



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO (PPGDSTU)
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

TAMARA LIMA MARTINS FARIA

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU) EM BELÉM E
ANANINDEUA, PARÁ: um estudo sobre os entraves à implementação**

Belém, PA
2016

TAMARA LIMA MARTINS FARIA

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU) EM BELÉM E ANANINDEUA, PARÁ: um estudo sobre os entraves à implementação

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Planejamento do Desenvolvimento, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento.
Coorientadora: MSc. Sílvia Ferreira Nunes.

Belém, PA
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca do NAEA/UFPA)

Faria, Tamara Lima Martins

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) em Belém e Ananindeua, Pará:
um estudo sobre os entraves à implementação. / Tamara Lima Martins Faria. - 2016.

134 f; il.: 30 cm

Inclui Bibliografias

Orientador: Durbens Martins Nascimento;

Coorientadora: Silvia Ferreira Nunes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos
Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido,
Belém, 2016.

1. Política pública. 2. Descentralização. 3. Federalismo. 4. Nascimento. I. Título.

CDD 22. ed. 330.98115

TAMARA LIMA MARTINS FARIA

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU) EM BELÉM E ANANINDEUA, PARÁ: um estudo sobre os entraves à implementação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU), do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA) como requisito para a obtenção do título de mestre em Planejamento do Desenvolvimento.

Defendida e Aprovada em 26/02/2016.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Durbens Martins Nascimento
Presidente- PPGDSTU/ NAEA/UFPA

Prof. Dr. Armin Mathis.
Examinador Interno- PPGDSTU/NAEA/UFPA.

Prof. Dr. Milton Cordeiro Farias Filho.
Examinador Externo- PPAD/UNAMA

Prof^a. Dr^a. Marcela Vecchione Gonçalves.
Suplente- PPGDSTU/NAEA/UFPA

Primeiramente a Deus, autor e consumidor da minha fé.

À minha família: meu esposo Marco, meu filho Heitor, minha mãe Aureliana que me apoiaram nos momentos em que eu mais precisei.

A todos os familiares e amigos que torceram e intercederam por mim.

AGRADECIMENTOS

Em tudo tenho a agradecer a Deus por mais um degrau que Ele me permite subir. Um sonho antigo que, no tempo certo, se tornou realidade e diante de tantas bênçãos e tantas dificuldades vencidas posso dizer “tudo posso naquele que me fortalece”.

Agradeço ao meu pequeno filho Heitor que só pelo fato de existir já me transborda o coração de amor e alegria, certamente ele foi quem mais esteve comigo durante meus períodos de estudo. Dividir a atenção com ele e com os estudos não foi fácil, mas estou certa de que as escolhas que fizemos em família e o tempo dedicado à sua primeira infância são para oferecer a ele o exemplo e os princípios necessários que o tornarão um homem de valor no futuro.

Agradeço ao meu esposo Marco por sonhar comigo e ser o sacerdote do nosso lar nos dando a segurança e incentivos necessários para realizarmos aquilo que Deus tem colocado nos nossos corações mesmo diante das dificuldades que se levantam durante a nossa jornada.

Agradeço à minha mãe Aureliana por todo carinho com o meu filho e disponibilidade em me ajudar, principalmente quando precisei participar de algumas atividades do mestrado, sempre com o carinho e a disponibilidade que me deixaram mais tranquila nos momentos de correria e tensão.

Agradeço aos professores do NAEA pelos conhecimentos compartilhados e aos colegas da turma do mestrado do ano de 2014. Em especial, a Silvia, Ligia e Rebecca com as quais pude dividir muitos momentos durante o curso, tanto nas atividades relacionadas às disciplinas, produções acadêmicas e momentos de descontração que me ajudaram a seguir em frente com mais leveza e entusiasmo.

Preciso agradecer também à minha amiga e coorientadora Silvia Ferreira Nunes pelo incentivo, colaboração e companhia em algumas atividades de campo, ajudando nos momentos de dificuldade e dúvidas quanto às questões da dissertação e da vida profissional. Agradeço também ao meu orientador Durbens Martins Nascimento pelo apoio e disponibilidade em orientar este trabalho e pela aprendizagem que me foi proporcionada durante a construção desta dissertação.

Agradeço imensamente a contribuição de todos os entrevistados que prestaram sua valiosa contribuição para esta dissertação, sobretudo à analista do Departamento de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde; em Brasília, à Cláudia Ferreira Itaborahy pela disponibilidade e importantes contribuições.

Por fim, as certezas que carrego comigo durante esta valiosa experiência é que Deus tem o tempo certo para todas as coisas, coloca as pessoas certas no nosso caminho e a mim resta somente o sentimento de gratidão.

A ideia de que é no centro do sistema político que se pode discernir com mais nitidez as soluções mais adequadas dos problemas da agenda pública é uma representação arraigada das elites políticas, burocráticas e profissionais no país. Ela não é típica de um partido em particular, mas pode ser encontrada, em maior ou menor grau, em todos os que ocuparam o governo federal por mais favoráveis à descentralização que fossem seus discursos e suas plataformas políticas.

(ALMEIDA, 2005).

RESUMO

Preconizada na Constituição Federal de 1988, a descentralização é um processo relativamente recente e que ainda não se estabeleceu de forma plena. O resultado deste processo pode ser sentido diretamente nas políticas públicas, as quais apresentam diversidade de resultados por vários motivos: desigualdades regionais, falta de capacidade de gestão de muitos municípios, excessiva dependência das transferências federais, etc. Dentro deste contexto, definimos como recorte do nosso objeto a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) nos municípios de Belém e Ananindeua e, como objetivo geral, investigar a autonomia e a participação do estado do Pará e dos municípios de Belém e Ananindeua na implementação e tomada de decisão da PNAU. A pesquisa de tipo qualitativo com base em dados numéricos responde à pergunta em que medida os entraves à implementação identificados na PNAU são ocasionados pela centralização da política pelo governo federal que persiste mesmo após os municípios se tornarem “gestão plena” dos serviços de saúde? A hipótese central é a que os resultados da PNAU no âmbito de Belém e Ananindeua são reflexos da sobreposição de competências dos entes federativos e da deficiência na coordenação entre eles, mesmo com a relativa autonomia conferida aos estados e aos municípios a centralização das decisões mais importantes continua sob o controle do Governo Federal. Para responder e atender a este objetivo os procedimentos metodológicos utilizados foram o levantamento, a análise documental e as entrevistas semiestruturadas. Também foram utilizados alguns elementos da análise de conteúdo, considerando-se principalmente a análise temática na identificação da percepção dos atores sobre o objeto do estudo em confronto com as informações levantadas na fase de análise bibliográfica e documental. Aliando a teoria do neo-institucionalismo e da mudança institucional e os dados empíricos foi possível concluir neste estudo que a União ainda concentra as principais decisões no tocante às políticas de urgência, pois através dos instrumentos regulatórios (leis e portarias) também chamadas neste estudo de leis formais procura moldar o comportamento dos atores envolvidos limitando assim o seu poder de decisão e os subnacionais por sua vez, tutelados pela União, quer seja pela forte dependência financeira para implementação de suas políticas e/ou por estar limitado pelos regulamentos expedidos por ela, arca com os resultados desta relação federativa que não considera as peculiaridades de cada região e limita o gestor municipal a adequá-la a realidade do seu município.

Palavras-chave: Política Nacional de Atenção às urgências. Políticas Públicas. Descentralização. Federalismo. Entraves.

ABSTRACT

Advocated in the Federal Constitution of 1988, the decentralization is a relatively recent process that yet not established in full form. The result of this process can be felt directly in the public policies, which have a diversity of results, for several reasons: regional inequalities, absence of management capacity of many counties, excessive dependence on federal transfers, etc. In this context, the implementation of National Political of Urgency Attention (PNAU) in Belém and Ananindeua was the object of this study, the general goal investigate the autonomy and participation of Pará state and Belém and Ananindeua cities in the implementation and decision taking in PNAU. The research is qualitative based in figures answer the question: “which the extend of implementation barriers identified in PNAU are caused by the centralization by the federal government that persist before the counties become “full management” in health services?” The central hypothesis is that the PNAU results in Belém and Ananindeua are reflection overlapping of responsibilities from federal entities and deficiencies of coordination between them, even with relative autonomy assigned to states and counties the centralization of more important decisions it remains under the control of the federal government. To answer and attend this goal the methodological procedures used were survey and document analysis and semi structured interview. Were used some elements of content analysis, considering mainly thematic analysis to identify information on the perception of the actors on the confrontation in the study object with the information gathered in the literature review phase and documentary. Allying the theory of neo-institutionalism and institutional change and empirical data was possible concluded in this study that the Union still concentrates the major decisions related to emergency politics, because through regulatory instruments, also known as formal and informal laws intend to mold the actors involved behavior and limited their decision power and the counties protect by the Union, whether the financial dependence to implementation their public policy and/or being limited by regulations shipped by the Union, support the results of this relationship federalism that do not considered the peculiarities of each region and limit the city manager and to adapt to the city reality.

Keywords: National Political of Urgency Attention. Public Policy. Decentralization. Federalism. Barriers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Quantidade mensal de atendimentos mensais da Unidade Pronto Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO) no ano de 2012..	41
Gráfico 2. Atendimento mensal da Unidade Pronto Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO) no ano de 2013...	41
Gráfico 3. Atendimento mensal da Unidade Pronto Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO) no ano de 2014.	42
Gráfico 4. Fluxo da pactuação dos serviços de saúde..	71
Gráfico 5. Percentual de Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no estado do Pará e nos municípios de Belém e Ananindeua no período de 2012 a 2014.	88
Gráfico 6. Percentual de Cobertura de Equipes Saúde da Família no Estado do Pará e nos municípios de Belém e Ananindeua no período de 2012 a 2015.	89
Gráfico 7. Percentual de atendimentos realizados na UPA DAICO por classificação de risco no primeiro quadrimestre de 2015.....	91
Gráfico 8. Relação entre demanda* e capacidade de atendimento** da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dom Helder Câmara (Ananindeua) de janeiro a agosto de 2015..	95
Mapa 1. Localização da Unidades Pronto Atendimentos do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO), UPA Dom Hélder Câmara e UPA Daniel Berg..	58

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1. Municípios de origem e quantidade de pacientes atendidos na UPA DAICO em 2014.	40
Tabela 2. Perfil das Unidades de Pronto Atendimento em funcionamento nos municípios de Belém e Ananindeua, Pará.....	53
Quadro 1. Entrevistas Realizadas com os Atores envolvidos na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).....	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão intergestora Tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CGUE	Coordenação Geral de Urgências e Emergências
DAICO	Distrito Administrativo de Icoaraci
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEUE	Departamento de Urgência e Emergência
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HPSM	Hospital Pronto Socorro Municipal
IAM	Infarto do Miocárdio
IDESP	Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Estado do Pará.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
MPE	Ministério Público do Estado do Pará
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PPI	Pactuação Programada Integrada
PSM	Pronto Socorro Municipal
RMB	Região Metropolitana de Belém
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde de Belém
SUS	Sistema único de Saúde

TCE	Tribunal de Contas do Estado do Pará
TCM	Tribunal de Contas dos Municípios
TCU	Tribunal de Contas da União
UPA	Unidade Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 RELAÇÃO FEDERALISTA E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: O NEO- INSTITUCIONALISMO COMO MODELO DE ANÁLISE.....	21
2.1 O MODELO NEO-INSTITUCIONAL DE ANÁLISE.....	21
2.2 FEDERALISMO E RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS NO BRASIL.....	27
2.3 DESCENTRALIZAÇÃO OU CENTRALIZAÇÃO? OS CAMINHOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	32
3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO CONTEXTO DE BELÉM E ANANINDEUA.....	35
3.1 BELÉM E ANANINDEUA NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ	35
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PNAU E PRINCIPAIS DIRETRIZES E MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO	37
3.3 COORDENAÇÃO OU SOBREPOSIÇÃO? BREVE EXPLANAÇÃO SOBRE AS UPAS 24 HORAS NO CONTEXTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM BELÉM E ANANINDEUA	39
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	43
4.1 INSTRUMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS	43
4.2 UNIVERSO DA PESQUISA.....	49
5 O CONTEXTO DECISÓRIO DA PNAU: REGRAS FORMAIS E INFORMAIS QUE INFLUENCIAM A CONCEPÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA	52
5.1 O CENÁRIO DA PNAU EM BELÉM E ANANINDEUA.....	52
5.2 CENTRALIZAÇÃO DE DECISÕES NA POLÍTICA PÚBLICA	56
5.3 OS IMPACTOS DO MODELO DE DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	63
5.4 A COOPERAÇÃO ENTRE AS ESFERAS DO GOVERNO	65
5.5 RELAÇÃO FEDERALISTA NO ÂMBITO DA PNAU: PRINCIPAIS ENTRAVES	73
5.5.1 Gestão de Pessoas (capacitação e treinamento)	73
5.5.2 Gestão Financeira	76
5.5.3 Regras formais	81
5.5.4 Infraestrutura	83

5.6 AS IMPLICAÇÕES DAS RELAÇÕES FEDERALISTAS NO CONTEXTO DECISÓRIO DA PNAU.....	96
6 CONCLUSÃO.....	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE A. ROTEIRO DE ENTREVISTA- ANALISTA TÉCNICO DA COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (CGUE/DAHU/SAS/MS).....	112
APÊNDICE B. ROTEIRO DE ENTREVISTA- ANALISTA TÉCNICO DAS PORTAS DE ENTRADA DE URGÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE..	114
APÊNDICE C. ROTEIRO DE ENTREVISTA- ANALISTA TÉCNICO DO SAMU DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	116
APÊNDICE D. ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AO SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ (SESPA)	118
APÊNDICE E. ROTEIRO DE ENTREVISTA- CONSELHEIRO DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARÁ (TCE/PA).....	120
APÊNDICE F. ROTEIRO DE ENTREVISTA- MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. PROMOTORIA DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS, EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	122
APÊNDICE G. ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AOS TÉCNICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOS DEPARTAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BELÉM E ANANINDEUA	124
APÊNDICE H. ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE BELÉM E ANANINDEUA.. ...	126
APÊNDICE I. ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AOS DIRETORES DAS UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO (UPA 24 HORAS): UPA DAICO (BELÉM), UPA DOM HÉLDER CÂMARA (ANANINDEUA) E UPA DANIEL BERG (ANANINDEUA)..	128
APÊNDICE J. ROTEIRO DE ENTREVISTA- SECRETÁRIO DE FISCALIZAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU).....	132

1 INTRODUÇÃO

As relações institucionais nos espaços de articulação das políticas públicas e o diálogo entre os entes federativos de governo e sociedade são pressupostos para a governança¹ necessária para execução das políticas públicas. Estudos demonstram que a pactuação e coordenação de estratégias entre os entes federativos precisam convergir para a efetiva universalização dos serviços de saúde e para o aumento da capacidade de gestão dos municípios, inibindo situações recorrentes como as atuais, nas quais a sobrecarga dos serviços de saúde nos principais centros ocasionada pela escassez ou inexistência destes serviços nos municípios de origem dos usuários que recorrem aos grandes centros, se apresenta como o principal entrave para a efetividade das políticas públicas no Brasil (O'DWYER *et al.*, 2009; O'DWYER, 2010).

O direito à saúde, como política pública, resultou de uma luta iniciada na década de 1970 chamada de Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que defendia a reformulação do sistema de saúde para que a população tivesse garantido um sistema com disponibilidade e eficácia, pois anteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) apenas os trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada tinham garantia de atendimento no antigo sistema através do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social (INAMPS). Quem não se enquadrava como trabalhador de carteira assinada ou quem pudesse pagar pelos serviços particulares de saúde eram atendidos nas Santas Casas de Misericórdia, postos de saúde municipal, estadual ou hospitais universitários (BRASIL, 2001).

Como um marco importante para o setor de saúde, a Constituição Cidadã definiu o Estado como garantidor das condições necessárias para o atendimento da saúde da população através de uma nova organização do sistema e nas diretrizes, conforme artigo nº 196 da CF/1988 (BRASIL, 1988), de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Dentro desta nova organização formas de prestação de serviços, preconizadas pela Lei 8080/1990 que foi posteriormente regulamentada pelo Decreto 7.508/2011, dispunha sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), planejamento da saúde, assistência à saúde, e a articulação interfederativa no qual a saúde é apresentada como um dever de todos os entes federativos que devem prestar o serviço direta ou indiretamente de forma regionalizada, hierarquizada e com a participação complementar da iniciativa privada.

¹ Bresser-Pereira (1999) define governança como a capacidade do Estado para governar tanto administrativamente quanto financeiramente.

De forma complementar às diretrizes do SUS, ficaram estabelecidos alguns princípios importantes na operacionalização do SUS: universalidade, igualdade, equidade, resolutividade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. Outros princípios também são apresentados na Lei 8080/1990 que complementam estes elencados na CF/1988 como, por exemplo, direito à informação, integração, entre outros. Na prática, este arcabouço jurídico ainda não se estabeleceu de forma plena no contexto das políticas públicas de saúde, especificamente de urgência e é o que iremos discutir no capítulo 4 deste estudo.

Neste contexto, surge no âmbito do SUS através da Portaria 1863 de 28 de setembro de 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), posteriormente reformulada pela Portaria 1600 de 7 de julho de 2011, que foi produto de esforços do governo federal para a estruturação e reorganização da Rede de Atenção à Saúde e para preenchimento de vazios assistenciais observados em todo o país. A PNAU tem como principais componentes: o pré-hospitalar fixo (unidades de saúde, unidades de saúde da família), componente pré-hospitalar móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU), componente hospitalar (Unidades de Ponto Atendimento - UPA 24 horas - Portaria 2648/2011, BRASIL, 2011), hospitais de média e alta complexidade e componente pós-hospitalar (modalidades de atenção domiciliar). Através de um processo iniciado com a CF/1988, no intuito de qualificar e fortalecer a descentralização do sistema de saúde através de negociações entre gestores das três esferas e promover inovações no processo de gestão visando a eficiência do sistema foi pactuado em 2006, um conjunto de ações que, através de espaços regionais de planejamento, identificação e reconhecimento das diferentes realidades regionais, resultaram no Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006). Este movimento de descentralização e regionalização da saúde, embora tenha sido preconizado pela CF/1988 foi regulamentado a partir da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Além de reorganizar o sistema, o Pacto pela Saúde também trouxe modificações quanto às formas de financiamento que passaram a ser integradas em cinco grandes blocos: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Nota-se que este processo de municipalização é ainda recente se considerarmos as dimensões do Brasil e as grandes diferenças inter e intra regionais a exemplo do Pará, que tem um território continental e abriga em seus 1.248.000 km² regiões com características díspares e dificuldades de acesso a serviços de saúde que até o momento não foram totalmente suplantadas.

As UPAs como componente da Rede de Urgência, de acordo com a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, é a interface entre as Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família e a Rede Hospitalar e devem prestar um atendimento resolutivo aos pacientes com quadros graves

e prestar o primeiro atendimento em casos de trauma ou cirúrgico independentemente se o paciente foi referenciado ou não. Estas unidades e as relações interinstitucionais atinentes à sua implementação serão analisadas no decurso desta dissertação com a finalidade de compreender as relações interinstitucionais entre a União, o Estado do Pará e os municípios de Belém e Ananindeua no processo de tomada de decisão da PNAU e que afetam diretamente no resultado da política.

Nesse contexto, o objeto deste estudo é a Política Nacional de Atenção às Urgências, doravante PNAU, com ênfase nas relações interinstitucionais entre a União, o estado do Pará e os municípios de Belém e Ananindeua - com destaque ao componente: Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24 horas) - que faz parte desta política, tendo como base a teoria neo-institucional da escolha racional e, como pano de fundo, o modelo federalista brasileiro. O ambiente institucional compreende as relações entre os entes federativos e seus níveis de autonomia e responsabilidade, as relações entre a sociedade e o Estado como um todo, o poder legislativo e as regras formais e informais que permeiam estas interações. Esse ambiente institucional influencia os resultados da política pública.

Estas relações serão estudadas nos espaços dos municípios de Belém e Ananindeua por compreenderem os municípios do Pará que possuem a maior densidade demográfica e também por serem um polo do estado do Pará no qual se concentra uma maior estrutura de serviços de saúde.

Nosso problema de pesquisa parte dos interesses identificados no jogo político no âmbito da PNAU e apresenta-se da seguinte forma: Em que medida os entraves à implementação identificados na PNAU são ocasionados pela centralização da política pelo governo federal que persiste mesmo após os municípios se tornarem “gestão plena” dos serviços de saúde? Outras duas questões no nível da coordenação federalista em políticas públicas também foram respondidas com esta pesquisa:

1) Em que medida os entraves à implementação identificados na PNAU são ocasionados pela centralização da política pelo governo federal que não considera as peculiaridades locais?

