérgica buscando, sobretudo, a correção das desigualdades intra-regionais. No entanto, a organização microrregional por si só, pode reproduzir ou agravar as iniquidades intermunicipais e inter-regionais, caso não haja uma ação eficiente dos Estados subnacionais de nível regional.

Finalizando a avaliação das experiências “Consórcios Municipais de Saúde” e “Municípios Saudáveis” do Estado do Paraná verifica-se o efetivo papel do Estado ao nível regional, ou seja, naquele Estado, a atuação do governo estadual foi decisiva para o sucesso das experiências voltadas para a intersetorialidade e a microregionalização.

Evidências empíricas levantadas durante o trabalho de campo no Estado do Paraná - junto à Secretaria Estadual, Consórcios e Prefeituras Municipais - permitem afirmar, que o fato de existirem 20 consórcios em pleno funcionamento em todo o estado (aproximadamente 70% dos municípios consorciados), se deve muito ao esforço da Secretaria Estadual, estimulando e organizando os municípios para isso.

Com a formação dos consórcios melhorou sensivelmente o acesso da população, em todo o estado, aos serviços de saúde em nível de segunda linha (atendimentos de especialidades). Os municípios que mais se beneficiaram foram principalmente os de pequeno porte que não tinham recursos técnicos de formar um quadro para manter os serviços. Melhorou também no sentido da complexidade do serviço prestado. Por exemplo, diversos exames que só eram realizados em Curitiba ou em Londrina passaram a ser realizados nos consórcios a partir da compra de equipamentos de alta tecnologia, ou pela compra dos serviços de clínicas particulares conveniadas aos consórcios.

A relação entre o nível regional e os municípios se mantém através das Regionais estaduais de saúde que em geral estão localizadas no município-sede do Consórcio. Esta relação é apontada pela secretaria como sendo fundamental na condução e manutenção das políticas públicas de saúde para todo o estado.

Além disso, os consórcios possuem um Conselho Consultivo-Paritário formado por duas Comissões técnico-consultivas e uma paritária, composta por membros da Secretaria Estadual e outra, composta por membros do consórcio. A criação destes Conselhos é prevista em cláusula no termo de adesão dos municípios ao consórcio.

Cabem aos Conselhos Consultivo-Paritários assessorar tecnicamente os aspectos referentes a recursos humanos, recursos financeiros, investimentos e administrativos.

A participação da Secretaria no processo de microrregionalização através de consórcios é notada até mesmo pelos problemas que são levantados por ela tais como, princípios do SUS que não são respeitados pelos consórcios, desrespeito à tabela SUS de pagamento pelos serviços, questão da lacuna na atenção básica, falta de acompanhamento dos problemas graves de saúde pública, como tuberculose e hanseníase, qualidade do serviço prestado, insipiência do controle social sobre os consórcios, etc. Foi criada uma Comissão Permanente de Acompanhamento da Municipalização e Consórcios – subcomissão do Conselho Estadual de Saúde – com o objetivo de efetuar levantamentos sistematizados desses problemas e propor soluções.

Como colocou um dos entrevistados, muito raramente as coisas brotam espontaneamente, sem muito trabalho e ação conjunta dos estados e municípios. Quando isto ocorre, porém, é uma surpresa agradável:

“Quer dizer, lá já tinha a semente. No resto do Paraná que a gente tentou, não tinha semente ainda... Aquilo lá nasceria, independente da nossa vontade, o que é ótimo”.

Deve ser a **gralha azul**...¹¹

¹¹ Pássaro típico do sul do país, que enterra o pinhão, fruto do pinheiro (araucária), durante o inverno para ter comida mais tarde. Os pinhões acabam brotando e a gralha azul acaba sendo um grande disseminador das plantações de pinheiros naquela região.

VI. BIBLIOGRAFIA

BRASIL (1997), Ministério da Saúde. “1997: Ano da Saúde no Brasil” (mimeo).

BRASIL (1995), Ministério da Administração e Reforma do Estado. “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, Imprensa Nacional, Brasília.

CEPAL (1994). “Salud, equidad y transformación productiva en America Latina”, Washington.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. 1998, Revista de Administração Pública, 32: 49-60.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. 1998, Revista de Administração Pública, 32: 11-22.

JUNQUEIRA, A.T.M; MENDES, A. e CRUZ, M.C. T. Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo: Situação Atual. RAE-Revista de Administração de Empresas, EAESP/FGV, São Paulo, v.39, n.4, OUT/DEZ 1999.

INOJOSA, R M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. 1998, Revista de Administração Pública, 32: 35-48.

KEINERT, T. M. M. (1992) “Do Oficial ao Legítimo: O Subsistema Não-Institucional de Atenção à Saúde em São Paulo”, São Paulo, EAESP/FGV, dissertação de mestrado, mimeo.

KEINERT. T. M. M. (1999) “Do Estatal ao Público: Crise e Mudança de Paradigmas na Produção Técnico-Científica em Administração Pública no Brasil”, Tese de Doutorado, São Paulo, EAESP/FGV.

KEINERT, T. M. M.(1997) “Política Pública de Saúde, Inovação e o Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo”, *Revista de Administração de Empresas*, v. 37, n.3, jul/set, São Paulo.

KEINERT, T. M. M. & CERQUEIRA, M. B. (1995) “Inovação na Prestação de Serviços Públicos de Saúde: Experiências de Municipalização”, XXX CLADEA's Assembly, Santiago do Chile,1995.