2) Qual o papel dos atores (municípios, estado, Governo Federal, conselhos de saúde, tribunais de contas e Ministério Público) presentes na setorialização da PNAU?

No tocante aos serviços de saúde os municípios de Belém e Ananindeua ainda apresentam uma centralização considerável da demanda por serviços públicos de saúde em relação ao restante do estado do Pará. Devido à baixa qualidade dos serviços de saúde nos municípios do interior do estado e a pouca eficácia dos programas federais nestes, existe uma

forte dependência da oferta de equipamentos e serviços na Região metropolitana, da qual os mesmos fazem parte (PINHEIRO *et al.* 2010).

O objetivo geral é investigar a autonomia e a participação do estado do Pará e dos municípios de Belém e Ananindeua na implementação e tomada de decisão da Política Nacional de Atenção às Urgências. E como objetivos secundários são: identificar os *stakeholders*² e a real extensão de suas competências na gestão da PNAU; analisar as regras formais e informais presentes no jogo político e sua influência na tomada de decisão no âmbito da PNAU; identificar os possíveis obstáculos à coordenação e autonomia que influenciam na abrangência e efetividade da PNAU.

A hipótese central é que os resultados da PNAU no âmbito de Belém e Ananindeua são reflexos da sobreposição de competências dos entes federativos e da deficiência na coordenação entre eles, mesmo com a relativa autonomia conferida aos estados e aos municípios a centralização das decisões mais importantes continua sob o controle do Governo Federal.

Os procedimentos metodológicos utilizados para atingir os objetivos supracitados foram realizados em duas etapas: levantamento bibliográfico e documental, indicadores de saúde presentes no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), além da análise de documentos- identificados como as regras formais da política- como portarias, decretos, planos estaduais e municipais de saúde e série histórica das UPAs e, em seguida, através de entrevista semiestruturada foram entrevistados gestores da política tanto ligados ao Ministério da Saúde em Brasília quanto no governo do Estado do Pará e nos municípios de Belém e Ananindeua, além de representantes do controle social, Ministério Público, Tribunal de Contas da União (TCU), Tribunal de Contas do Estado (TCE) e Tribunal de Contas dos Municípios (TCM).

Concomitantemente às entrevistas foram feitas observações nas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde, reunião com os estabelecimentos de urgência de Ananindeua, treinamento dos conselheiros municipais de saúde de Ananindeua promovido pelo Ministério Público e assembleia do Conselho Municipal de Saúde de Belém.

Quanto à organização da dissertação, a mesma foi dividida em cinco capítulos os quais se seguem:

No capítulo “Relação federalista e políticas públicas no Brasil: O neo-institucionalismo como modelo de análise” começou abordando o modelo neo-institucional de análise e a sua importância para a melhor compreensão do objeto deste estudo. Em seguida fez-se uma breve

² Secchi (2009) denomina *stakeholders* para os cidadãos e outras organizações com os quais o poder público estabelece relações de coordenação.

explicação sobre o federalismo tanto no contexto internacional quanto nacional no intuito de se compreender o atual cenário federalista brasileiro. E, fechando este primeiro capítulo, se discutiu as políticas públicas de saúde no Brasil e a sua evolução no decorrer do processo de descentralização ocorrido a partir da CF/1988.

O segundo capítulo intitulado “A Política Nacional de Atenção às Urgências no Contexto de Belém e Ananindeua” apresentou inicialmente o cenário das políticas públicas no estado do Pará marcado pelos processos de descentralização, regionalização e pactuação dos serviços de saúde. Posteriormente foi apresentada a contextualização da PNAU através da discussão de suas diretrizes e mecanismos de implementação sempre se procurando identificar possíveis discrepâncias entre os dispositivos legais da política e a realidade amazônica e, em seguida, fez-se uma explicação sobre o componente UPA 24 horas e as relações deste com a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e as relações de coordenação ou sobreposição de competências entre os entes envolvidos na RUE.

O terceiro capítulo “Procedimentos metodológicos da pesquisa” apresentou-se os instrumentos metodológicos da pesquisa, as técnicas e fontes utilizadas para se alcançar os resultados e responder às questões relacionadas ao objeto deste estudo.

No quarto capítulo “O contexto decisório da PNAU: regras formais e informais que determinam a concepção e operacionalização da política” foram apresentados os resultados da pesquisa. Baseado nas entrevistas de campo, nos dados bibliográficos e documentais foi possível identificar as regras formais e informais no contexto dos municípios deste estudo que determinam as decisões da PNAU assim como as responsabilidades dos entes federativos na concepção e operacionalização da política e os problemas de coordenação e sobreposição de competências.

E, por fim, o último capítulo, de acordo com o resultado da análise dos dados apresentados no quarto capítulo as hipóteses foram retomadas. Dificuldades do trabalho e sugestões para estudos posteriores também estão presentes neste capítulo.

Os resultados e as conclusões são apresentados ao final desta dissertação aliando a teoria discutida no início do trabalho e a empiria, assim como sugestões para estudos futuros que deem continuidade a esta análise.

2 RELAÇÃO FEDERALISTA E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: O NEO-INSTITUCIONALISMO COMO MODELO DE ANÁLISE

Para compreender as relações interinstitucionais no federalismo brasileiro se faz necessário apresentar neste capítulo o arcabouço teórico do neo-institucionalismo e suas contribuições para a análise deste estudo quanto das principais características e peculiaridades do federalismo brasileiro que influenciam diretamente no resultado das políticas públicas de saúde no Brasil.

No federalismo brasileiro, estados e municípios são entes autônomos quanto à execução das políticas e à União cabe tanto a elaboração das políticas nacionais quanto a coordenação dos os entes federativos. Esta coordenação se dá em espaços de discussão em nível municipal, regional e nacional.

No entanto, muitos entraves ainda são identificados neste processo que tem a União como orquestradora, pois dentro deste cenário convivem muitos interesses que são agravados pelas diferenças regionais, graus diferentes de organização dos municípios, forte dependência de grande parte dos municípios das transferências federais que afetam principalmente a implementação das políticas. O resultado deste arranjo federativo brasileiro leva, muitas vezes, a não-cooperação entre os municípios e aumenta a incerteza quanto ao sucesso das políticas públicas.

2.1 O MODELO NEO-INSTITUCIONAL DE ANÁLISE

O institucionalismo é um vasto campo teórico com evoluções recentes que buscam compreender o papel das instituições tanto no desempenho econômico quanto no desenvolvimento da nação como um todo. Dada a importância das instituições, North (1990) afirma que, para se compreender o desempenho das sociedades ao longo da história é necessário estudar as matrizes institucionais³ e as suas dinâmicas. O institucionalismo é marcado por três

³ Conforme North (1990) a matriz institucional abriga as instituições que são as regras formais e informais existentes em uma sociedade. Ainda segundo o autor, esta matriz institucional é responsável por direcionar as vontades dos agentes sociais e é responsável pela criação das diversas organizações, com diversos objetivos e que são as principais agentes de uma sociedade.

grandes momentos: o antigo institucionalismo, o behaviorismo ou comportamentalismo e o neo-institucionalismo (CONCEIÇÃO, 2007; PERES, 2008; LIMA *et al.*, 2011).

O histórico do institucionalismo tem como percussores Thorstein Veblen (1919), John R. Commons (1934) e Wesley C. Mitchel. (1937). Estes autores inauguram o que se chama “Antigo Institucionalismo”. Veblen (1919) se utilizava de termos da biologia, sobretudo da teoria pós-darwiniana para explicar a vida econômica dos indivíduos como um processo de seleção adaptativa e que isso se replicaria às instituições sendo a evolução da estrutura social como uma seleção natural de instituições.

Os antigos institucionalistas pensavam a economia como um sistema em equilíbrio desconsiderando inovações e efeitos externos de mudança. Para estes “as instituições são de uma natureza de hábitos prevaletentes de pensamentos, e que, portanto, a força que molda as instituições é a força ou as forças que moldam os hábitos prevaletentes em uma comunidade.”⁴ (VEBLEN, 1919).

Contrapondo este sistema em equilíbrio defendido pelos antigos institucionalistas, foram difundidas a partir da década de 1970 o institucionalismo comportamentalista ou behaviorista. O comportamentalismo busca analisar o fenômeno político através dos comportamentos e interações dos indivíduos. Os estudos focados no behaviorismo buscavam identificar as regularidades nos comportamentos observáveis dos indivíduos para assim compreender o processo de governar (IMMERGUT, 1998).

O neo-institucionalismo veio como resposta ao behaviorismo acrescentando que o comportamento não era suficiente para explicar os fenômenos do governo, era necessário acrescentar as instituições nesta análise (IMMERGUT, 1998). Para o neo-institucionalismo o comportamento coletivo e os resultados (econômicos, políticos e sociais) são explicados tanto pelas ações individuais (comportamentos) quanto pelas estruturas sociais (instituições) às quais os indivíduos estão submetidos e que restringe a sua ação quer seja por condutas socialmente construídas ou por normas escritas e formalmente elaboradas (HALL; TAYLLOR, 2003; THÉRET, 2003; PERES, 2008; NORTH, 2010). Neste sentido, o indivíduo é tanto sujeito ativo ao influenciar os resultados pelas suas ações individuais quanto um sujeito passivo por estar constringido pelas instituições no tocante à determinação dos resultados sociais e políticos.

Em sua obra “Theoretical core new institucionalism”, Immergut (1998) apresenta três críticas do neo-institucionalismo ao behaviorismo. Primeira, quanto ao behaviorismo afirma

⁴ Tradução: “institutions are of the nature of prevalent habits of thought, and that therefore the force which shapes institutions is the force or forces which shape the habits of thought prevalent in the community” (VEBLEN, 1919, p. 314).

que as preferências de um indivíduo são expressas por seu comportamento, enquanto que os neo-institucionalistas estão interessados na distinção entre o comportamento expresso e a real preferência; segunda, o behaviorismo considera que os fenômenos coletivos são explicados através do somatório dos comportamentos individuais, e em contrapartida o neo-institucionalismo considera este somatório de comportamentos individuais muito problemáticos, por acreditar que as decisões individuais não podem ser agregadas e, sua análise, não podem explicar totalmente as decisões coletivas (DALH, 1961); a última crítica refere-se ao padrão normativo utilitarista do behaviorismo, ou seja, o somatório das preferências individuais culmina no interesse público e no bem comum, enquanto que os institucionalistas acreditam que o comportamento político e a tomada de decisão são formados por um artefato de procedimentos para que estas decisões sejam tomadas (IMMERGUT, 1998).

O termo neo-institucionalismo é um termo bastante controverso e muitas correntes teórico-metodológicas se denominam como neo-institucionalistas. Ainda que estas correntes tenham um objetivo comum de “compreender como as instituições determinam os resultados sociais e políticos” as mesmas apresentam muitas diferenças no tocante ao tratamento dos problemas relacionados a estes resultados (HALL; TAYLOR, 2003). Na literatura não há um consenso sobre a classificação das vertentes neo-institucionalistas e nem se pode afirmar que as preocupações deste estudo são recentes, pois algumas vertentes para alguns pensadores antigos já se debruçavam sobre a análise das preferências que determinavam as escolhas (FARREJOHN; PASQUINO, 2001; MARCH; OLSEN, 2008). Hall e Taylor (2003) consideram as três principais correntes metodológicas: histórico, sociológico e escolha racional. No entanto, autores como Hay (2006) apresentam duas correntes mais recentes: construtivista e de redes (LIMA *et al.*, 2011).

O neo-institucionalismo histórico tem como principais aspectos: a ênfase no papel do Estado como regulador de conflitos, enfatizam a dependência de trajetória (*path-dependence*)⁵ e as instituições como procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais (THERET, 2003). Ao analisar a relação entre as instituições e as ações os adeptos desta vertente recorrem a dois tipos de análise: a perspectiva *calculadora* (em que o comportamento humano é orientado por um cálculo estratégico) e perspectiva *cultural* (que busca demonstrar qual o limite entre o comportamento humano pode ser influenciado pela sua visão de mundo) (CASTRO, 2013).

⁵ Ao defenderem a dependência de trajetória, os institucionalistas históricos acreditam que há uma causalidade social diretamente ligada a trajetória percorrida, no qual as forças que produzem resultados em determinado lugar, não o farão em outro contexto, pois cada contexto social tem suas peculiaridades herdadas de seu passado não produzindo os mesmos resultados (HALL; TAYLOR, 2003).

Outro aspecto importante da vertente histórica do neo-institucionalismo é a ênfase dada ao poder, ou seja, como as instituições repartem o poder entre os grupos sociais (HALL; TAYLOR, 2003). A crítica a este modelo é devido ao seu caráter relativamente estático e a pouca atenção dada a compreensão de como as instituições afetam o comportamento (HALL; TAYLOR, 2003; HAY, 2006).

A vertente sociológica tem origem na teoria das organizações e enfatiza o papel dos símbolos, os esquemas cognitivos e modelos morais na análise das instituições; relaciona os conceitos de instituições e cultura, sendo esta última como determinante de modelos comportamentais; as instituições também influenciam as preferências fundamentais dos indivíduos e, para estes, as organizações não modificam suas práticas institucionais apenas para aumentar sua eficiência, contudo também como o objetivo de legitimar socialmente a si própria e aos seus membros (HALL; TAYLOR, 2003).

A vertente neo-institucionalista *construtivista* ou *discursiva*, ainda é emergente e tem seu foco nas mudanças institucionais. Para os autores desta corrente as interações entre os atores e o ambiente são os responsáveis pelas pela evolução, adaptação e inovação institucional (HAY, 2006; LIMA *et al.*, 2011). Assim como os institucionalistas históricos, os construtivistas fazem uso da noção de *path dependence* acreditando que as instituições são alteradas por mudanças resultantes de sua trajetória. O construtivismo se preocupa tanto com as ideias quanto com os processos interativos dos discursos no contexto institucional (SCHIMIDT, 2010).

A inserção do institucionalismo de redes, também em construção, é respaldada pela importância que as redes de interação entre os atores e organizações têm na construção de interesses, nas dinâmicas dessas interações e na forma como as mesmas podem influenciar na divisão do poder (LIMA *et al.*, 2011). Esta vertente também apresenta variações, pois é um tema recorrentemente debatido em diversas áreas do conhecimento, no entanto, seus teóricos concordam com o desenvolvimento relacional nos estudos das ações sociais, dá atenção à complexidade das interações horizontalizadas tanto entre as organizações quanto entre os demais atores e também concordam que as redes mobilizam de forma dinâmica informações, recursos e capital social (FLEURY, 2005).

A última vertente do neo-institucionalismo é o da *escolha racional*. Os autores desta vertente consideram que, ao mesmo tempo em que as instituições constroem a escolha estratégica dos atores, a mesma modifica o seu comportamento a fim de reduzir os chamados custos de transação que são altos em virtude das incertezas do ambiente (HALL; TAYLOR, 2003). Os teóricos construtivistas apresentam alguns pontos comuns quanto à análise sob a ótica dos comportamentos dos indivíduos.

Os autores desta vertente afirmam que os atores que interagem entre si têm um comportamento utilitário que visa à maximização da satisfação de suas preferências, desejos e motivações e isto é possível através do cálculo estratégico de suas ações (HALL; TAYLOR, 2003; ROCHA, 2004). North (1990) salienta que, por influenciar diretamente na conduta dos atores, a elevação dos custos de transação incentivam os atores na busca de novas oportunidades de maximização de seus resultados através da reformulação e criação de novas regras que aprimorem o processo de troca e que reduzam as incertezas e torne o processo mais confiável.

Para Farrejohn e Pasquino (2001) a teoria da escolha racional tem sua origem desde os gregos e seu pensamento, tem a racionalidade como foco principal, remontando os estudos de Aristóteles, Rousseau e Hobbes. Os teóricos desta corrente consideram também que a vida política é caracterizada por uma série de dilemas da ação coletiva, na qual os indivíduos agem de forma a obter o melhor resultado para sua satisfação pessoal em detrimento disso, correm o risco de obter um sub-resultado para a coletividade, ou seja, a contribuição para o bem público é muitas vezes deixado em segundo plano (ELSTER, 1994; FARREJOHN; PASQUINO, 2001; HALL; TAYLOR, 2003). Muitas situações comportam os dilemas da ação coletiva, as mais conhecidas são o “Dilema do prisioneiro”⁶ (oriunda da teoria dos jogos) (ELSTER, 1994; TSEBELIS, 1998) a “Tragédia dos comuns”⁷ (HARDIN, 1968; OSTROM, 1990).

Ainda quanto a origem do neo-institucionalismo da escolha racional, Hall e Taylor (2003) apresentam como sendo o ponto de partida desta vertente os estudos dos comportamentos no interior do Congresso dos Estados Unidos. A principal questão surgiu a partir do confronto entre os postulados clássicos desta escola com a reunião de maiorias estáveis para votar leis no congresso norte-americano repleto de muitos interesses que, pela lógica desta vertente, cada nova maioria invalidaria sempre as decisões da maioria que lhe antecedeu devido à multiplicidade de preferências entre os legisladores. No entanto, o que se observou foi certa estabilidade nas decisões.

A justificativa encontrada para este fenômeno, segundo Hall e Taylor (2003), foi a de que a existência de maiorias estáveis no congresso estava baseada em como as comissões e as regras internas de procedimentos estruturavam as escolhas e as informações que eles tinham, permitindo fixar pautas que dificultassem o surgimento de decisões que precisassem ser

⁶ Tsebelis (1998) destaca que o jogo do dilema dos prisioneiros “foi usado para estudar o problema da ocorrência de cooperação entre atores racionais com interesses próprios” (p. 69) e destaca duas principais características: a deserção é a melhor estratégia para os jogadores e ambos obtêm resultado subótimo ao escolher a melhor estratégia em detrimento da cooperação.

⁷ “A tragédia dos comuns” (HARDIN, 1968) apontava a ocorrência de um resultado “subótimo” na “sobre-utilização” dos bens públicos aos quais os indivíduos tinham livre acesso.

apreciadas por representantes. Logo, os mesmos submetiam a votação questões que necessitassem de negociação entre os parlamentares fomentando assim, um ambiente em que as instituições do congresso balizavam os benefícios de trocas facilitando a criação de leis estáveis e diminuindo os custos de transação.

Os principais conceitos extraídos da escolha racional para este estudo são a de ação racional, jogo e regras formais.

Quanto à ação racional Farejohn e Pasquino (2001) consideram que o agente no momento da tomada de decisão tende a maximizar seus desejos e crenças no intuito de decidir sempre de acordo com os seus interesses, ou seja, crenças, desejos e ações se relacionam de forma particular e determinam a racionalidade do agente. Este conceito ajuda a explicar o motivo de muitas decisões tomadas na política de saúde não consideram a rede como um todo e sim, um componente em particular ou o interesse de um gestor, gerando prejuízos para a coletividade.

Ainda quanto à ação racional, Tsebelis (1988) ao afirmar ser a mesma uma correspondência entre os fins e os meios. Em contraponto, Elster (1994) vai de encontro a esta visão por acreditar que nem todos os fins podem se submeter à uma análise racional.

O segundo conceito “jogo em múltiplas arenas” Tsebelis (1988) afirma que o resultado em uma arena pode sofrer influência de resultados em outras arenas, ou seja, para que isto seja considerado é necessário que uma mesma ação influencie as duas arenas. A utilização deste conceito é necessária para explicar a forte influência do cenário político e de decisões tomadas em outras secretarias nas políticas públicas de saúde (coligações políticas e baixa arrecadação).

Para Pierson (2006 *apud* FIANI, 2013) as políticas públicas são instituições e a distinção entre políticas e instituições não seria analiticamente interessante segundo o autor, pois o Estado controla o cotidiano de seus cidadãos através de seu escopo de políticas. Nesta perspectiva, Fiani (2013) critica-o ao afirmar que, aderindo a este pensamento, corre-se o risco de desconsiderar as intervenções e impactos das instituições na formulação e implementação de políticas subestimando, assim, as instituições informais em detrimento das instituições formais.

O neo-institucionalismo tem influenciado os debates sobre políticas públicas ao passo que o mesmo enfatiza a importância das instituições para a formação da agenda, decisão e implementação de políticas públicas (SOUZA, 2007). Quanto ao neo-institucionalismo da escolha racional, adeptos desta corrente afirmam que os atores tentam agir sempre de forma racional buscando o interesse próprio, no entanto, a busca de seus interesses pode ser freada pelos limites institucionais (LIMA *et al.*, 2011) e isto influencia diretamente no resultado das

políticas públicas garantindo assim a sua continuidade e reduzindo as possibilidades de alterações bruscas.

É necessário se considerar também os limites desta análise. Embora o neo-institucionalismo da escolha racional se aproxime do viés comportamental dando ênfase ao comportamento dos atores, no estudo das políticas de saúde é muito importante ir além do comportamento dos atores e se aprofundar nas variáveis políticas presentes na política pública e que influenciam sobremaneira nas decisões tomadas nas arenas decisórias, nas quais a decisão de cooperar ou não determinam o resultado final da política.

Concomitantemente a esta análise da escolha racional, será estabelecida uma relação entre o processo de escolha dos atores envolvidos na PNAU e a fase de implementação desta política pública no contexto federalista brasileiro que se diferencia do federalismo em outros países por apresentar características particulares e que influenciam diretamente no resultado das políticas públicas.

2.2 FEDERALISMO E RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS NO BRASIL

As duas últimas décadas são marcadas por uma nova reorganização do Estado. A descentralização e a desconcentração ocorrida nos estados nacionais aliados a uma gama de experiências federalistas ao redor do mundo apontam para o desmantelamento do Estado unitário e o surgimento de um modelo federalista que, embora receba a mesma nomenclatura em diversos países, não se apresenta de forma linear nos mesmo (VIANA *et al.*, 2002). No entanto, algumas similaridades deste sistema podem ser encontradas, conforme elenca Abrucio (2005): expansão ou manutenção do *Welfare State* convivendo com a escassez de recursos demandando maior eficiência dos países que precisam melhorar sua coordenação entre as esferas político-administrativas melhorando, desta forma, a gestão de suas políticas públicas; problemas relacionados à maior autonomia conferida aos subnacionais, o que ocasionou, em alguns países, fragmentação e descontrole das contas públicas (caso da Argentina) e até mesmo focos de secessão (Rússia); necessidade de redução dos impactos da globalização nas comunidades locais causada por uma maior relação entre os governos locais com órgãos e empresas internacionais através de parcerias.

Conforme apresentado, embora o federalismo não se apresente de forma una em todos os Estados-Nação, autores o conceituam como a seguir:

Para Elazar (*apud* FIERLBECK; PALLEY, 2015, p.21) o federalismo é um modo de organização em que, concomitantemente, há distribuição de poder entre os níveis de governo e ao mesmo tempo persistem mecanismos que garantam a existência e a autoridade de ambos:

The mode of organization that unites separate polities within an overarching political system by distributing power among the general and constituent government in a manner designed to protect the existence and authority of both.

Para Riker (1975), no federalismo como organização política, as atividades do governo são divididas com os governos regionais, no entanto, muitas decisões são tomadas no plano do governo central:

Federalism is a political organization in which the activities of government are divided between regional governments and a central government in such a way that each kind of government has some activities on which it makes final decisions (RIKER, 1975, p.101).

Entendendo o federalismo como um movimento contínuo de centralização e descentralização e não simplesmente uma passagem brusca de um governo centralizador para um descentralizador. Souza (2001) afirma que ao redor do mundo o federalismo produziu experiências e resultados diferentes e, no caso brasileiro, uma dualidade: ao mesmo tempo em que a descentralização político e financeira tornou o Brasil mais descentralizado, emergindo assim novos e competitivos atores políticos que compelem a União a negociar as políticas de plano nacional, em outra mão, o federalismo brasileiro enfraqueceu financeiramente o governo federal que se vê impossibilitado de diminuir a contento as diferenças regionais. Diante destas disparidades regionais resultantes de um contexto político mais amplo, e não do federalismo em si, os governos estaduais e municipais respondem de forma diversificada e isto se reflete no sucesso das políticas sociais em determinado local e insucesso ou resultado insatisfatório das mesmas políticas em outros locais.

Ainda sobre o federalismo brasileiro, Arretche (2010) argumenta sobre as peculiaridades da relação federalista brasileira como, por exemplo: o grande poder de veto dos subnacionais nas arenas decisórias federais, relações intergovernamentais predatórias, federalismo autárquico e prioridades políticas locais afetadas diretamente pelas estruturas de incentivo nas relações superiores do governo. Outros autores discutem o tema como, por exemplo, Pierson (1995) sobre o desenvolvimento de políticas públicas nacionais e discussão sobre quem elabora as políticas e quem as executa; ainda Pierson (1995) sobre os papéis do governo federal e dos governos locais na condução das políticas públicas e também sobre as duas vertentes do federalismo indicadas por este autor, que são o federalismo funcional e

federalismo legislativo e, finalmente, Stepan (1999) sobre a importância do federalismo para as políticas públicas.

A necessidade de melhor coordenação entre os entes federativos se faz necessária para que se alcancem a contento os objetivos e estratégias das políticas nacionais, sobretudo no cenário brasileiro em que as políticas de saúde são pensadas de forma regionalizada e pactuada o que força, de certa forma, um maior poder de negociação entre os municípios, as regiões de saúde e a União. Para Cohen e Peterson (1997) o objetivo da descentralização é melhorar a governança, conferir transparência na prestação de contas e tornar mais eficiente a entrega de bens e serviços públicos. Para que esse objetivo ocorra é necessário que se tenha instituições fortes e concisas que dialoguem sobre suas agendas de maneira democrática.

Em contraposição ao real objetivo da descentralização observamos nas palavras de Buarque esta assertiva sobre o contexto brasileiro:

[...], esse ganho significativo das instâncias públicas descentralizadas não foi, contudo, acompanhado de uma ampliação da capacidade de investimento e gestão municipal, porque gerou também um aumento dos encargos e responsabilidades dos municípios (BUARQUE, 2006, p.48).

O aumento das responsabilidades dos municípios não foi acompanhado da autonomia financeira dos mesmos, uma vez que grande parte dos recursos para o custeio das políticas de saúde são de transferências federais e muitos municípios ainda são fortemente dependentes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) além da centralidade das decisões mais importantes que ainda continuam no âmbito da União. Outro ponto importante quanto ao financiamento é que desde 1998 as transferências federais para a atenção básica nos municípios não é calculado em termos de *per capita*, sendo oriundas de recursos orçamentários proporcionais ao nível de riqueza da região (ARRETECH; MARQUES, 2007).

Os municípios não estavam preparados para as responsabilidades da descentralização e gestão eficiente dos recursos advindos deste processo, isso explica, em parte, as grandes desigualdades entre os municípios, resultado da baixa capacidade de gestão dos mesmos e que influencia consideravelmente as decisões tomadas nas arenas de negociação como Comissão

Intergestores Bipartite (CIBs)⁸, Comissão Intergestores Regionais (CIR) e Comissão Intergestora Tripartite (CITs)⁹.

As diferenças relativas aos entes da federação observadas nos diferentes níveis (estadual e municipal) e entre regiões (sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste), como, por exemplo, região sudeste e sul com características de acesso à saúde e educação bem mais favoráveis do que as regiões norte e nordeste; municípios no mesmo estado que apresentam diferenças marcantes quanto ao índice de pobreza e acesso aos serviços essenciais; são apenas alguns casos que reforçam as desigualdades do federalismo brasileiro.

Com relação às interações centro-periferia e o modelo de Estado federativo, Arretche (2009) conclui:

Os formuladores da Constituição de 1988 combinaram ampla autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos governos subnacionais. Assim, formularam um desenho de Estado federativo em que os governos subnacionais têm responsabilidade pela execução das políticas públicas, mas autorizam a União a legislar sobre as suas ações. [...] Em suma, a CF 88 não produziu instituições políticas que tornariam o governo central fraco em face dos governos subnacionais (p.411).

Todas essas diferenças mencionadas anteriormente confirmam que o modelo federalista brasileiro é marcado por discrepâncias entre as regiões quanto ao nível de alcance das políticas públicas e a necessidade de avaliação e controle das mesmas se faz cada vez mais necessária para a diminuição destas desigualdades que impactam no desenvolvimento nacional. Tanto a falta de fiscalização da aplicação dos recursos quanto à capacidade institucional de muitos municípios, são fatores determinantes para a afirmação destas disparidades que perpassam décadas e somente reafirmam um Estado centralizador e municípios cada vez mais passivos e inócuos quanto à perspectiva da gestão eficiente, que reflete na oferta de serviços públicos que deveriam ser prestados com qualidade e tempestividade. Souza (2006, p. 454) afirma que:

[...] os municípios, por estarem subjugados à tutela do Estado, podem até conquistar certa participação por meio de pressão que, ao final, sempre será uma participação consentida e subordinada porque limitam seu raio de ação necessitando assim, de instituições em outras escalas.

⁸ As Comissões Intergestores Bipartite foram instituídas entre 1993 e 1994 a partir da Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993 que estabelecia a NOB SUS 01/1993. A CIB se constitui como um espaço de negociação de nível estadual composto por representantes do Governo Estadual indicados pelo Secretário de Estado de Saúde e por secretários municipais de saúde indicados pelo CONSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde). Nestes espaços são pactuadas as políticas e também feitas orientações, regulamentações e avaliações do processo de descentralização das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2009)

⁹ A Comissão Intergestores Tripartite é uma instância federal de articulação composta por representantes da União, dos Estados, DF e municípios indicados pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Diante da afirmativa acima, a descentralização seria apenas uma mera formalidade, pois as relações de subordinação suplantariam o mero discurso.

Na perspectiva do federalismo brasileiro, Arretche (2010) afirma que o mesmo seria apenas uma mera formalidade, pois o poder centralizador do Estado suplanta a relativa autonomia dos municípios. Isto reflete diretamente nas políticas públicas, nas quais o Estado exerce o papel de controle e os municípios de executores tendo limitado poder de decisão e autonomia. Ainda segundo a autora, após as expressivas mudanças no *status quo* brasileiro houve um fortalecimento ainda maior do controle por parte do Estado.

Existem pelo menos três tipos de federalismo que tentam explicar a relação centro-periferia: dual, cooperativo e competitivo. Segundo Viana *et al.* (2002) se faz necessário entender estes modelos, no entanto, os mesmos não são capazes de explicar completamente as políticas públicas, pois em um mesmo sistema podem coexistir dois ou mais modelos de federalismo.

Diante disto, observa-se que o modelo de descentralização e de arranjo federalista brasileiro é um tanto complexo devido à diversidade de padrões econômicos, sociais e de gestão das regiões brasileiras e que refletem diretamente no resultado das políticas públicas. Por outro lado, muito se pode avançar no sentido de diminuir estas disparidades e fomentar a cooperação e pactuação entre os municípios e as regiões de saúde no sentido de fortalecer as arenas decisórias, diminuindo assim a grande competição por recurso entre os entes. Desponta neste sentido, o papel do governo federal como grande orquestrador do sistema através da utilização de mecanismos federais de coordenação política que incentivem a cooperação entre os subnacionais a fim de que se tenha a efetiva implementação das políticas de saúde, sobretudo em regiões extensas e desiguais como o estado do Pará.

Na integração da saúde é possível identificar mecanismos federais que incentivem a adoção de políticas como, por exemplo, o financiamento feito através de contrapartidas por transferências “fundo a fundo”¹⁰, avaliação dos programas e penalização dos municípios com a devolução ao erário caso não cumpram o acordado na política, necessidade de pactuação das políticas de saúde para que os mesmos possam ter acesso aos recursos. A grande dependência de recursos federais por parte de muitos municípios acaba por converter o comportamento cooperativo em comportamento competitivo pela disputa por recursos.

¹⁰ Transferências “fundo a fundo” são repasses realizados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, DF e municípios de recursos pactuados previamente feitas de forma regular e automática (BRASIL, 2009).

No intuito de diminuir a competição entre os municípios, entra em cena a necessidade de realizar pactos entre os gestores desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade no escopo das regiões de saúde, na qual a saúde é pensada para um determinado território que discute o desenho das pactuações dos serviços a fim de garantir resolutividade ao território diferentemente do modelo anterior que se apresentava fragmentado, a proposta do atual modelo de urgência é um modelo integrado, regionalizado e pactuado.

2.3 DESCENTRALIZAÇÃO OU CENTRALIZAÇÃO? OS CAMINHOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O modelo federalista brasileiro é marcado por movimentos descentralizadores e centralizadores como afirmam muitos autores (ABRUCIO, 2005; ALMEIDA, 2005) o que influencia o caminho das políticas públicas de saúde caracterizada por um estado centralizador de decisões e formulação de políticas em detrimento de municípios que são meros executores destas políticas, com relativa autonomia de gestão, mas limitados pelas normas expedidas pela União.

A política pública nasce nos Estados Unidos como importante área de conhecimento e disciplina acadêmica rompendo a tradição europeia de pesquisar esta área apenas sob a perspectiva do estado e de suas instituições (SOUZA, 2007). No Brasil, esta área de estudo nasce com a transição do estado autoritário para o democrático, no qual se procurou traduzir os problemas da sociedade em problemas de pesquisa (ALMEIDA, 2005). No entanto, neste campo de estudo não existe uma definição absoluta sobre o que seria a política pública. Neste sentido, veremos a seguir alguns autores e suas perspectivas sobre o tema.

A definição mais clássica do termo é conferida a Lowi *apud* Rezende (2004) ao afirmar que política pública é:

Uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular o comportamento do individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas (p.13).

Souza (2007) conclui que a política pública busca tanto colocar o governo em ação quanto analisar os resultados desta ação e, quando necessário, propor mudanças nestas ações. Nesta proposta, observa-se a necessidade de abordar a política pública como algo dinâmico e não estático, pois a mesma envolve tanto atores governamentais quanto atores privados e

cidadãos envolvidos em uma ação social que gera impactos em virtude da diversidade de intenções dos atores (VIANA, 1996).

No estudo das políticas públicas a visão mais recente destaca as políticas públicas como um processo contendo várias fases. Os estudos sobre o processo decisório nas análises das políticas têm como principais marcos teóricos: Lasswell (1951), Brewer (1974), Hogwood e Gunn (1984) e Howlett e Ramesh (1993). Todos estes autores em seus estudos apresentaram as políticas públicas em fases distintas de análise.

Howlett e Ramesh (1993) denominaram de *Improved Model* o estabelecimento do ciclo das políticas públicas em cinco principais fases: montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação. Uma das principais críticas a esse modelo é de que o mesmo apresenta-se demasiadamente funcionalista, racional e apresenta o processo político como sendo controlável e extremamente previsível (BAPTISTA, REZENDE, 2011). Outra crítica a este modelo de estudo das políticas públicas por fases é que o mesmo apresenta-se fragmentado em etapas estanques (LINDBLOM, 1959). Para Lindblom (1959), o processo decisório na política não pode ser marcado por início e fim devido à complexidade e interatividade do mesmo.

O marco de referência deste estudo será a fase de implementação, mas não como uma fase estática, ao contrário, como uma fase dinâmica na qual é possível fazer reformulações através das demandas resultantes da ação social e de negociações no âmbito dos diferentes interesses presentes nesta fase. A escolha da implementação da política se dá em virtude dos problemas cruciais presentes neste ponto do ciclo que influenciam diretamente o resultado das políticas públicas (SILVA; MELO, 2000). Outro ponto importante a ser destacado na implementação é a dimensão política presente nesta fase, pois é nesta que se distribuem custos e benefícios que são decididos pelas autoridades públicas, logo, o jogo político presente nesta fase precisa ser estudado para que se possa compreender as escolhas e preferências dos atores envolvidos que influenciam diretamente no resultado coletivo (SILVA; MELO, 2000; HALL; TAYLOR, 2003). Dentro deste jogo político, a autoridade central procura induzir os subnacionais e demais atores envolvidos a colocar em prática os objetivos e estratégias traçadas por ela, no entanto, uma multiplicidade de respostas podem advir dos mesmos resultando em uma discrepância entre as ações propostas e ações implementadas (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

É analisado neste trabalho a implementação da política de urgência no nível local e a série de decisões ou mesmo readequação (com certo limite) feitas em relação à proposta inicial, pois de certa forma os municípios precisam se adequar a sua realidade que, muitas vezes, não

é simplesmente uma escolha, mas muitas decisões são tomadas em virtude das intempéries ocasionadas por entraves do processo de implementação neste plano. Os entrevistados para este estudo muito bem destacaram esses entraves, que serão discutidos no capítulo 4, e isto força a reconfiguração das pactuações, implementação de restrições orçamentárias para cobertura de despesas não previstas ocasionadas por atrasos das transferências e a busca por cooperação para diminuir os riscos inerentes das situações não previstas.

Diante desta configuração teórica, observa-se que esta análise não se aplica somente à PNAU, outras políticas, resguardadas as suas peculiaridades, também podem ser analisadas sob esta perspectiva. Diante disto, busca-se auferir se o contexto das relações interinstitucionais da PNAU corroboram com a teoria neo-institucional da escolha racional e o modelo federalista, e isto será testado pela análise da teoria, pelo levantamento documental e pelas entrevistas, que serão mais bem explicitadas no capítulo 4 que versa sobre os procedimentos metodológicos.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO CONTEXTO DE BELÉM E ANANINDEUA

Belém e Ananindeua são os municípios mais populosos do estado e possuem maior capacidade instalada de serviços de saúde. Mesmo após o processo de descentralização e municipalização da saúde no território nacional (o Pará possui atualmente 46 municípios com gestão plena em saúde), estes dois municípios ainda abrigam as principais portas de urgência e emergência do estado, maior número de leitos de retaguarda hospitalar e os principais serviços de média e alta complexidade.

Neste sentido, embora recebam as transferências referentes ao atendimento de pacientes do interior, a demanda suplanta a capacidade instalada do município, resultando em diversos problemas como, por exemplo, a superlotação dos dois principais prontos-socorros e a demora na transferência de pacientes que necessitam de leitos na retaguarda hospitalar.

As UPAs, como estabelecimentos intermediários entre a Atenção Básica e a Rede Hospitalar, vem para dar resolutividade a alguns casos, diminuindo assim, o fluxo para os prontos-socorros. No entanto, observa-se um desvirtuamento da sua função na rede como resultado da fragilidade no componente anterior, Atenção Básica e de outros problemas não previstos no momento da elaboração da política.

3.1 BELÉM E ANANINDEUA NO CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ

Os municípios de Belém e Ananindeua fazem parte da Região de Saúde Metropolitana I, composta pelos municípios de Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba e Santa Izabel (PARÁ, 2012). Estes quatro municípios totalizam 2.039.298 habitantes. Os municípios mais populosos da Região Metropolitana I e também do Pará são Belém e Ananindeua (IBGE, 2010).

O município de Ananindeua é o segundo município mais populoso do Pará com população estimada para 2014 de 499.776 habitantes e densidade demográfica de 2.477,55 habitantes/km² (IBGE, 2010). Na sua origem, Ananindeua pertencia ao município de Belém, no entanto, em 30 de dezembro de 1943 através do Decreto Estadual 4.505 o município foi emancipado (ANANINDEUA, 2015).

A capital do Pará, Belém, tem população estimada para 2014 de 1.432.844 habitantes distribuídos em uma área de 1.059,458km², o que corresponde a uma densidade demográfica de 1.315,26 hab/km² (IBGE, 2010). Dentro da dinâmica populacional na Região Metropolitana de Belém (RMB), Belém é o município mais procurado pelos demais municípios da RMB principalmente no que se refere ao deslocamento para consumo de bens duráveis e em busca de atendimento médico especializado.

O estudo de Cavalcante (2011) afirma que, somente quanto à população de Santa Izabel, 99% da população deste município se deslocam para os demais municípios da RMB, principalmente para a capital Belém, em busca de serviços de saúde. E este é o principal motivo da escolha de Belém e Ananindeua para este estudo, pois esta realidade apontada por Cavalcante (2011) se aplica aos outros municípios do Estado (este dado que pode ser contextualizado pela Tabela 1 da série histórica da Unidade Pronto Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO) que apresenta os municípios atendidos pela unidade). Sendo assim, Belém e Ananindeua apresentam grande importância no cenário das políticas públicas de saúde do Estado, representando polos de destaque no atendimento de outros municípios do estado do Pará que procuram os serviços de saúde de Belém e Ananindeua.

A importância de Belém no contexto estadual de saúde se ratifica também pelo fato de abrigar os dois únicos hospitais porta aberta em urgência e emergência que atende os 143 municípios do estado: Hospital Mario Pinotti e Hospital Humberto Maradei, conhecidos também como Pronto Socorro Municipal (PSM) do Guamá e PSM da 14 (PARÁ, 2012). No período de construção desta pesquisa, houve um sinistro no Hospital Humberto Maradei que forçou a transferência imediata dos pacientes que se encontravam internados neste hospital, causando grandes problemas no atendimento. O referido hospital foi interditado parcialmente não podendo atender pacientes de urgência e emergência até que seja concluída a reforma do mesmo. Apenas alguns pacientes continuaram internados, mas o hospital que, até o momento, era a segunda maior porta de entrada do estado transferiu suas atividades para o Hospital Mario Pinotti e alguns casos específicos foram transferidos para o Hospital Samaritano, adquirido pelo governo municipal para funcionar como retaguarda dos prontos-socorros.