KEINERT, Ruben Cesar. (1986). *As Crises e o Regime Político no Brasil*. Tese de Doutorado, USP, São Paulo, mimeo.

_____. (1978). “Regionalismo e Anti-Regionalismo no Paraná”
Dissertação de Mestrado, USP, São Paulo, mimeo.

_____ et al. (1998). Estudo para a Implantação do ‘Observatório da Qualidade de Vida de Santo André’. *Projeto de Pesquisa FAPESP* (mimeo).

KEINERT, Tania M. M. (1993). A Reforma Administrativa nos Anos 90: O Caso da Prefeitura Municipal de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*. 33(4), 66-81.

_____. (1993). Mudança de Paradigmas, Ensino e Pesquisa em Administração Pública. *Anais da CLADEA's (Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administracion) XXVIII Assembly*, (pp 179-194). FIU, Miami.

_____ & LAPORTA, Claudio B. (1993). A RAP e a Evolução do Campo de Administração Pública no Brasil. *Anais do 17º Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração* (pp 51-65). Salvador: ANPAD.

_____. (1994). A Produção em Administração Pública na ANPAD (1976-1992): Uma Análise Preliminar. *Anais do 18º Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração* (pp 159-171). Curitiba: ANPAD.

KEINERT, Tania M. M. (1994). Paradigmas da Administração Pública no Brasil (1900-92). *Revista de Administração de Empresas*, 34(3), 33-40.

_____ & BERTERO, C. O. (1994) “A Análise Organizacional no Brasil”, *Revista de Administração de Empresas*, 34(3).

KEINERT & LAPORTA, Claudio. (1994). A RAP e a Evolução do Campo de Administração Pública no Brasil (1965-92). *Revista de Administração Pública*, 28(1), 5-17.

_____ & CASTRO SILVA, Claudete (1994). Gestão Pública e Integração Regional na América Latina. *Anais da XXIX Assembleia Anual do Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración*. Córdoba: CLADEA.

_____. Globalización, Estado Nacional ed Instancias Locales de Poder en America Latina. *Revista Nueva Sociedad*, vol(142), março/abril 1996, Caracas/Venezuela, p. 96-107; publicado também em Portugal in *Revista Estudos de Economia*, 15 (2), janeiro/março 1995, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, Portugal, p. 220-236; e em francês in *Alternatives Sud – Pouvoirs Locux et Décentralization*, Ed. 03, 1997, L’Harmattan, Paris/Montreal.

_____ & VAZ, José Carlos. (1994). A Revista do Serviço Público a partir da Análise de seus Editoriais. *Revista do Serviço Público*, 118(2), 9-34.

KEINERT, Tania M. M. (1995). Descentralización y Democratización: Una Propuesta de Reforma Administrativa de la Alcaldía de San Paolo. In Gonzalez, G. & Ogliastri, E. *La gerência Pública: Assunto Privado?*. Bogotá: T. M. Editores/Ediciones Uniandes.

_____. (1995). Globalização, Estado Nacional e Instâncias Locais de Poder. *Anais da Conferência de 1995 do BALAS - Business Administration Latin American Association*, (pp 3-14). Washington, USA.

_____. (1995). O Simbólico, a Cultura, o Moderno: Trajetórias de Usuários do Sistema de Saúde em São Paulo. *Anais do V Encontro Nacional da ANPUR - Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional*, (pp 1003-1010). Belo Horizonte: ANPUR/CEDEPLAR.

_____. (1997). “Planejamento Governamental e Políticas Públicas: A Estratégia ‘Cidades Saudáveis’”. *Saúde & Sociedade*. 6(2). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.

_____. (1998). Burocracia e Inovação na Administração Pública. *Boletim do Instituto de Saúde*. p.7, n.19, Edição Especial, pp 1-12.

_____. (1998). Le Politiche Sanitarie Pubbliche in Brasile: Il Riolo dello Stato, il Decentramento e le Esperienze Innovative, Management ed Economia Sanitaria, vol 25.

_____ & VAZ, José Carlos. (1994). A Revista do Serviço Público no Pensamento Administrativo Brasileiro (1937-1989). *Revista do Serviço Público*, 118(1), 9-41.

- KEINERT, Tania M. M. (1995). A Inovação na Prestação dos Serviços Públicos de Saúde: Experiências de Municipalização. *Anais da XXXI Assembleia do Consejo Latinoamericano de Administracion*. Santiago, Chile.
- OLIVEIRA, A. M. F. de. “Os Dilemas da Municipalização da Saúde no Contexto de uma Região Metropolitana: O Caso de Campinas”. Campinas: Instituto de Economia da Universidade de Campinas. Tese de Doutorado, 1995.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: MENDES, E V (org.) Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- MENDES, E. V. 1996. “Uma Agenda para a Saúde”, Hucitec, São Paulo.
- MENDES, E. V. 1998.”A Organização da Saúde no Nível Local”, Hucitec, São Paulo.
- MEDICI, A.C. (1996) “Sistema de Saúde Brasileiro, Aspectos Econômicos”. Porto Alegre:IAHCS.
- WORLD BANK, 1993. “Investing in Health”, World Bank Report 1993. New York: Oxford University Press.
- _____, 1990. “Poverty”. NY: Oxford University Press.
- VIANA, A. L. D’A. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. 1998, *Revista de Administração Pública*, 32: 23-32.