O que se observa, comprovado também nas entrevistas, é que embora os serviços sejam pactuados e contem com custeio tanto do governo federal quanto estadual a estrutura existente não comporta a grande sobrecarga de atendimentos na rede de urgência de Belém além de apresentar outros entraves com relação à transferência de pacientes do interior feitas sem a

estabilização necessária dos mesmos e de problemas administrativos, o que será mais bem explicitado no capítulo 4.

Neste sentido, as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas surgem na Rede de Urgência e Emergência (RUE) como componente intermediário entre a atenção básica e a atenção hospitalar no intuito de dar suporte à atenção básica nos casos agudos que ultrapassem a sua capacidade de resolutividade, reduzindo assim, por conseguinte, o fluxo de pacientes para as portas hospitalares (BRASIL, 2015).

Em Belém e Ananindeua existem em funcionamento três UPAs: UPA DAICO (porte III), localizada no Distrito de Icoaraci, em Belém e as UPAs Dom Helder Câmara (porte III) e Daniel Berg (porte II), em Ananindeua. Outras, até o presente momento ainda estão em construção: cinco no município de Belém, e três no município de Ananindeua.

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PNAU E PRINCIPAIS DIRETRIZES E MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Com base no marco legal da Política Nacional de Atenção às Urgências, a mesma pode ser dividida em três principais períodos: Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar, com o surgimento do SAMU atendendo como componente pré-hospitalar; Implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 horas); Discussão das urgências inseridas em uma rede de atenção em sintonia com a política geral fazendo parte assim de uma rede prioritária.

Dentro da estratégia de saúde do Governo Federal, foi lançado em 2003 (reformulada pela Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011) pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Em um cenário de desorganização e superlotação dos serviços de urgência no país, a PNAU se propôs a regular e reorganizar esta estratégia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu principal objetivo é planejar e organizar as redes de urgência e emergência tendo como pressupostos a garantia de acesso e a suplantação das desigualdades. O contexto de implementação desta política foi impulsionada com a criação da Coordenação Geral de Urgências e Emergências (CGUE) no Ministério da Saúde (O'DWYER, 2010) e contribuições de grupos internos ao Governo (Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e Comissão Intergestores Tripartite - CIT).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências faz parte da Rede Prioritária do SUS composta pela Rede Cegonha, Rede de Pessoas com Deficiência, Rede Psicossocial. São componentes e interfaces da Rede de Urgência: promoção e prevenção, Atenção Primária, UPAs 24 horas, SAMU 192, Portas Hospitalares de Atenção às Urgências, Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (Acidente Vascular Cerebral - AVC, Infarto do Miocárdio - IAM, traumas) e Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). Tendo a integralidade como um dos pilares da construção do sistema de saúde brasileiro as redes assistências do SUS, teoricamente, devem conduzir as suas atividades de forma coordenada e cooperada, pois não funcionam como departamentos estanques. Sendo assim, a integralidade pressupõe a primazia das ações de promoção, garantia da atenção nos três níveis de complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção, e recuperação, abordagem integral dos indivíduos e da família (GIOVANELLA *et al.*, 2002).

Ainda quanto à integralidade como diretriz do SUS, Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam:

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (p. 331).

Neste sentido, a rede de urgência, não é uma rede com fim em si mesma, pois deve estar integrada às demais redes assistenciais no intuito de promover o atendimento de forma integral e sem barreiras de acesso através da coordenação de atividades com outros componentes da rede. No entanto, no decorrer deste estudo serão identificadas as dificuldades de acesso entre os diversos níveis de atenção, sobretudo nos componentes que fazem interface com a RUE: Atenção Básica e Atenção Hospitalar.

O contexto da urgência e emergência nos municípios de Belém e Ananindeua antes da implantação das UPAs se caracterizava por uma grande concentração de atendimentos nos dois principais prontos-socorros de Belém: Hospital Pronto Socorro Municipal (HPSM) Mário Pinotti e HPSM do Guamá e através de estudos do Ministério da Saúde sobre os vazios assistenciais no Brasil, foram detectados alguns vazios na região metropolitana que justificavam a implantação das UPAs.

Diante disto, após o processo de habilitação em 2012, Belém e Ananindeua pleitearam UPAs em regiões que não contavam com unidades de urgência mais especializadas. Em Belém foi então construída próxima a Avenida Augusto Montenegro a UPA DAICO e em Ananindeua

duas unidades foram construídas, uma no bairro Icuí_Guajará (UPA Daniel Berg) e outra no bairro do Coqueiro (UPA Dom Helder Câmara).

3.3 COORDENAÇÃO OU SOBREPOSIÇÃO? BREVE EXPLANAÇÃO SOBRE AS UPAS 24 HORAS NO CONTEXTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM BELÉM E ANANINDEUA

Em Belém, a Rede de Urgência conta com o SAMU e salas de estabilização¹¹ (no distrito de Mosqueiro, Outeiro e Belém). No pré-hospitalar fixo, a capital conta com onze unidades de saúde que atendem urgência 24 horas localizadas nos bairros do Jurunas, Terra Firme, Sacramento, Marambaia, Icoaraci, Bengui I, Tapanã, Outeiro, Carananduba, Baía do Sol e Curió-Utinga. No componente hospitalar, Belém conta com duas principais portas de entrada com procedimentos de média e alta complexidade: os Prontos-Socorros Mário Pinotti e Humberto Maradey. Como componente intermediário entre as unidades de saúde e o componente hospitalar, o município conta com a UPA DAICO, em Icoaraci.

A retaguarda hospitalar, que recebe os pacientes que precisam dar continuidade ao tratamento após o atendimento de urgência em Belém é composta por onze hospitais entre públicos e privados: Barros Barreto, Beneficente Portuguesa, Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Urgência e Emergência Galileu, Centro Hospitalar Jean Bitar, Hospital Ophir Loyola, Casa de Saúde Santa Clara, Hospital Santa Terezinha, Hospital Pio XXI e Clínica dos Acidentados.

Em Ananindeua, a Rede de Urgência conta com o Serviço Móvel de Urgência e com as duas Unidades Pronto Atendimento (UPA Dom Helder Câmara e Daniel Berg), além das unidades de saúde do município que possuem salas de estabilização espalhadas nos cinco polos de saúde. Quanto à retaguarda hospitalar, o município encaminha para o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência os casos de traumatologia e para o Hospital de Clínicas Gaspar Viana, as urgências cardiológicas. Grande parte dos serviços de saúde do município são contratualizados com a iniciativa privada.

Segue a Tabela 1 com os municípios que tiveram pacientes atendidos pela UPA DAICO em 2014. Observa-se que a grande maioria dos pacientes atendidos na unidade é do próprio município.

¹¹ Estrutura qualificada para receber e estabilizar pacientes graves para posterior encaminhamento para pontos de atenção mais avançados.

Tabela 1. Municípios de origem e quantidade de pacientes atendidos na UPA DAICO em 2014.

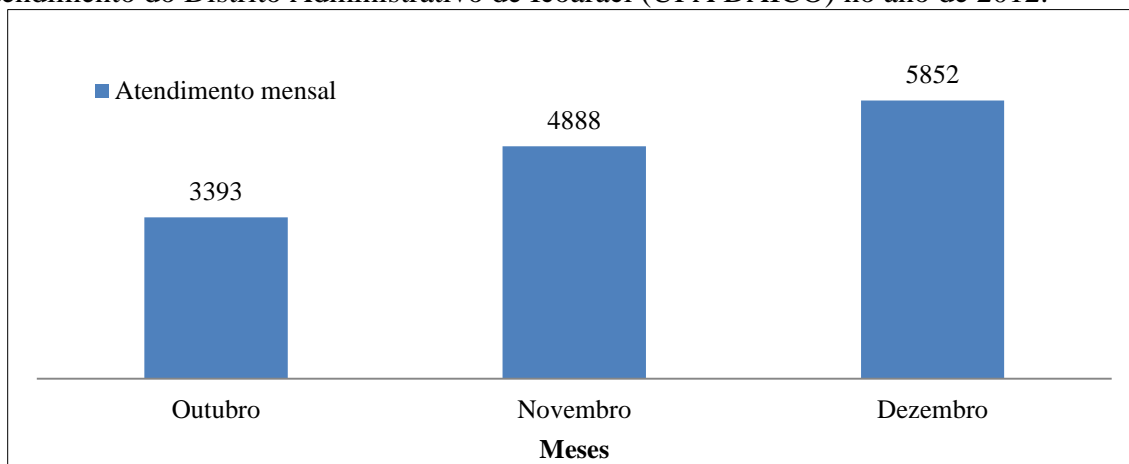
MUNICÍPIOS*	QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS
Belém**	129.643
Ananindeua	85
Não Soube informar	8
Marituba	6
Benevides	3
Salinas	1
São Francisco do Pará	1
Marapanim	1
Tome Açu	1
Mocajuba	1
Uruará	1
Vizeu	1
Marabá	1
Barcarena	1
Bragança	1
Tailândia	1
<i>Outros estados</i>	
Santa Catarina	2
Total	129.758

Nota: *A origem de outros estados e municípios diz respeito a pacientes de outras localidades de passagem por Belém, Pará; **Dentro deste valor existem 10.252 pacientes provenientes do bairro do Coqueiro. Este bairro transpassa os municípios de Belém e Ananindeua, logo não foi possível identificar de qual município os mesmos faziam parte.

Fonte: Banco de Dados da Unidade de Pronto-Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO).

O Gráfico 1 apresenta a quantidade de atendimentos feitos pela UPA DAICO nos três primeiros meses de funcionamento da unidade. Segundo informações da diretora da unidade, prestadas na entrevista, neste período o Distrito de Icoaraci ainda era atendido pelo Hospital Abelardo Santos, que no momento passa por reformas. Isto justifica o baixo número de atendimentos realizados no período.

Gráfico 1. Quantidade mensal de atendimentos mensais da Unidade Pronto Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO) no ano de 2012.

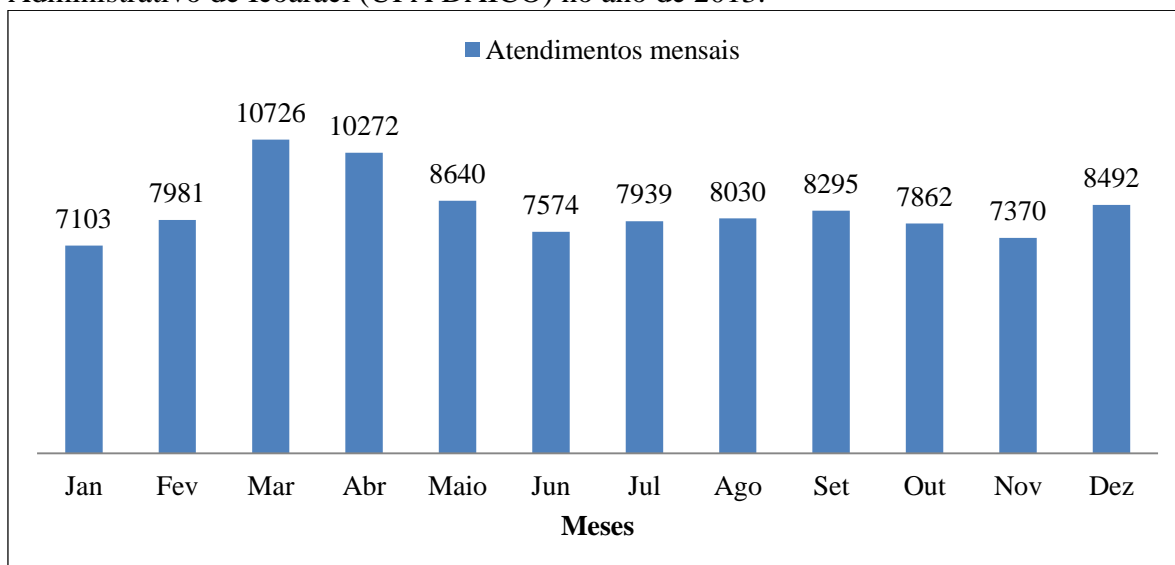


*O início das atividades ocorreu a partir de outubro de 2012, neste período o Hospital Abelardo Santos ainda estava em funcionamento e a média de atendimentos diários ainda era muito abaixo do que é previsto para o porte da UPA.

Fonte: Base de Dados da UPA-DAICO.

O Gráfico 2 apresenta os atendimentos realizados no ano de 2013. Neste período a unidade realizava uma média de 278 pacientes/dia ainda abaixo do teto para o qual a mesma foi projetada. No ano de 2013, o maior pico de atendimentos foi no mês de março, que totalizou 10.726 atendimentos. Isto coincide com os atendimentos máximos das outras UPAS de Ananindeua que, segundo as entrevistadas, nos meses de março e abril (período do inverno amazônico) ocorre uma sobrecarga de atendimentos de urgência, observando-se uma maior incidência de problemas respiratórios.

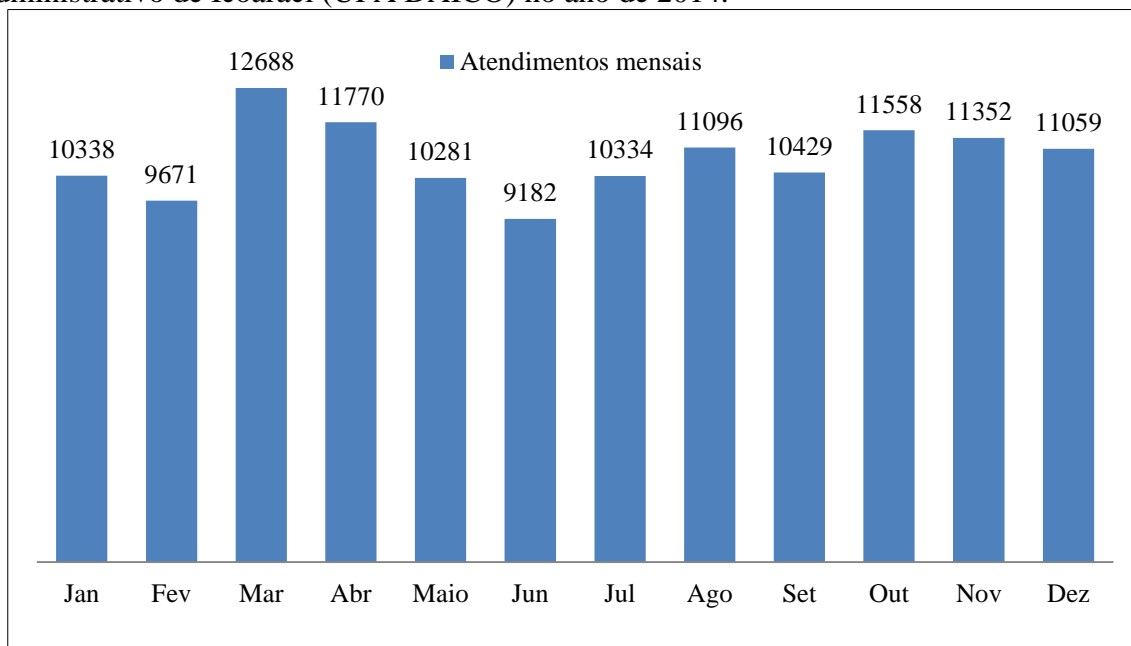
Gráfico 2. Atendimento mensal da Unidade Pronto Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO) no ano de 2013.



Fonte: Base de dados da UPA DAICO.

Os atendimentos realizados pela UPA DAICO em 2014 (Gráfico 3), apresentam uma elevação considerável se comparado com os atendimentos em 2013, conforme mostrado no gráfico anterior. No entanto, os meses de março e abril continuam sendo os com maior número de atendimentos em virtude do inverno amazônico.

Gráfico 3. Atendimento mensal da Unidade Pronto Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO) no ano de 2014.



Fonte: Base de Dados da UPA DAICO.

As características das UPAS de Ananindeua serão bem explicadas no capítulo 5 que trata dos entraves à implementação da PNAU, pois estas características estão associadas à localização destas unidades e influenciam diretamente na resolutividade das mesmas.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Baseado nos parâmetros da obra de Creswell (2007) os métodos utilizados neste trabalho foram o método quantitativo e método qualitativo, também chamado de métodos mistos ou múltiplos. O mesmo foi desenvolvido de forma indireta através da análise bibliográfica e documental¹², fontes estatísticas do Ministério da Saúde, do DATASUS e de documentos levantados nas secretarias de saúde e unidades de pronto-atendimento de Belém e Ananindeua.

A pesquisa de campo, como assinala Marconi e Lakatos (2010) tem por objetivo compreende a fase na qual se procura conseguir informações e conhecimentos acerca do problema de pesquisa e também responder às possíveis hipóteses que se queiram comprovar, sendo possível também descobrir novos fenômenos e relações entre eles. Neste sentido, a pesquisa de campo se deu através de entrevistas semiestruturadas com os atores envolvidos na política e observações feitas em congressos municipais e estaduais de saúde, reuniões no conselho municipal de saúde, treinamento promovido pelo Ministério Público para os conselheiros municipais de saúde e reunião do departamento de urgência e emergência nos municípios do estudo e reunião com técnicos e auditores do TCE.

4.1 INSTRUMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS

Para a resolução da problemática e dos objetivos propostos o procedimento de coleta de dados foi feito através de entrevistas semiestruturadas gravadas e filmadas com os atores envolvidos na política de urgência em Belém e Ananindeua no período de junho a outubro de 2015.

Como forma de obtenção de informação a entrevista semiestruturada, segundo Farias Filho e Arruda Filho (2013, p. 97), é mais flexível e permite de acordo com a disposição do entrevistado a inclusão de novas perguntas na dinâmica da entrevista:

¹² Segundo Bardin (2011, p. 51) “enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. O propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo)”.

É o tipo de entrevista em que as questões são mais abertas e exigem respostas com maior profundidade [...]. O entrevistador formula as perguntas que tem em seu roteiro (estrutura perguntas) e poderá fazer outras perguntas que não constam em seu roteiro, de acordo com as respostas obtidas, fugindo assim da rigidez da estrutura de perguntas, pois o comportamento do entrevistado e sua interação em colaborar podem modificar a estrutura das perguntas.

A escolha da entrevista semiestruturada para realização das entrevistas deu-se porque segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 178), este instrumento, quando bem direcionado, ajuda na identificação de um tratamento a determinado problema social:

É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social [...]. Trata-se, pois de uma conversação face a face, de maneira metódica; proporciona ao entrevistado, verbalmente, a informação necessária.

Tendo como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado sobre o objeto do estudo, a entrevista, segundo Seltiz (1965 *apud* MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 179) apresenta outros seis objetivos quanto ao conteúdo obtido: a) averiguação de “fatos”; b) determinação das opiniões sobre os “fatos”; c) determinações de sentimentos; d) descoberta de planos de ação; e) conduta atual ou do passado; f) motivos conscientes para opiniões, sentimentos, sistemas ou condutas.

Muitas vantagens são perceptíveis na utilização deste instrumento para obtenção das informações necessárias para a compreensão das relações interinstitucionais no âmbito da Política Nacional de Urgência, como por exemplo, muitas informações que não são encontradas em fontes documentais, mas que são relevantes para o estudo foram levantadas pelos entrevistados. Outro ponto importante na utilização deste instrumento foi a possibilidade de confrontar a fala do entrevistado com os dados oficiais ou fala de outros entrevistados sendo possível a identificação de pontos de discordância ou até mesmo ratificação.

No entanto, a utilização de entrevistas como instrumento de pesquisa apresenta desvantagens conforme aponta Marconi e Lakatos (2010): a disposição do entrevistado para dar as informações necessárias, retenção de alguns dados importantes, mas que outros entrevistados de outras esferas confirmaram a existência, dificuldade na compreensão de alguns significados das perguntas da pesquisa por parte do informante por estar a pouco tempo no cargo e/ou não ter aprofundamento no tema, sendo necessária entrevista complementar com outro representante, ocupa muito tempo e é difícil de ser realizada.

Em suma, no balanço sobre o resultado das entrevistas é possível afirmar que as limitações puderam ser superadas ou minimizadas e foi possível interpretar melhor os dados

das fontes oficiais sobre os indicadores de saúde a partir da perspectiva e experiências dos entrevistados sobre o objeto do estudo.

Na busca pela compreensão da realidade, respostas para o problema de pesquisa e atendimento aos objetivos do estudo a análise das entrevistas foi feita com base em alguns elementos da análise de conteúdo que, segundo Bardin (2011, p. 48):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Ainda neste sentido, Berelson (*apud* BARDIN, 2011, p.24) destaca: "A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação".

Desta forma, utilizamos a análise de conteúdo que, segundo os autores supracitados, nos fornece os elementos necessários para extrair das falas dos entrevistados a descrição objetiva e sistemática do objeto de estudo podendo assim responder aos objetivos propostos e resolver também a problemática pré-estabelecida. O que foi dito nas entrevistas foi classificado em temas e categorias para que se compreendesse o conteúdo dos discursos e o contexto dos mesmos e a análise do conteúdo deste material foi organizada em três fases distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

Realizada de junho a outubro de 2015 a coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas¹³ com os gestores da política nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal) com representantes do Ministério Público Estadual, Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas dos Municípios, Conselhos Municipais de Saúde e os gestores das Unidades de Pronto Atendimento, conforme Quadro 1 que apresenta também a função de cada entrevistado. Também foram aplicados questionários aos conselheiros de saúde dos municípios do estudo.

No âmbito federal, foram entrevistadas três apoiadoras da Rede de Urgência e Emergência da Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE) do Ministério da Saúde em Brasília. As entrevistas foram realizadas na sede do Ministério da Saúde em Brasília com a apoiadora das UPAs 24 horas; apoiadora do SAMU 192 que, em 2012, no período da implementação das UPAs no Pará era responsável pelo apoio a estes componentes participando assim da inserção deste componente na RUE e a apoiadora das Portas de Entrada, responsável

¹³ Os roteiros das entrevistas semiestruturadas estão nos apêndices de A a J.

pelas portas de urgências hospitalares da Rede de Urgência, um componente importante sobretudo como retaguarda das Unidades de Pronto Atendimento.

No Tribunal de Contas da União foram entrevistados o secretário e o analista do SEINFRA (Secretaria de Infraestrutura) que prestaram informações sobre as obras das UPAS e forneceram esclarecimentos e documentações relacionadas as irregularidades encontradas em 2012 e 2013 nas obras das Unidades de Pronto Atendimento de Belém e Ananindeua.

No estado do Pará, foi entrevistado um representante da Secretaria Estadual de Saúde, atualmente desempenhando a função de assessor do gabinete, anteriormente, três meses antes da pesquisa era secretário estadual de saúde desde o início da implementação da RUE no Estado.

No Tribunal de Contas do Estado foi feita uma reunião com o conselheiro responsável pelos assuntos de saúde dos municípios de Belém e Ananindeua, e quatro servidores do órgão entre técnicos e analistas que falaram sobre os trabalhos do TCE na fiscalização dos recursos estaduais e sobre as medidas tanto de responsabilização dos gestores sobre a aplicação dos recursos quanto sobre as ações do TCE no engajamento da sociedade em suas ações participando com denúncias e participando dos treinamentos oferecidos por aquele tribunal.

No Tribunal de Contas dos Municípios foi entrevistada a controladora responsável pela fiscalização dos recursos da saúde nos municípios do estudo que falou acerca das atividades do tribunal e das principais dificuldades encontradas na gestão dos recursos da saúde por parte dos municípios paraenses.

Em âmbito municipal foram entrevistados em Belém o coordenador do Departamento de Urgência e Emergência (DEUE) da SESMA responsável por todas as ações relacionadas à RUE no município, assim como da implementação e gestão das Unidades de Pronto Atendimento e portas hospitalares de urgência, como os hospitais Mário Pinotti, Maradey e Samaritano. Na UPA DAICO, foi entrevistada a diretora da unidade.

Em Ananindeua, foram entrevistados: o secretário municipal de saúde, a coordenadora da média e alta complexidade e as diretoras das UPAs 24 horas (Dom Helder Câmara, na Cidade Nova e Daniel Berg no bairro do Icuí Guajará). Ananindeua não tem um departamento exclusivo de urgência e emergência, ficando assim, a cargo da média e alta complexidade a gestão das UPAs e das pequenas urgências, salas de estabilização e SAMU 192.

Também faz parte da análise o Ministério Público que tem papel importante no recebimento de denúncias quanto à prestação dos serviços de saúde, acolhendo denúncias e estabelecendo acordos tanto em âmbito administrativo quanto ingressando com ações de urgência em casos que demandem tal providência. Foram entrevistadas duas promotoras de

saúde responsáveis pela Promotoria de Assuntos Constitucionais Saúde e Educação do MP responsáveis pelo recebimento de denúncias relacionadas aos serviços de saúde nos municípios de Belém e Ananindeua.

No âmbito da participação social, foram aplicados formulários de pesquisa aos segmentos que compõe os conselhos municipais de saúde (usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço) e entrevistas semiestruturadas com os presidentes destes conselhos por terem um importante papel de fiscalização das ações das secretarias municipais de saúde, tanto no que concerne a gestão dos estabelecimentos de saúde quanto na aplicação dos recursos financeiros, apresentando as demandas da população no tocante à saúde nos municípios do estado. Em Belém foram aplicados 12 questionários em um universo de 40 conselheiros e, em Ananindeua foram aplicados 9 questionários em um universo de 20 conselheiros (Quadro 1).

Quadro 1. Entrevistas Realizadas com os Atores envolvidos na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

ATORES	FUNÇÃO
MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)	
Analista técnico das Portas de Entrada	Apoiar a Rede de Urgência no sentido de organizar treinar as Portas de Urgências Hospitalares
Analista técnico do SAMU	Coordenar dentro da Rede de Urgência o Serviço Móvel de Urgência oferecendo treinamento para toda a rede.
Analista técnico das UPAs 24 horas	Apoiar as UPAs oferecendo treinamento e, através de avaliações periódicas, verificar o funcionamento da mesma.
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE	
Assessor do Gabinete	Responsável pela contrapartida de 25% para o financiamento das UPAs, pelos serviços de alta complexidade e demais atendimentos especializados pactuados na política.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESMA)	
Analista técnico da DEUE/SESMA	Coordenar a Rede de Urgência no âmbito municipal.
Diretora da UPA DAICO	Administrar a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM (CONSEMS)	
Presidente do Conselho	Atuar de forma permanente na fiscalização do orçamento público municipal aplicados na área de saúde e demais ações de fiscalização.
15 conselheiros	
SECRETARIA DE SAÚDE (SESAU)	
Secretário Municipal de Saúde	

Coordenadora da Média e Alta Complexidade	Coordenar a rede de urgência em âmbito municipal através de avaliação permanente dos componentes da rede.
Diretora da UPA Dom Hélder Câmara	Administrar a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.

Quadro 1. Continua.

ATORES	FUNÇÃO
Diretora da UPA Daniel Berg	Administrar a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas.
12 conselheiros	Atuar de forma permanente na fiscalização do orçamento público municipal aplicados na área de saúde e demais ações de fiscalização.
TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCE)	
Secretário da SEINFRA	Fiscalizar e acompanhar a aplicação dos recursos federais, sobretudo a fiscalização da qualidade das obras e a contratação de serviços.
Auditor externo da SEINFRA	
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO (TCE)	Fiscalizar e acompanhar a aplicação dos recursos estaduais.
Auditor de controle externo	
TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS	Fiscalizar e acompanhar a aplicação dos recursos municipais.
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO	
Promotoria de Assuntos Constitucionais Saúde e Educação – Belém	Receber e acompanhar demandas tanto de ações privadas quanto de ações coletivas de negativas de atendimento ou de atendimento inadequado da população nos serviços públicos de saúde no âmbito do município de Belém.
Promotoria de Assuntos Constitucionais Saúde e Educação- Ananindeua	Receber e acompanhar demandas tanto de ações privadas quanto de ações coletivas de negativas de atendimento ou de atendimento inadequado da população nos serviços públicos de saúde no âmbito do município de Ananindeua.

Fonte: Elaboração própria (2015).

Neste sentido, concomitantemente à análise das entrevistas foram analisados os decretos e portarias do Ministério da Saúde relacionadas à PNAU; DATASUS; o PES (Plano Estadual de Saúde) 2012-2015; dados recolhidos nos setores de estatísticas das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas relacionadas às demandas recebidas por cada uma delas tanto quanto ao atendimento diário, perfil da UPA, quantidade de profissionais, equipamentos, origem dos pacientes, tipos de encaminhamento, classificação de risco.

O processo de formação das categorias se realizou conforme proposto por Bardin (2011) após seleção do material e leitura flutuante do mesmo e, por conseguinte, subsidiadas pelo referencial teórico devido à necessidade de compreender melhor a correlação da teoria na perspectiva da realidade apresentada pelos atores envolvidos.

Conforme apresentado na introdução deste estudo serão utilizados alguns elementos da análise do conteúdo subsidiados pelos dados apresentados pelo DATASUS, UPAs 24 horas, documentos e portarias relacionadas ao objeto de estudo.

Na busca de compreender a influência do modelo federalista brasileiro na PNAU as falas dos entrevistados foram organizadas em três níveis: federal, estadual e municipal a fim de correlacionar o entendimento dos atores sobre o seu papel na RUE e a compreensão dos mesmos sobre a sua interdependência com as outras esferas de governo.

As entrevistas foram divididas em quatro categorias de análise: centralização, descentralização, cooperação e entraves que serão analisadas no capítulo seguinte.

4.2 UNIVERSO DA PESQUISA

Estudos sobre a adequabilidade das UPAs às diretrizes do SUS abordam o tema sob a perspectiva do atendimento aos usuários e as diferenças estruturais entre os municípios e a baixa regionalização e hierarquização dos serviços (UCHIMURA, 2014; RANDOW *et al.*, 2011). Esta perspectiva afirma que as mesmas não encontram capacidade para atendimento da demanda em saúde e que não há uma integração entre às unidades de atenção básica sobrecarregando assim o sistema hospitalar. O'Dwyer (2010) enfoca a PNAU sob a perspectiva da estruturação da rede com destaque a gestão do trabalho como uma fragilidade da política, enquanto Baptista (2007) enfatiza que os instrumentos de indução política não corroboram para uma política acordada, mas, que os níveis subnacionais do Governo se submetem às regras centrais em uma relação cômoda de tutela.

Uma questão pouco debatida nos estudos atuais é o grau de interferência dos entes subnacionais na PNAU através das instituições locais (regras formais consideradas as deliberações em CIB e CIR e informais, negociações entre os gestores locais tendo em vista o funcionamento da RUE) e em que medida a descentralização, por vezes mencionada no histórico do federalismo brasileiro, confere aos estados e municípios as ferramentas adequadas para gestão eficiente e autônoma de seu território tanto no aspecto do planejamento quanto da gestão de suas políticas, sobretudo, no que concerne a fase de implementação da política, que, segundo Silva e Melo (2000) é um “elo perdido” da ação governamental por apresentar complexidades e muitos problemas de coordenação e cooperação intergovernamentais.

Por ser o foco desta pesquisa, o estudo da implementação da política se faz necessária para que se possa compreender os entraves presentes no contexto decisório da política pública.

Ainda segundo Silva e Melo (2000) a implementação pode ser compreendida como um jogo de papéis que são negociados e os graus de adesão são variáveis, isto aumenta o grau de incerteza quanto à eficiência da política podendo inviabilizar que a mesma alcance os objetivos propostos no momento de sua elaboração, quer seja por inviabilidade política, falta de coordenação entre os entes federativos e pressão dos *stakeholders*.

Esta perspectiva de análise se faz necessária para confrontar as diversas realidades institucionais e encontrar um ponto de apoio para que as políticas públicas encontrem um caminho, no qual a sua implementação considere as peculiaridades nas escalas subnacionais, sejam elas locais ou estaduais, além de antecipar os possíveis obstáculos à sua implementação.

Nosso problema de pesquisa parte dos interesses identificados no jogo político no âmbito da PNAU e apresenta-se da seguinte forma: Em que medida os entraves à implementação identificados na PNAU são ocasionados pela centralização da política pelo governo federal que persiste mesmo após os municípios se tornarem “gestão plena” dos serviços de saúde? Outras três questões no nível da coordenação federalista em políticas públicas também foram respondidas com esta pesquisa:

- 1) Em que medida os entraves à implementação identificados na PNAU são ocasionados pela centralização da política pelo governo federal que não considera as peculiaridades locais?
- 2) Qual o papel dos atores (municípios, estado, Governo Federal, conselhos de saúde, tribunais de contas e Ministério Público) presentes na setorialização da PNAU?

Esta pesquisa tem como campo de estudo a saúde coletiva e, como ambiente, a gestão pública nos municípios de Belém e Ananindeua nos quais ocorre o fenômeno do processo de implementação da PNAU. Estes municípios foram escolhidos por concentrarem o maior número de serviços de saúde em seu território sendo assim, polos de atendimento a agravos no estado do Pará. Outro dado importante para a escolha destes municípios é a cobertura da atenção básica que, no caso de Belém, está abaixo do percentual mínimo de cobertura o que será melhor explicado no capítulo 5.

Considera-se como variável dependente os entraves à implementação da PNAU e, como variável independente, a centralização política pelo governo federal, pois acredita-se que a centralização de decisões por parte do Governo Federal pode ocasionar entraves na fase de implementação da política.

Esta pesquisa foi realizada com gestores da PNAU no âmbito federal, estadual e municipal, assim como, pelos tribunais de contas da União, do Estado e dos Municípios que

são responsáveis pela fiscalização dos recursos aplicados nesta política, tendo em vista estarem envolvidos recursos advindos das três esferas de governo. Também foram entrevistados promotores de justiça do Ministério Público Estadual responsáveis por acatar denúncias feitas pela população quanto aos serviços de saúde prestados pelos municípios. Somos guiados pela hipótese central de que os resultados da PNAU no âmbito de Belém e Ananindeua são reflexos da sobreposição de competências dos entes federativos e da deficiência na coordenação entre eles, mesmo com a relativa autonomia conferida aos estados e aos municípios a centralização das decisões mais importantes continua sob o controle do Governo Federal.

5 O CONTEXTO DECISÓRIO DA PNAU: REGRAS FORMAIS E INFORMAIS QUE INFLUENCIAM A CONCEPÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos com a análise das entrevistas à luz da teoria e confrontados com os dados obtidos nas Unidades de Pronto Atendimento, portarias, decretos e dados do DATASUS.

Recorda-se que o nosso objetivo geral é investigar a autonomia e a participação do estado do Pará e dos municípios de Belém e Ananindeua na implementação e tomada de decisão da PNAU. Optou-se por registrar as entrevistas em áudio e vídeo e transcrevê-las na íntegra a fim de obter uma percepção crítica e dinâmica da fala dos entrevistados sobre o tema. A fase de transcrição foi procedida por uma leitura aprofundada do material para se destacar as partes que são mais pertinentes ao tema e correlacionar às falas dos entrevistados no intuito de se observar os pontos de conflito ou confirmação.

Lembremos que a nossa hipótese é a de que os resultados da PNAU no âmbito de Belém e Ananindeua são reflexos da sobreposição de competências dos entes federativos e da deficiência na coordenação entre eles, mesmo com a relativa autonomia conferida aos estados e aos municípios a centralização das decisões mais importantes continua sob o controle do Governo Federal.

Na análise dos dados coletados foram feitas categorizações temáticas baseadas nos temas das entrevistas, como: *centralização das decisões pelo governo federal, descentralização dos serviços de saúde, cooperação entre as esferas de governo, entraves apontados na PNAU*. Estas categorias estão discutidas nos tópicos que se seguem e estão dispostas em três níveis: federal, estadual e municipal. Anteriormente será apresentado o cenário da política nos municípios do estudo para que se possa entender melhor o conteúdo das falas que serão discutidas a seguir.

5.1 O CENÁRIO DA PNAU EM BELÉM E ANANINDEUA

A área de urgência e emergência em Belém e Ananindeua é um importante componente da assistência à saúde no estado do Pará. O crescimento da demanda por estes serviços se dá, principalmente, pelo crescimento da violência urbana, o grande número de acidentes de trânsito e a insuficiência da rede de atenção primária tanto em sua área de abrangência como de outros

municípios do interior que procuram a capital para atendimento de urgência e emergência quanto de especializado. A sobrecarga deste serviço tem transformado a urgência e emergência em uma das áreas mais problemáticas do sistema de saúde.

A PNAU foi elaborada e normatizada pelo governo federal, no entanto, no âmbito municipal os responsáveis pela condensação das políticas de urgência, planejamento das ações, estruturação do serviço e implantação da política dentro do território são, em Belém, o Departamento de Urgência e Emergência (DEUE) da SESMA e, em Ananindeua, Departamento da Média e Alta Complexidade da SESAU, pois o município não tem departamento exclusivo de urgência e emergência.

No Estado do Pará, especificamente em Belém e Ananindeua, esta política tem como um de seus principais componentes as UPA's 24 horas que é um estabelecimento intermediário entre a Atenção Básica e a Rede Hospitalar. Belém e Ananindeua possuem três unidades de pronto atendimento: uma localizada no distrito de Icoaraci, Belém (tipo III- porte para atender até 450 pacientes por dia, localizada em área com abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes), conforme Anexo A, e duas no município de Ananindeua (ambas do tipo II- porte para atender até 300 pacientes por dia, localizada em área com abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes). As despesas de custeio deste componente são feitas de forma tripartite entre Governo Federal, Estados e Municípios, sendo que ao Governo Federal é responsável por 50% dos custos que são repassados via Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

Na Tabela 2 são apresentados os perfis das UPAs do estudo através de dados coletados no formulário de pesquisa respondidos pelas gestoras destas unidades.

Tabela 2. Perfil das Unidades de Pronto Atendimento em funcionamento nos municípios de Belém e Ananindeua, Pará.

Município/ Unidade	Ananindeua		Belém
	UPA Dom Helder Câmara	UPA Daniel Berg	UPA DAICO
PORTE/ESTRUTURA			
Porte	Porte III	Porte II	Porte III
População da área de abrangência	Mais de 300 mil habitantes	Menos de 50 mil habitantes	Mais de 300 mil habitantes
Média de atendimentos/dia	800 a 1000 pacientes/dia	250 a 300 pacientes/dia	355 pacientes/dia
Leitos de observação	14	11	20
Leitos de UTI		3	4

Tabela 2. Continua.

Município/ Unidade	Ananindeua		Belém
	UPA Dom Helder Câmara	UPA Daniel Berg	UPA DAICO

Serviços de apoio diagnóstico disponíveis	-Radiologia -Ultrassonografia	-Radiologia -Eletrocardiograma	-Radiologia -Eletrocardiograma -Laboratório de análises clínicas
PROFISSIONAIS DE SAÚDE POR PLANTÃO (24 HORAS)			
Médicos	6	8	14
Enfermeiras	4	6	12
Técnicos	24	8	34
Biomédico	0	0	2
Técnicos de laboratório	0	0	2
GERENCIAMENTO E AVALIAÇÃO			
Modelo de Gestão	Administração Direta	Administração Direta	Administração Direta
Avaliadores	Ministério da Saúde SESPA SESAU	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde SESMA
Organizações que participam das reuniões de planejamento	-	-	DEUE/SESMA
Mecanismos de Avaliação	Avaliação feita pelo Ministério Avaliação feita pela SESPA	Avaliação feita pelo Ministério da Saúde	Avaliação feita pelo Ministério Avaliação feita pela SESMA
Frequência da avaliação	Semestral (Ministério da Saúde)	Semestral (Ministério da Saúde)	Mensal (SESMA) Anual (Ministério da Saúde)

Fonte: Elaboração própria (2015).

A UPA Dom Helder Câmara tem o mesmo porte da UPA DAICO, porte III, no entanto a mesma atende o triplo de pacientes tendo como parâmetro o seu porte, logo existe um déficit de profissionais por plantão muito inferior, em alguns casos, até mesmo à UPA de porte menor (UPA Daniel Berg). Isto influencia diretamente na resolutividade da UPA e na superlotação da unidade por vezes mencionada na fala da diretora da unidade que será melhor discutido no tópico 5.

Outro ponto discrepante entre as UPAs de mesmo porte é a quantidade de leitos de observação - UPA DAICO são 20 leitos e UPA Dom Helder Câmara são apenas 14. Quanto aos serviços apenas a UPA DAICO tem serviço de análises clínicas e, no que se refere aos recursos humanos, a diferença entre as Unidades é ainda maior: a UPA Dom Helder Câmara funciona com apenas 8 médicos por plantão enquanto que a DAICO com 14; quanto aos técnicos em enfermagem por plantão a UPA DAICO tem 10 técnicos a mais por plantão em comparação a

UPA de Ananindeua. Ao serem perguntadas sobre a avaliação da unidade, apenas a UPA DAICO afirma ser avaliada mensalmente pela secretaria municipal de saúde.

A retaguarda hospitalar das UPAs em Belém em Ananindeua conta com três grandes portas de entrada de urgência que recebem demanda espontânea ou referenciada destas e de outras urgências menores oferecendo retaguarda de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos, leitos para internação prolongada articuladas com os demais pontos de atenção (BRASIL, 2011).

O município de Ananindeua conta com o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (administrado pelo Estado) e Belém com dois principais prontos-socorros Mário Pinotti - que em junho de 2015 teve seu atendimento suspenso em virtude de sinistro tendo assim que transferir a demanda espontânea para o Pronto-socorro Humberto Maradey e alguns pacientes internados para o Hospital Samaritano adquirido pelo município e Humberto Maradey dentro de um total de 12 portas de urgência no Pará. De acordo com a entrevistada, analista técnica das portas de entrada do MS, embora o Pará não se enquadrassem no que determina a portaria que regulamenta a retaguarda hospitalar das urgências, o MS considerou algumas subjetividades do estado e entendeu que estas portas de entrada são prioritárias tanto e então liberou recurso para qualificação destas portas:

Mas tem dentro do estado do Pará e até em outros estados nós tivemos, algumas subjetividades. O que é que acontece: entendendo que aquela porta é prioritária para o atendimento, tem que ter até 100 leitos habilitados, mas entendendo que ela é uma porta prioritária e ela atende uma região, ela pode estar, se enquadrar dentro de uma porta de urgência. Quais são os itens que tem essa classificação? Dentro dessa abrangência regional a gente se classificou, o Ministério da Saúde não tinha dinheiro pra qualificar todas as portas, as portas já existiam o Ministério da Saúde não abriu uma Porta a mais, o Ministério deu um incentivo financeiro dentro da Rede de Urgência para qualificar essa Porta. Uma Porta que estava com equipamentos sucateados, o atendimento não tinha uma qualidade que a gente, após um diagnóstico situacional, elencou como a necessidade, esse vai ser um atendimento com qualidade. Dentro dessa prioridade o Estado, ele formou um Grupo Condutor de Urgência, um grupo técnico e de gestão ao mesmo tempo. Esse grupo fez o diagnóstico da Rede e elencou 12 portas prioritárias¹⁴ para esse recurso pra que essas portas começassem a trabalhar com qualidade.

O representante do MS afirma ter considerado a necessidade de instrumentalização destas portas de entrada e a sua importância tanto para os municípios nos quais estão instaladas

¹⁴ De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Pará (PES 2012-2015) após o diagnóstico da situação da rede de atenção às urgências foi realizado um levantamento dos leitos de retaguarda. Em Belém as unidades com qualificação do componente hospitalar para recebimento dos recursos, segundo o PES 2012-2015 foram: HPSM Dr. Mário Pinotti, HPSM Dr. Humberto Maradei, Ophir Loyola, João de Barros Barreto, Dom Luiz I, Ordem Terceira, Serzedelo Correa, Santa Casa, Gaspar Vianna, Clínica dos Acidentados. Em Ananindeua os hospitais com qualificação foram: HMUE, Anita Gerosa, Hospital de Clínicas de Ananindeua, Maternidade Modelo, Camilo Salgado.

quanto para os demais municípios do estado com os quais as mesmas são pactuadas. Os pront-socorros e o Hospital Metropolitano são os que mais atendem pacientes, sobretudo em especialidades, como é o caso de queimados atendidos no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência. Diante disto, confirma-se a fragilidade do critério populacional para instalação de portas de urgência, pois os serviços de urgência na Região Metropolitana são pactuados com todos os municípios do estado, não atendendo assim apenas a sua população.

5.2 CENTRALIZAÇÃO DE DECISÕES NA POLÍTICA PÚBLICA

Dissemos que o federalismo é um movimento contínuo de centralização e descentralização e não simplesmente uma passagem brusca de um governo centralizador para um descentralizador. Assim, Souza (2001) observa que o federalismo produziu experiências e resultados diferentes e, no caso brasileiro, uma dualidade: ao mesmo tempo em que a descentralização política e financeira tornou o Brasil mais descentralizado emergindo assim novos e competitivos atores políticos que compelem a União a negociar as políticas de plano nacional, em outra mão o federalismo brasileiro enfraqueceu financeiramente o governo federal que se vê impossibilitado de diminuir a contento as diferenças regionais.

O incremento das responsabilidades dos municípios não foi acompanhado da autonomia financeira, uma vez que grande parte dos recursos para o custeio das políticas de saúde é de transferências federais e muitos municípios ainda são fortemente dependentes do FPM além da centralidade das decisões mais importantes que ainda continuam no âmbito da União.

Nesta categoria foram direcionadas perguntas relacionadas à tomada de decisão quanto à política de urgência. O intuito era identificar na fala dos entrevistados se a política considerava as peculiaridades da região ou foi concebida de forma universal pelo governo federal não abrindo possibilidades para os municípios a adequarem a sua realidade.

Neste quesito o representante *do Ministério* deixa claro que, embora a política tenha sido elaborada pelo governo federal, cabe aos municípios optarem por implantar as UPAs 24 horas, decidir sobre a sua localização e também administrar as unidades. O Ministério fornece um estudo prévio sobre a população da região e indica, segundo a entrevistada, onde e qual o porte da UPA a ser instalada de acordo com os vazios assistenciais identificados pelo Ministério da Saúde. A analista técnica do SAMU do MS afirma:

Nós fizemos um estudo no país baseado no vazio assistencial e quantitativo populacional e fizemos esse cruzamento. Dentro desse cruzamento e do

orçamento que o Ministério dispunha para implementar essas Unidades de Pronto Atendimento. Dentro disto nos foi informado que teríamos 500 UPAs para serem implementadas naquele momento no país: 250 para o ano de 2009 e 250 para 2010 [...] Nós fizemos um cálculo por estado a nós entregamos para que as Comissões Intergestores Bipartite discutissem, observassem os vazios assistenciais e fizessem a discussão. E então foram começando a sair a relação de municípios que receberiam essas unidades de pronto atendimento. Não foi o Ministério da Saúde que escolheu onde implantar a UPA foi o local. Era essa a visão do ministro Temporão na época: vir dos estados à demanda e não o Ministério impor.

Quanto ao processo de implantação no estado do Pará a entrevistada afirma que o processo transcorreu de forma tranquila sem interferência da União na tomada de decisão quanto ao local de implantação das UPAs sendo tudo decidido nas CIR, CIB e posteriormente levadas à CIT.

Em *Ananindeua*, as diretoras das UPAs confirmam a importância das unidades sobretudo nas áreas que não tinham uma assistência mais avançada, contavam apenas com urgências menores ou apenas com PSFs. Quanto a esta importância a diretora da UPA Daniel Berg confirma a satisfação desta necessidade, mas também destaca que a UPA Daniel Berg tem dificuldades tanto de segurança (por ser uma área de risco) quanto de acesso atendendo, desta forma, apenas à população do entorno:

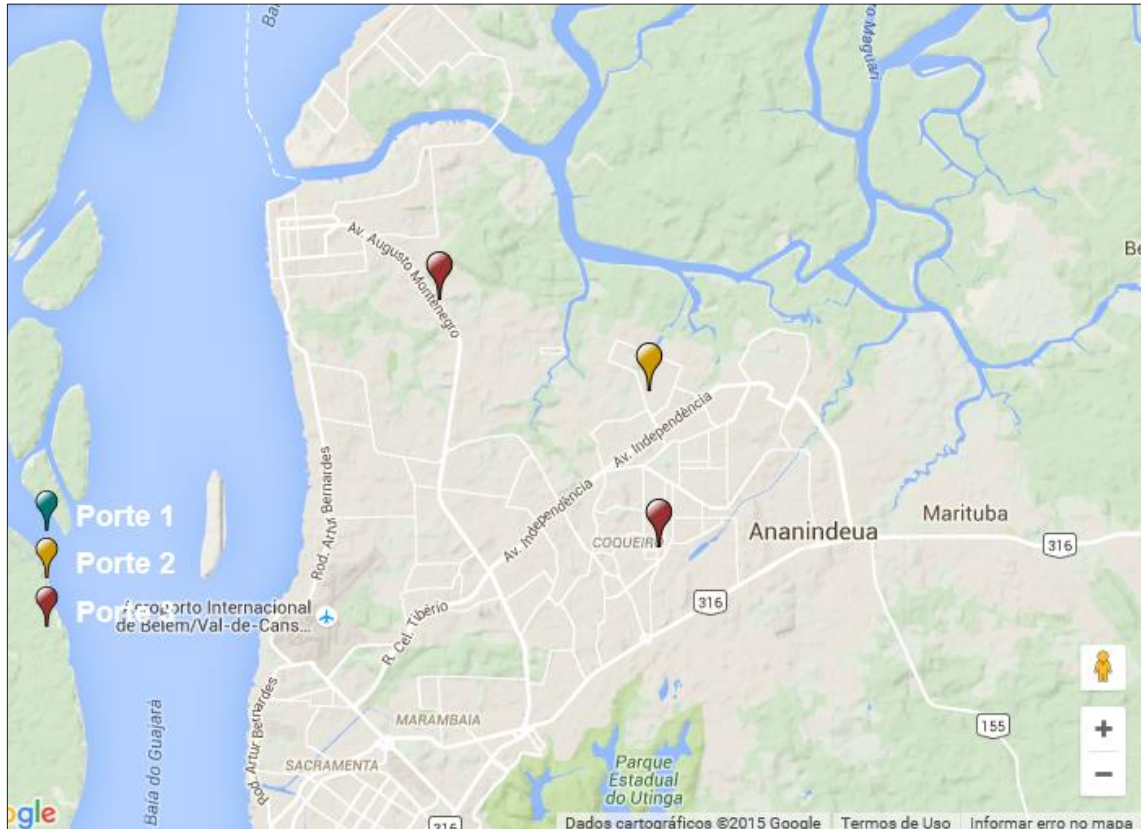
As UPAs elas vieram para somar e para dar uma assistência para a população uma assistência mais avançada. Em Ananindeua só tinham urgências menores, as urgências que não tinham tanto suporte quanto as UPAs tem. Nós temos as salas vermelhas, a gente consegue segurar os pacientes graves que as outras unidades não conseguem em virtude de não terem os mesmos equipamentos que as UPAs tem. [...] teve um estudo e através do estudo a área necessitava de uma atenção maior.[...] O acesso é bem complicado. Por mais que fique numa via estratégica, a localização é complicada devido ser bastante perigoso. Então muitas pessoas pela parte da noite acabam não procurando a unidade, é difícil o acesso, locomoção, ônibus é bem complicado porque só tem duas linhas de ônibus que passam pela unidade. Então a gente acaba atendendo os moradores da própria área, do entorno.

A fala da *diretora da UPA Dom Helder Câmara* corrobora neste sentido quanto à importância da unidade da Cidade Nova na sua área de abrangência. No entanto, afirma que por estar no centro da cidade e próxima ao principal corredor de acesso da Região Metropolitana, BR 316, como mostra o Mapa 1, muitos pacientes de outros municípios que não são pactuados com Ananindeua e que estão a caminho de Belém acabam parando na UPA pela proximidade não tendo assim que se deslocar até Belém:

O estudo da UPA da Cidade Nova foi bem elaborado porque ela é bem localizada, ela está no centro de Ananindeua, tanto que a nossa demanda em números de pacientes, nas nossas reuniões a gente põe essa situação não é uma área de risco como a do Icuí, é bem localizada, você está na BR você entra na Cidade Nova e

you are in the UPA. It is so that ambulances in all situations already stop here, they do not want to pick up the BR, Fire Department, SAMU, because here is well located. [...] They are not 10% of people from Ananindeua, from the New City, they do not reach 10%, the majority is from outside.

Mapa 1. Localização das Unidades Pronto Atendimento do Distrito Administrativo de Icoaraci (UPA DAICO), UPA Dom Helder Câmara e UPA Daniel Berg.



Fonte: Site do Ministério da Saúde (www.portalsaude.saude.gov.br).

Neste mapa é possível identificar que, a unidade Dom Helder Câmara é a UPA que está mais próxima da BR 316, importante corredor de acesso à capital. Isto ratifica a fala da gerente da unidade ao falar que muitos pacientes que estão em trânsito para Belém acabam sendo atendidos nesta UPA em virtude da proximidade da mesma com relação à BR 316. Isto ocasiona a superlotação do serviço nesta unidade que chega a receber o triplo de sua capacidade diária de atendimentos, conforme apresentado no Gráfico 8.

Embora a UPA Daniel Berg também esteja próxima à BR 316 o atendimento nesta unidade apresentado pelo Mapa 1, se encontra abaixo da sua capacidade de atendimento, uma vez, como dito pela diretora da unidade, a mesma se encontra em uma área de difícil acesso e de grande periculosidade atendo desta forma, apenas a população do seu entorno diferentemente da UPA Dom Helder Câmara como explicado anteriormente.

Ainda quanto a superlotação da UPA Dom Helder Câmara, que chega a atender até o triplo de sua capacidade (Gráfico 8), a deficiência de leitos agrava esta situação por dificultar a transferência de pacientes que precisam de atendimento especializado e ficam mais tempo no setor de observação ou UTI das UPAs.

A diretora da Unidade de Icoaraci (UPA DAICO) afirma que com relação à localização a unidade poderia estar mais bem localizada, pois a mesma não fica às margens da avenida principal (Avenida Augusto Montenegro) ficando assim com pouca visibilidade e os pacientes precisam percorrer um trecho até que chegue às portas da unidade. Isto impacta nos atendimentos, pois conforme a série histórica o atendimento está abaixo do teto previsto pelo porte da unidade, embora nas proximidades da mesma não tenha nenhum outro ponto de atenção de urgência que atenda casos de maior complexidade que concorra com esta UPA. Conforme o Gráfico 3 sobre os atendimentos da DAICO em 2014, a média de atendimentos foi de 10.807/mês e 360/dia, uma quantidade abaixo do teto estabelecido pelo porte da unidade que é de 450 pacientes/dia conforme estabelecido pela portaria.

O *secretário de saúde de Ananindeua* ao ser perguntado sobre o critério de implementação das UPAs em Ananindeua o mesmo afirma que este critério populacional não acompanha na prática a realidade do município e a política planejada em nível federal não acompanha o que foi previamente planejado no nível municipal impedindo a implantação de unidades nos locais que necessitam de maior assistência mas não tem o quantitativo populacional mínimo como preconizado na política:

A princípio dentro dos critérios populacionais, sim por conta da população. Só que na prática hoje Ananindeua é dividida em cinco polos de saúde. Então esses polos de saúde têm em média variam de 70 mil habitantes a 140 mil. Então com isso hoje a gente tem uma UPA porte III que é uma população de acima de 200 mil habitantes e três UPAs porte II que variam para uma população de 100 a 200 mil habitantes. Isso atende a tua demanda, hoje mesmo com essas 4 UPAs, em partes, mas seria necessário mais uma no polo 3 que é a parte do PAAR que ali hoje tem uma unidade de urgência de menor complexidade, mas uma UPA ali para aquela população seria importante. Então fugiria do critério da portaria? Sim! Mas justificaria por conta da demanda que hoje a unidade recebe só que é em uma unidade que não é uma UPA.

Observa-se que o estudo preliminar feito pelo Ministério da Saúde quanto aos vazios assistenciais relacionando o porte da Unidade com a área de abrangência não considerou situações peculiares, como as destacadas pelas entrevistadas, como: segurança, acesso, proximidade de vias de grande circulação, sobretudo a BR que tem um grande trânsito de pacientes de outros municípios para Belém e também a pactuação das UPAs com outros

municípios que será melhor explanado no tópico 5.4. Ou seja, apenas o vazio assistencial e a população de abrangência não são suficientes para um bom dimensionamento das Unidades, conforme observado nas falas das diretoras das UPAs, pois mesmo que o Ministério deixe a cargo do municípios a escolha do local de implantação as regras referentes a isto amarram esta escolha no sentido de limitar o poder decisório do gestor municipal que, somado a necessidade do município de ter mais uma porta de entrada de urgência acaba incorrendo em alguns erros de dimensionamento do serviço.

O representante do estado afirma em sua fala que na relação federalista o Estado brasileiro não considera as características próprias da região Amazônica tanto no que concerne ao custo amazônico, logística e incentivos relacionados aos projetos aqui existentes. Mas com relação especificamente a política de saúde o entrevistado pontua três aspectos: o não incentivo por parte do MS à aquisição de ambulância para atendimentos às populações ribeirinhas do estado, o financiamento da média e alta complexidade não recebe o valor proporcional ao per capita do estado e o quantitativo de médicos em regiões no Pará que tem a sua população espalhada em seu território é a mesma de regiões do sul do país que tem a mesma quantidade de população só que concentrada que, segundo o entrevistado, dificilmente são resolvidas em virtude de questões políticas e partidárias:

Essa relação o Brasil está com o sistema federalista esgarçado, por exemplo, o Pará, se você pegar a balança comercial Brasileira o Pará é o segundo estado que mais contribui, qual é o retorno disso para o estado? Lei Kandir- até hoje não regulamentaram, então os valores da MAC- média e alta complexidade do Pará é um estado que é o último estado brasileiro que recebe per capita de média e alta complexidade para manter hospitais. Então ele não é equitativo e se não é equitativo aí também ele não é para a urgência e emergência na medida em que as características do estado, o tamanho do estado 1 milhão 427 km² rios e rios que não tem a ambulância, por exemplo, então o federalismo brasileiro não leva em conta as peculiaridades próprias do estado porque é o estado mais populoso da Amazônia, [...] na portaria do ministério a quantidade de pessoas que eles querem se fosse Santa Catarina que você com 20 minutos você muda de uma cidade para outra, aqui como é que você vai fazer isso? Conceição do Araguaia tem 40 médicos, 'ah então nós não vamos repassar, não habilita'. Então essa relação ainda é muito ruim, provavelmente isso acontece no Amazonas a mesma coisa, porque tudo lá é muito longe. Eu acho que, não sei em outras áreas, a saúde o tratamento, é aquela história de tratar os desiguais de forma igual tinha que tratar os desiguais de forma desigual. Então a gente bate muito isso no ministério, mas tem questões políticas, partidárias que infelizmente intervêm nessas questões.

Ainda quanto à rigidez das normas que balizam a PNAU, o representante da SESMA, afirma que a distância entre a tomada de decisão e a implementação das políticas faz com que a mesma não tenha um resultado esperado em virtude da discrepância entre as realidades nas regiões brasileiras:

Existem determinadas normatizações que são criadas pelo Ministério sem levar em consideração as realidades de cada região e acaba que quando você tenta implantar determinada coisa em uma região ela tem uma facilidade ou alcança um objetivo que em outras regiões você não consegue então essa distância entre a tomada de decisões e a implantação dessas decisões nos estados ela, apesar de ser votado em CIT, apesar de ter uma discussão nem sempre a gente consegue fazer com isso tenha um produto adequado.

No *nível federal* a analista técnica das UPAs ao ser perguntada se o Ministério exercia algum tipo de controle sobre as UPAS, afirma que o Ministério não tem qualquer tipo de gerência sobre a Unidade ficando os municípios com total responsabilidade sobre o funcionamento da mesma e que o MS está mais presente na fase de construção das unidades¹⁵ mas não descarta a necessidade do mesmo qualificar tecnicamente as unidades para terem uma melhor gestão e conseqüentemente melhores resultados. Isso se deve ao fato do Ministério trabalhar de forma abrangente e não centrada em um espaço específico, para isso o MS está desenvolvendo indicadores para saber o impacto das UPAS e demais componentes da RUE e também treinamentos para toda a RUE com base na necessidade de melhorar a comunicação entre os componentes (UPAs, SAMU, Atenção Primária, Atenção Hospitalar, Atenção Domiciliar) tendo em vista que a RUE, segundo a analista técnica das Portas de Entrada do MS, ainda não está implantada da forma que foi pensada pelo Ministério.

A entrevistada ao falar dos indicadores enfatiza que os mesmos não são instrumentos de controle, e sim de avaliação, podendo assim auxiliar tanto o Ministério da Saúde quanto os gestores locais na tomada de decisão.

A proposta de ter indicadores, avaliar o programa é muito mais no intuito de colaborar com esse gestor, algumas coisas a gente tem que controlar: a UPA está fechada? A UPA não tá funcionando e a gente está repassando o recurso? É diferente. Mas essa questão do funcionamento, do fluxo, de como cada gestor se organiza não cabe ao Ministério, até porque a gente não tem condição pra isso.

Quanto ao acesso aos recursos do governo federal observa-se na fala do representante da secretaria de saúde de *Belém* que os recursos que atualmente o município recebe podem ser melhorados através do aperfeiçoamento no registro dos procedimentos realizados para posterior ressarcimento tanto pelo Fundo Nacional de Saúde quanto pelo teto de financiamento dos municípios atendidos por Belém. No entanto, o mesmo aponta algumas dificuldades para que

¹⁵ A Portaria 342 de 4 de março de 2013 define as diretrizes para implantação das UPAs 24 horas dispondo sobre o investimento e custeio mensal das Unidades. No Capítulo 1 da referida portaria ficam estabelecidos que a implantação das mesmas devem obedecer as diretrizes, parâmetros e orientações do MS, precisando ter seu projeto aprovado de acordo com as normas da PNAU quanto aos fluxos, estrutura física, mobiliário e caracterização visual das unidades.

este registro seja efetuado: a) o sistema de cobrança não acompanha a realidade da rede; b) a maioria dos médicos do município não tem CNES por trabalharem também na iniciativa privada; c) a mão-de-obra é muito cara e cobra um valor incompatível com a tabela do SUS. Ou seja, não se podem cobrar muitos procedimentos e o município acaba arcando com esses valores:

A gente pode melhorar os recursos que nós temos [...] Os procedimentos que essa UPA produz dentro de lá podem ser melhor cobrados se eu tiver profissionais registrados no sistema do Ministério da Saúde chamado CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde quando um médico faz um procedimento de drenagem torácica que ele cobra esse procedimento é repassada a informação par o Ministério e o Ministério 2 meses depois devolve esse valor em procedimento, essa tabela não é atualizada há quase 15 anos então esse valor desse procedimento já é menor e aí eu tenho outro problema com a tabela, o sistema ele vincula a possibilidade desse médico ser exclusivo dessa unidade, ter uma carga horaria para gerar nessa unidade, se esse médico já é prestador de um outro lugar de trabalho, em outro serviço ou se ele é de uma especialidade de muitas que nós temos que não tem muito profissional ele não tem CNES para dar então toda essa produção que ele faz, esse procedimento não é cobrado. Então toda essa produção que ele faz esse procedimento não é cobrado. Então eu acabo não recebendo, eu faço registro, encaminho, mas não tenho retorno disso. **Porque o sistema ele não acompanha a realidade da rede**, por exemplo, neurocirurgia, eu tenho pouquíssimos neurocirurgiões dentro da rede e os poucos que eu tenho trabalham em outros lugares, em vários empregos, algum emprego vai ficar cerceado, por quê? Porque esse médico não tem CNES para fazer a produção dele correta. [...] é o município quem arca, eu não tenho retorno disso. (Grifo nosso).

Observa-se na fala dos entrevistados que as principais decisões ainda estão centralizadas no governo federal e que, aos municípios, cabe administrar uma série de problemas oriundos da falta de paridade entre o que é planejado e as suas realidades. Outro ponto importante são os critérios populacionais utilizados pela União para construção das unidades nos vazios assistenciais apontados pelo estudo prévio do Ministério da Saúde, estes critérios, segundo apresentado pelos entrevistados, se mostram como insuficientes para satisfazer as necessidades da população uma vez que, como apontado pelo secretário municipal de saúde de Ananindeua não acompanham o planejamento do município no tocante a organização do mesmo em polos de saúde que, embora não tenham o quantitativo populacional necessário para serem contemplados com UPAs conforme a portaria, mas tem necessidade por estarem em áreas distantes das unidades de saúde de maior complexidade.

5.3 OS IMPACTOS DO MODELO DE DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Quanto a esta categoria analítica, *descentralização dos serviços de saúde*, observa-se tanto pela fala dos representantes do Ministério da Saúde quanto do estado do Pará que a forma como os gestores municipais se organizam são de sua inteira responsabilidade. A União e estado entram com as contrapartidas financeiras, oferecem treinamento e fornecem instrumentos que podem auxiliar o gestor municipal quanto à tomada de decisão. Foi observado na fala dos envolvidos na PNAU que o papel da União é, sobretudo, financiamento e formulação de normas que são bem característicos do modelo brasileiro de descentralização da saúde que, conforme Arretche e Marques (2007) têm como consequências a forte dependência financeira dos municípios e a centralização das principais decisões nas “mãos” da União. Enquanto que no nível municipal a principal queixa é quanto à capacidade, tanto física quanto de gestão dos municípios, de gerirem estas estruturas.

No entanto, por se tratar de uma política universal, na fala dos gestores municipais é possível identificar que, dentro da PNAU, é baixa a mobilidade que o gestor tem para gerir os serviços, pois as portarias (indicadas aqui como regras formais) engessam o gestor impossibilitando assim a adequação de certos instrumentos indicados na política à realidade local.

A representante da *União*, a analista técnica das UPAs, afirma que até mesmo dentro da esfera federal os órgãos de controle e fiscalização cobram do MS maior rigor no controle das UPAs, no entanto, isto foge da alçada do Ministério pelo fato do serviço fazer parte de um sistema descentralizado:

Muitas vezes, por exemplo, órgãos reguladores questionam isso no Ministério da Saúde. Por que vocês não estão controlando tal coisa? Porque a gente tem um sistema de saúde que ele é desenhado descentralizado. E não é o nosso papel controlar.

A analista técnica do SAMU ratifica a fala da analista técnica das UPAs ao afirmar que o papel do MS é apenas fazer o acompanhamento das UPAs e, através de parcerias, apontar soluções e não fazer o controle de sua gestão:

E não é papel nosso. Dentro de um sistema descentralizado de gestão eu não posso chegar e impor uma gestão, eu não posso impor um controle. O que a gente faz não é controle, a gente faz um acompanhamento. [...] A gente aponta soluções.

No nível *municipal*, o representante da DEUE/SESMA *Belém* afirma que a política contempla todos os níveis de atenção, no entanto ao observar sua aplicação prática a mesma esbarra em limitações que o próprio município enfrenta por não ter a capacidade instalada compatível com o que propõe a PNAU, segue a fala do representante da DEUE/SESMA Belém quanto a este problema:

Então teoricamente eu tenho a política contemplada em todos os níveis de atenção, o problema é que eu não tenho a estrutura física e a capacidade instalada fala muito contra o atendimento, porque a demanda de serviços para a urgência e emergência é muito grande.

A fala da representante do MP confirma a fala do representante da DEUE/SESMA Belém ao relatar que os serviços oferecidos não são suficientes se comparados à população do estado e isto resulta em filas de espera muitas vezes ocasionada pela falta de estrutura dos municípios em prestarem a atenção básica:

Porque Pará tem 7 milhões de habitantes, Belém tem quase 2 milhões. Então a gente tem que fazer a comparação, posso dizer que dos 100 pacientes uns 40 eram de Belém. Em termos populacionais quanto representa a população de Belém para o estado, por isso que posso lhe dizer em termos o que eu verifico: os serviços existentes não estão compatíveis com a população do estado, com o perfil epidemiológico do estado, por quê? Porque a gente tem fila de espera, se estivesse compatível nós não teríamos fila de espera. Por outro lado o estado vendeu muito bem o seu peixe para os municípios fazendo com que os municípios se tornassem municípios de gestão plena e esses municípios não tem se quer a atenção básica implantada aí o estado pega e pula fora e diz assim 'não, essa responsabilidade não é minha a responsabilidade de prestar o serviço é do município porque ele é gestão plena'.

O contexto da descentralização no Brasil apresenta que, embora os municípios tenham o mesmo status jurídico da União e dos Estados os mesmos ainda são fortemente dependentes dos demais entes federativos superiores tanto no que concerne às políticas, financeiras e administrativas (ABRUCIO, 2005; LIMA, 2013; ARRETECH; MARQUES, 2007).

As entrevistas mostram que embora existam incentivos financeiros da União e do Estado, estes incentivos não tem sido suficientes para provisão do serviço nos municípios do estado, sobretudo por causa da sobrecarga dos atendimentos ocasionadas pela grande demanda de todo o estado que procura a capital para atendimento. Esta realidade impacta negativamente tanto no que concerne ao atendimento dos munícipes de Belém e Ananindeua quanto a todos que conseguem adentrar nas portas de urgência que, muitas vezes não tem a continuidade de seu atendimento em virtude da deficiência da retaguarda hospitalar que será bem explicada no tópico 5.5.

5.4 A COOPERAÇÃO ENTRE AS ESFERAS DO GOVERNO

As perguntas referentes a esta categoria foram dispostas no intuito de compreender como se dá a cooperação entre União, estado e os municípios de Belém e Ananindeua na execução da PNAU. Será discutida a seguir a cooperação sob três perspectivas: entre componentes da RUE, entre os municípios de Belém e Ananindeua, entre os municípios e o estado, entre o estado e a União e entre a União e os municípios.

a) **Entre componentes da RUE**

Nas falas dos entrevistados foi possível identificar a dificuldade de comunicação entre os componentes da Rede de Urgência e isto afeta principalmente o fluxo dos atendimentos da UPA em dois aspectos: sobrecarga no serviço em virtude da demanda que deveria ter tido resolutividade na Atenção Primária e maior tempo de internação dos pacientes nas UPAs pela não disponibilidade de leitos, sobretudo os leitos com especialidade.

A falta de protocolos assistências nas UPAs dificulta a interface desta com os outros componentes da rede, como afirma a analista técnica do SAMU do MS:

Aqui internamente a gente já está fazendo essa discussão, a equipe técnica já está fazendo essa discussão para a criação de indicadores e outras ações, como, por exemplo, o SAMU após 10 anos conseguiu lançar seus protocolos assistenciais que estamos terminando e esse ano vai terminar. Esse ano vão sair os protocolos da regulação, já vamos começar a fazer a discussão dos protocolos assistenciais das UPAs. Então são coisas que qualificam e que melhoram a interface.

Em *Belém*, o representante da SESMA, aponta a baixa resolutividade até mesmo de hospitais da rede de urgência de outros municípios que acabam encaminhando para a UPA pacientes que deveriam ter seus problemas resolvidos nestes hospitais, ou seja, o paciente acaba sendo encaminhado de um estabelecimento de maior complexidade (hospital) para outro estabelecimento de menor complexidade (UPA) o que caracteriza uma incongruência no sistema de saúde. E o jogo de “empurra-empurra” acaba por prejudicar o fluxo da rede e sobrecarregar ainda mais a UPA e os prontos-socorros da capital:

O Hospital de Urgência de Marituba não consegue ficar com paciente que tem luxação de ombro, luxação de membro de extremidade de membro não consegue ficar com o paciente e manda para a UPA de Icoaraci, ou seja, de um hospital para dentro de uma UPA num fluxo totalmente errado sem regulação nenhuma para fazer na UPA o que ele podia ter feito lá que era radiografar o doente, fazer uma avaliação, se precisasse de uma intervenção cadastrar o doente na central de leitos e mandar o doente para um serviço de retaguarda, não. Ele pega o doente, se livra do problema, joga dentro da UPA de Icoaraci. E outros exemplos, recentemente Salinópolis, dois pacientes que fizeram cirurgia dentro do

município infectaram as cirurgias dos pacientes no município, o município não regulou os doentes, botou na ambulância e jogou na porta do pronto-socorro os dois casos e um deles tinha um corpo estranho dentro da cirurgia e por isso que a cirurgia infeccionou, a gente teve que resolver o problema, nós notificamos o Ministério Público. Do Marajó eles mandam direto de avião, outro dia o caso foi um esfaqueado que o município não fez nada pelo doente o colocou dentro de um avião e mandou para Belém.

Em contraste com esta visão o representante do Estado afirma que, para o que as UPAs foram projetadas, as mesmas não fazem o correto encaminhamento para as portas de entrada de urgência de maior complexidade transferindo pacientes que poderiam ter tido seus problemas solucionados nas próprias UPAs. Quanto a isto, o representante da SESP afirma:

Eu acho que precisa melhorar do ponto de vista de qualidade de atendimento, em termos de resolutividade, mas isso ainda não tem acontecido. Por exemplo, Tucuruí, tem a Tipo II, eu pergunto e eu vejo os relatórios do hospital, melhorou alguma coisa, diminuiu? Um pouco. Quer dizer vai pra UPA e vai para o hospital, vai pra UPA e vai para o hospital e aí tem coisa que tem que ir mesmo, claro, mas muita coisa que poderia ser resolvida na UPA muitas vezes não é. Eu acho que elas poderiam ser mais qualificadas, mas aí o problema todo é financiamento delas né: o Governo Federal entra com 50% do valor, o Estado 25% e o município 25% e isso sai um pouco pesado para o que elas estão fazendo. Basta vocês irem no Metropolitano que vocês vão ver lá a quantidade de pessoas que vem da UPA para o hospital, mesma coisa a de Capanema.

Observa-se na fala dos gestores que existe uma falta de coordenação na rede de urgência, pois ambos alegam que o outro componente não apresenta a resolutividade necessária. O ponto de acordo é quanto a incompatibilidade entre o que é investido nas Unidades e o papel que elas se propõe a ter na rede, ou seja, o financiamento é baixo comparado à complexidade do serviço prestado.

b) Entre municípios

A promotora de assuntos constitucionais do Ministério Público do Estado, ao ser perguntada sobre as principais reclamações sobre a saúde no município de Belém a mesma afirma que medicamentos e leitos são as principais reclamações resultado da concentração dos serviços de saúde em Belém que atende outros municípios do estado, o que acarreta em uma sobrecarga no sistema de saúde local e é fruto, em sua maioria, do não cumprimento do atendimento básico nos municípios de origem destes pacientes:

Belém concentra quase toda a alta complexidade e boa parte da média complexidade. Então a população do estado ela se concentra em Belém e quando a pessoa vem para Belém principalmente quando ela não vem regulada, ela tem acesso através das nossas unidades de saúde principalmente de urgências e emergências: os prontos-socorros e as UPAs. Ai é publicado assim 'o problema é em Belém, Belém que não tem o profissional, Belém que não tem o leito'

enquanto na verdade não houve uma ação muitos vem sem que nem esse município tenha pactuado a saúde com o município de Belém. Ele não presta o atendimento, ele não faz a sua parte lá, os municípios infelizmente preferem comprar ambulância a prestar a atenção básica. Então em termos de demandas o que mais ocasiona demandas na promotoria são questão de leitos e questões de medicamentos.

O não cumprimento das regras estabelecidas nas pactuações, neste caso concreto, se apresenta como um dos principais fatores para a superlotação dos serviços de saúde na capital. O representante da SESMA afirma que, embora ocorram as pactuações em CIB, muitas negociações acabam não sendo cumpridas pelos municípios do interior que simplesmente ignoram os acordos. Algumas reclamações quanto ao atendimento de pacientes do interior do estado sem a devida pactuação e estabilização necessária para seja feita a transferência para a capital, já extrapolaram as conversas e acordos em CIB e já estão na esfera judicial para que os municípios se responsabilizem pelos seus pacientes e cumpram com os atendimentos que precisem ser feitos nos seus municípios. Ao ser perguntado sobre o cumprimento das pactuações dos serviços de saúde entre os municípios do interior do estado com a capital o representante do DEUE/SESMA de Belém afirma:

Não. Nós temos passado para outro nível agora que é o de notificar os Ministérios Públicos estaduais e federais por encaminhamentos irresponsáveis que nós recebemos de pacientes, o município não dá nenhuma resolutividade, não dá nenhuma estabilização nós temos exemplo de municípios do Marajó que os prefeitos têm colocado os pacientes no avião de qualquer jeito e mandado, o paciente chega grave aqui desce no aeroclube e a gente tem que ir buscar com o SAMU e dar o jeito de resolver o problema do paciente. Então esse nível da CIB, da discussão da responsabilidade pelo encaminhamento do doente e da responsabilidade do município de resolver ou de pelo menos estabilizar o doente para encaminhar ou cadastrar o paciente na Central ou de fazer o atendimento prévio do doente não só de colocar na ambulância e encaminhar esse nível de discussão já passou da CIB, nós já estamos no Ministério Público com os casos que nós recebemos aqui de perto [...]. Então essa irresponsabilidade já passou do nível de CIB nós encaminhamos também para o Conselho de Classe, para o Conselho de Medicina os encaminhamentos errados que são feitos. Nós percebemos uma certa morosidade ou não aplicação de fato dos códigos de ética com relação a isso porque os profissionais vão justificar que não tem condições de trabalho nos municípios então a responsabilidade é do secretário de saúde é do prefeito. E como isso não vem se resolvendo nas CIBs nós estamos reportando direto para o Ministério Público Federal e Estadual e eles estão demandando para os municípios e tomando providências com isso.

Quanto à necessidade de pactuação entre os municípios e o cumprimento delas também é identificado na fala do secretário municipal de saúde de Ananindeua como um fator muito importante para o atingimento dos objetivos das UPAs. Quanto a esta questão o secretário de saúde de Ananindeua afirma:

A falta de pactuação antes da implantação dos serviços, se o município tivesse pensado nessa pactuação antes de implantar as duas UPAs talvez hoje a

conscientização dos outros municípios estivesse bem melhor e então não teria essa demanda constante de pacientes não só do município mas de toda região metropolitana e de outros municípios que não participam da região metropolitana.

Quanto à sobrecarga de Belém principalmente nos atendimentos de urgência e a transferência de pacientes do interior do estado o representante do SESP A afirma que o Marajó conta com 16 salas de estabilização para prestar os primeiros cuidados e, depois transferi-lo de avião ou helicóptero e complementa afirmando que com a criação das regiões de saúde e a construção dos hospitais regionais essa demanda para Belém tende a diminuir e que o estado tem reunido esforços para instituir pontos de atenção (UPA, SAMU e hospital) nas regiões de saúde para evitar que as pessoas se desloquem para lugares distantes em busca de atendimento:

Então no Marajó a gente tem essa alternativa que são as salas de estabilização, são 16 salas de estabilização e o resgate aéreo helicóptero e onde tem aeródromo autorizado pela ANAC que a gente busca a pessoa de avião. Isso ajudou muito a diminuir a mortalidade no estado. [...] Então isso vai ajudar muito a não ter que estar deslocando pessoas de um local muito distante. A participação do estado é essa: ele transfere para os SAMUs, o governo federal entra com um valor, o estado outro, o município é a contra partida do estado para os SAMUs, todos eles estão recebendo e também as UPAs.

No entanto, observa-se na fala do mesmo que algumas especialidades ainda se concentram na capital, como, por exemplo: queimaduras e fratura de coluna direcionadas para o Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência; cardiologia para o Hospital de Clínicas Gaspar Viana; AVC que necessite de cirurgia encaminha-se para o Hospital Beneficente Portuguesa e como retaguarda o Hospital Metropolitano o estado tem o Hospital Galileu que não recebe diretamente os pacientes, somente aqueles referenciados pelo Hospital Metropolitano.

c) Entre Município e Estado

Sobre a perspectiva de Ananindeua a respeito desta subcategoria a representante da UPA Dom Helder Câmara, ao ser questionada sobre a cooperação entre os entes federativos para a efetividade da PNAU, enfatiza que a mesma não observa essa cooperação no sentido de fiscalizar e identificar as dificuldades presentes no dia-a-dia da unidade:

Eu acho que não. Foi implantado, mas não está sendo colocado em prática. Eu acho que todo programa tem que ter fiscalização, você tem que exigir. Eu te dou o suporte e eu quero retorno disso, e isso eu não estou vendo. E por que não estou vendo? Porque a gente vê as dificuldades aqui em baixo. Se isso realmente funcionasse a gente não estaria com tanta dificuldade.

Quanto à contrapartida do Estado para a RUE, todos os entrevistados tanto no nível estadual quanto municipal se referiam às competências atrasadas do Estado. É possível observar na fala do representante do Estado que em virtude do descompasso entre a arrecadação estadual e os custos referentes à saúde o mesmo não tem conseguido pagar em dia os municípios, tendo que negociar com os mesmos o pagamento das contrapartidas do Estado para que o serviço não fique comprometido:

Então a gente está negociando com os municípios, um mês paga um no outro mês paga outro, vai fazendo isso aí porque o dinheiro realmente não dá, é um negócio absurdo.

Na fala do representante do *Estado* foi possível identificar que o incentivo para com os municípios também se dá na forma de treinamentos e no planejamento alinhando a estratégia estadual com o planejamento dos próprios municípios:

E a ajuda que o estado faz é a capacitação, treinamento, monitoramento, e a gente têm trabalhado muito [...] A gente está tentando estruturar essa questão de planejamento no estado na área da saúde, criando sistemas que facilitem para que a gente possa ajudar os municípios e também fazer o planejamento regional nas treze regiões de saúde. Criar indicadores para as regiões, envolver mais os municípios nessa questão, principalmente aqueles indicadores do SISPACTO¹⁶, são 66 indicadores.

Outro problema identificado na fala do entrevistado que representa o estado é quanto à dificuldade gerada com Ananindeua pela ausência de pronto-socorro no município o que gera um grande número de encaminhamentos deste município para o Hospital Metropolitano administrado pelo estado. Quanto a Belém a maior dificuldade apontada na fala do entrevistado é a quantidade de portas de entrada de urgência e a qualificação da atenção primária do município que não tem a resolutividade necessária e acaba sobrecarregando os serviços de urgência:

Então é preciso que a gente tivesse mais em Belém, por exemplo, esses dois prontos-socorros de Belém são muito frágeis, isso quando estavam funcionando os dois, agora fechou um imagina como é que está a situação. É um problema, a gente tem problema de relação com eles dificuldades, senta, conversa, mas uma das preocupações nossas e nós temos falado muito com eles é a questão de qualificar mais a atenção primária. Por exemplo, essa região de Icoaraci, Outeiro, Tenoné, a maioria dos casos de eclampsia que vai para a Santa Casa é de lá e a uma hora dessas nas unidades não tem ninguém mais. Ai tem um problema lá

¹⁶ Sistema de Pactuação: Sistema informatizado do Ministério da Saúde que condensa o registro das informações referente a pactuação unificada de indicadores entre os entes federativos regulamentada pela Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007. Esta pactuação unificada de indicadores tem por objetivo auxiliar estados e municípios a fazerem o monitoramento das diretrizes e avaliações dos indicadores referentes ao processo de pactuação. As regras do processo de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores referente ao período de 2013-2015 estão previstas na Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013.

alegam problema de segurança, aí as pessoas não são acompanhadas principalmente hipertenso e diabético vai descompensando não tem o remédio, não tem o agente comunitário que agenda consulta, o médico não vai, aí vai para o pronto-socorro. Muita coisa que vai para lá devia não estar indo para lá. Então esse é um problema grave, nos dois municípios.

O secretário de saúde de Ananindeua quando questionado sobre a cooperação entre o município e o governo do estado afirma que se ocorre de duas formas: mediante oferta de cursos de capacitação (para médicos, enfermeiros e técnicos) e através das contrapartidas financeiras previstas na política de urgência.

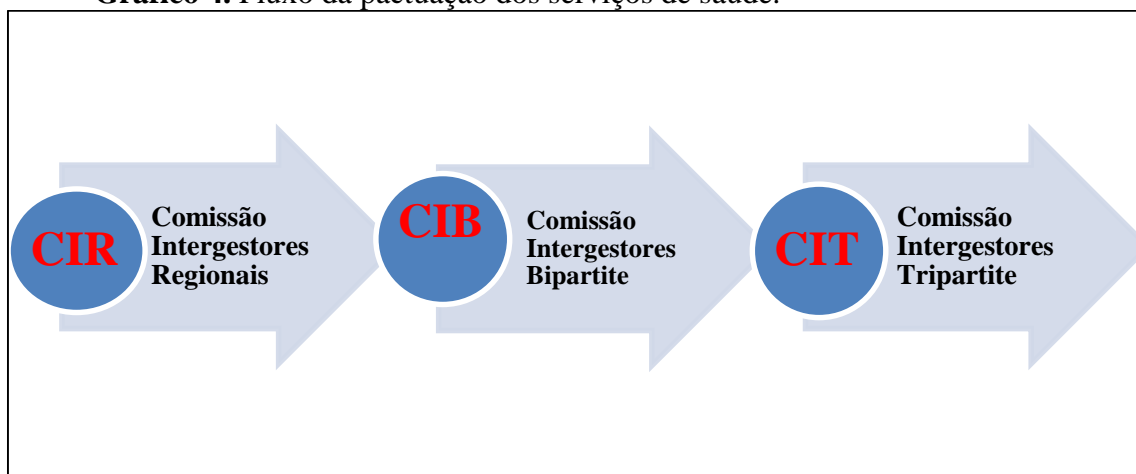
d) Entre Estado e União

A representante do MS, analista técnica das Portas de Entrada, afirma que existe uma grande cooperação com o estado do Pará. Afirma que no modelo anterior às decisões eram tomadas pelo MS sem considerar a opinião dos representantes dos estados e dos municípios:

O Ministério trabalha hoje de uma forma bem equânime, ele diz assim “eu preciso de parceiro, eu não posso trabalhar sozinho”. O Ministério como eu falei há uns anos atrás fazia as portarias e jogava. Hoje não, hoje é discutido com as CIR, nas CIBS. Nas CIR e nas CIBS é discutido o desenho, a gente discute junto. É muito legal. Mas o legal disso é que graças a Deus a gente tá tendo uma resolutividade, a gente tá conseguindo desenhar essa saúde. Tem necessidade ainda, o processo não pode parar. Eu sempre falo assim: a gente alcançou uma e a gente precisa alcançar muito mais, mas eu estou muito satisfeita em trabalhar em trabalhar dentro do estado porque eu vejo que a equipe é muito proativa, é muito responsável nós temos secretários que já trabalham no SUS que entendem o SUS há muito tempo que já foram gestores e que são técnicos na área.

A entrevistada destaca a importância da parceria com o estado e aponta como diferencial a experiência dos profissionais para o êxito da cooperação com o MS no que tange as necessidades para o redesenho da rede de urgência. Afirma também que as decisões são discutidas nas CIR, CIB e posteriormente é posto em prática através do que é discutido nas Comissões Intergestores Tripartite (Gráfico 4).

Gráfico 4. Fluxo da pactuação dos serviços de saúde.



Fonte: Elaboração própria (2015).

Enquanto, segundo a entrevistada, a cooperação e comunicação com o estado é bem resolutiva no que concernem as necessidades da RUE em vários pontos da entrevista ficou claro que a maior dificuldade de cooperação é com os municípios, pois os mesmos tem dificuldade de se organizar e gerir o serviço na sua circunscrição: "Mas eu tenho essa percepção com relação à própria gestão municipal: você vê uma gestão estadual já mais qualificada, mas uma gestão municipal ainda é com dificuldades pra conseguir fazer essa organização".

Embora muitas decisões sejam tomadas no âmbito da CIB que é um espaço no qual os municípios podem negociar e articular com o estado e outros municípios a prestação dos serviços à população muitas dessas decisões não são colocadas em prática como destaca o representante do Ministério Público Estadual ao falar sobre a pactuação da saúde no estado sob a ótica das demandas dos municípios junto à promotoria:

Mas eu creio que já tenha evoluído bastante a partir do momento em que o estado tem discutido em CIB, os municípios vêm pra CIB discutir as questões das políticas públicas. Agora por outro lado o que eu tenho recebido de reclamação é que na realidade as pactuações elas estariam sendo impostas pelo estado aos municípios, os municípios não estariam tendo a oportunidade de discutir em cima do seu levantamento do seu perfil epidemiológico, do seu plano municipal de saúde o que ele quer contratualizar e com quem ele quer contratualizar, a coisa está sendo imposta. Ai isso seria uma questão que deveria ser verificada, eu coloco sempre que eu recebo uma relação de algum gestor municipal ele se impor como gestor e dizer não, eu não vou aceitar.

e) **Entre a União e os municípios**

Nesta subcategoria a representante da União, analista técnica das Portas de Entrada do MS, destaca a importância da parceria entre a União e os municípios para o alinhamento das estratégias, mas destaca que enquanto, a cooperação e comunicação com o estado é bem resolutiva no que concernem as necessidades da RUE em vários pontos da entrevista ficou claro

que a maior dificuldade de cooperação é com os municípios, pois os mesmos tem dificuldade de se organizar e gerir o serviço na sua circunscrição: "Mas eu tenho essa percepção com relação à própria gestão municipal: você vê uma gestão estadual já mais qualificada, mas uma gestão municipal ainda com dificuldades para conseguir fazer essa organização".

Neste sentido a representante do governo federal, analista técnica das Portas de Entrada do MS, diz que frente a esta realidade o MS "faz avaliação, acompanha, induz, enfim, é uma parceria, em conjunto, não é o Ministério ditando regras, é o conjunto, é um alinhamento que a gente faz". O Quadro 1 apresenta que todas as UPAs referem nas entrevistas que são avaliadas pelo MS, no mínimo, semestralmente o que denota um contato entre o Ministério e as UPAs que não se encerra com a entrega nas unidades ou simplesmente se limita apenas em receber do governo federal os custeios mensais para o funcionamento da unidade. E quanto a isto a mesma segue afirmando:

A gente participa do monitoramento direto, faz reunião, existem relatórios que é assinado por todo mundo que participa da visita. Quando a gente faz a visita no hospital X que é da gestão do município X a gente após a visita faz reunião com o gestor para mostrar para ele qual foi a nossa análise e a do grupo, não é uma análise do Ministério, é uma avaliação do grupo todo. A gente fala que coloca na berlinda, mas não pé bem assim, a gente está aqui para ajudar. A gente olha assim "posso ajudar? A gente tá aqui de braços abertos pra ajudar". E quando a gente fala isso a gente fala do conjunto, não é só o Ministério, é o estado, é aquele município, a gente precisa avançar. Então uma das coisas até em respeito até a gestão: a gente fez a visita, e passa a devolutiva o que a gente chama de devolutiva, a gente devolve essas informações para o gestor e a gente não trabalha só com o gestor a gente trabalha com toda a sua área técnica.

Podemos observar na fala dos atores que embora a descentralização dos serviços de saúde tenha ocorrido e as UPAs sejam de responsabilidade direta do gestor municipal, os municípios ainda têm uma forte dependência de recursos federais, estaduais e de outros serviços que precisam ser utilizados para que os pacientes que dão entrada das UPAs possam continuar o seu tratamento. E isto gera uma gama de entraves difíceis de serem solucionados através de uma única medida, pois eles são transversais a toda a rede de urgência. Estes entraves serão elencados e discutidos no próximo tópico.

5.5 RELAÇÃO FEDERALISTA NO ÂMBITO DA PNAU: PRINCIPAIS ENTRAVES

Na categoria *entraves apontados na PNAU* os entrevistados foram unânimes em dizer que existem dificuldades de todas as ordens que afetam o resultado da política. Os conjuntos de perguntas deste eixo tiveram como objetivo analisar, sob a perspectiva de cada ator, as principais dificuldades encontradas na gestão da PNAU e o resultado foi uma diversidade de respostas. Segue abaixo as subcategorias temáticas referentes às respostas mais predominantes nas entrevistas e a perspectiva de cada esfera sobre o impacto desta problemática na RUE, sobretudo no componente UPA 24 horas.

5.5.1 Gestão de Pessoas (capacitação e treinamento)

Nessa subcategoria as perguntas foram direcionadas no intuito de identificar na fala dos atores os entraves identificados por eles no tocante aos recursos humanos dentro da RUE. Tanto questões quanto os treinamentos ofertados pelas três esferas do governo para instrumentalizar os recursos humanos nas UPAs quanto as dificuldades de envolver estes profissionais no processo de readequação das urgências à nova proposta da PNAU foram abordadas pelos entrevistados nos três níveis de governo.

A representante do Ministério, a analista técnica das Portas de Entrada do MS, explica sobre a dificuldade de sensibilizar os servidores através dos treinamentos a se qualificarem para trabalhar dentro da nova configuração da rede de urgência:

Trabalhar com gestão, trabalhar com profissionais que às vezes já estavam com aquela ideia arraigada ‘eu me formei há quinhentos anos atrás e continuo’. Não, as coisas vão mudando e trabalhar com isso, sensibilizar o profissional é muito difícil.

Em seguida a mesma destaca a importância do apoio da gestão estadual para o alcance dos objetivos:

Tem necessidade ainda, o processo não pode parar. Eu sempre falo assim: a gente alcançou uma e a gente precisa alcançar muito mais, mas eu estou muito satisfeita em trabalhar em trabalhar dentro do estado porque eu vejo que a equipe é muito proativa, é muito responsável nós temos secretários que já trabalham no SUS que entendem o SUS há muito tempo que já foram gestores que são técnicos na área.

Para vencer este obstáculo a entrevistada afirma que a parceria com o estado tem sido fundamental para a oferta de treinamento para as portas de urgência que, com a nova configuração de rede, necessita de treinamento que contemple esta perspectiva na qual todos os componentes possam receber treinamento e serem alinhados na nova configuração de

atendimento proposta pelo Ministério para a Rede de Urgência e Emergência. A entrevistada, a analista técnica das Portas de Entrada do *Ministério da Saúde*, destaca:

Aqui no Ministério a gente está reorganizando exatamente o processo da Rede de Urgência porque apesar da gente estar com a portaria e começar é um processo e estamos com dificuldade também de conversar aqui dentro. Já estamos muito mais próximo, estamos trabalhando para essa proximidade, assim como o Ministério. Eu trabalho com outros estados além do Pará e outros estados nós já estamos fazendo isso. E quando eu tive agora a última vez no estado do Pará eu já lancei a proposta de trabalhar com a oficina com todos esses componentes da Rede de Urgência. Inclusive eu já tive a resposta que a gente vai fazer a oficina para trabalhar com todos os componentes da Rede de Urgência, aproximar esses componentes para gente poder fazer a avaliação desses componentes, como é que tá se comportando o componente hospitalar, UPA, SAMU, a Atenção Primária, a Atenção Domiciliar e que estão em processo de implantação, pois não está implantada a Rede como foi desenhada. Então essa avaliação a gente vai fazer na oficina porque no monitoramento isso foi uma necessidade. [...] Nós já estamos indo na UPA, nós já estamos indo no SAMU e a gente percebe dentro dos componentes que os mesmos ainda não estão se conversando. Então essa é uma necessidade que a gente já está aplicando em outros estados, já apontamos para o Pará essa necessidade e a gestão falou: não, a gente vai fazer. Então isso vai acontecer para fazer alinhamento de todos os componentes.

No *nível estadual*, o representante da SESPA afirma que o Estado oferta cursos para os municípios através da Escola de Governo no intuito de qualificar o atendimento nas urgências e emergências, mas existe pouco interesse dos mesmos no treinamento. Outro ponto destacado pelo entrevistado e que corrobora exatamente com o que a representante do Ministério afirma é quanto à qualificação dos médicos que estão nas portas das urgências. Pelo fato destes médicos serem oriundos da Atenção Básica os mesmos não tem a *expertise* necessária para atender urgência e emergência, logo cabe ao Ministério oferecer estas capacitações para que os profissionais estejam mais capacitados para o atendimento e entendam melhor a proposta da rede de urgência e emergência diminuindo assim os encaminhamentos feitos de forma incorreta e entendendo melhor assim o funcionamento da rede.

Segue abaixo a fala do representante do estado e da representante do Ministério da Saúde (analista técnica do SAMU), respectivamente:

Mas o que é que a gente observou é que a prefeitura contrata a equipe da UPA muitas vezes pegava o médico que era da atenção primária, que é o médico do PSF para UPA para tirar plantão na UPA e ele não tem muito traquejo de urgência e emergência. Aí o que é que acontece? Vai pra UPA a UPA chama o SAMU e transfere é bate e sai.

Nós estamos hoje sedimentando a criação, a gente não fala mais em NEP, que era o grupo de educação permanente, a gente fala em NEU, Núcleo de Educação das Urgências. E o que a gente tem conversado, eu principalmente, que como o SAMU já tem essa expertise na capacitação ele tem que começar a entender que ele precisa capacitar a rede. 'Ah o cara da atenção básica não sabe fazer urgência', não sabe mesmo não! A vida dele lá é fazer a prevenção e a promoção, não é fazer urgência. Ele tá lá pra atender a pessoa que está com a diabetes, que é

um diabético crônico, que é um hipertenso crônico, é atender a criança na evolução dela, é a ginecologia, ele não tá lá pra atender urgência. Ele precisa ser capacitado nisso aí. [...] E o resto, e a porta? Como é que eu quero que a porta entenda o meu modo de trabalhar se eu não vou apresentar pra ela? Como é que eu quero que a UPA vá entender? Então hoje a nossa ideia é capacitar toda a rede, nós vamos fazer um curso de regulação médica e chamar toda a rede pra estar participando, pra estar entendendo como é esse processo de regulação, como é que funciona. E é isso?

O representante do estado ainda afirma que a pouca experiência no atendimento à urgência dos médicos das UPAs que são oriundos da Atenção Básica é afetado pela falta de uma maior procura pelos treinamentos oferecidos pelo estado e que a educação continuada é muito importante para qualificar também os gestores porque muitas vezes o problema está relacionado a gestão do serviço:

O que a gente tem oferecido é questão de capacitação, mas eles não têm manifestado muito interesse com relação a isso e que eu acho que é uma coisa importante porque como eu disse os profissionais médicos que trabalham nas UPAs são pessoas que não tem muito traquejo com urgência e emergência. [...] nós aqui na SESPA temos trabalhado muito, por exemplo, o CIES por aí, as pessoas estão muito preocupadas com assistência. Quando se fala em educação continuada, educação permanente, telesaúde, não há muita preocupação do gestor. A gente precisa estar convencendo essas pessoas a importância disso, qualificar desde o agente comunitário até o gestor. A questão de usar as ferramentas da administração a qualificação dos gerentes. A gente observa o seguinte, onde tem um gerente que é mais qualificado as coisas melhoram bastante. Então não basta boa vontade, ser correto, honesto se não tiver estofo, se não tiver conhecimento mais capacidade de gestão. Então eu acho que existe problema de gestão. Mais isso de qualificação que eu estou falando nas UPAs por exemplo que existe muita dificuldade de você ter isso mas com essa capacidade. Quando você abre a residência médica, por exemplo, de urgência e emergência pouca gente quer entrar [...] aí as pessoas entram e vai aprendendo no dia-a-dia, mas isso é ruim, perigoso.

Observa-se pela fala dos entrevistados que o entrave apresentado nesta subcategoria tem desdobramentos que afetam diretamente nos fluxos das unidades e reflete diretamente nos outros componentes, sobretudo a retaguarda hospitalar que recebe os pacientes encaminhados pelas UPAs sem o correto encaminhamento e isto também afeta diretamente os pacientes que em um estado de agravo precisam ser deslocado para outras unidades demorando assim a solução de seus problemas o que pode até mesmo levar ao agravamento de seu estado de saúde.

Quanto à qualificação, a diretora da UPA DAICO afirma que existem parcerias entre o município, o estado e o MS para promover a qualificação dos profissionais das urgências. Tanto o governo federal quanto o estadual dão apoio com ações de qualificação, o problema identificado pela entrevistada é que muitas vezes os profissionais não tem “disponibilidade” para realizar o curso, no entanto, os cursos são oferecidos regularmente pelo MS, estado e departamento de urgência da SESMA: "Na verdade tem a Escola de Governo, ela é ligada ao

estadão e também dá suporte ao município onde tem as qualificações relacionadas ao próprio departamento de urgência e emergência".

Quanto à contratação de profissionais de saúde, a mesma é feita diretamente pela secretaria de saúde do município. Segundo as diretoras das UPAs de Ananindeua, esta contratação é difícil de ser realizada devido os baixos salários e a baixa qualificação dos profissionais, que não tem o conhecimento necessário para trabalhar na urgência e emergência, como destaca a diretora da UPA Daniel Berg:

Com relação ao treinamento de funcionários a gente tem muita dificuldade, acabam sendo colocados funcionários que não tem qualificação nenhuma em trabalhar em uma urgência [...]. A gestão dos recursos humanos é muito complicada e a gente acaba trabalhando com uma equipe reduzida.

Como observado na análise das falas dos atores sobre a gestão de pessoas, pode-se observar que esta área da RUR apresenta entrave que afeta diretamente no atingimento do objetivo das UPAs, de modo que a falta de resolutividade no componente UPA sobrecarrega o componente hospitalar, sobretudo em casos que demandam leitos com especialidade. Outro ponto importante e que também é afetado pela não qualificação do corpo técnico da unidade é a agudização de muitos casos encaminhados de forma equivocada ou com um tempo resposta maior que o esperado.

5.5.2 Gestão Financeira

As UPAS 24 horas são custeadas por recursos da União (50%) do Estado (25%) e dos municípios (25%) conforme a Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Para a representante do Ministério, a UPA, por ser um componente muito caro devido aos custos principalmente com plantões médicos se tornou um componente muito dispendioso para o MS frente à realidade pela qual passa o órgão. Outros entraves relacionados a esta subcategoria também foi identificado na fala dos atores tanto no nível federal, estadual e municipal.

O atraso nos repasses para os municípios acabam sobrecarregando os mesmos tendo que cobrir as competências atrasadas. Quanto aos atrasos dos repasses do governo federal foi identificado na fala do MS e do representante de Belém e Ananindeua que os mesmos ocorrem com mais frequência na fase de construção, no entanto, após habilitadas, as unidades começam a receber diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde os recursos para cobrir parte do seu gasto com os atendimentos da unidade.

Neste aspecto outros entraves relacionados ao financiamento foram identificados nas entrevistas e são discutidos a seguir:

a) Defasagem da tabela do SUS

A analista técnica das Portas de Entrada do MS confirma a fala do gestor municipal da política ao afirmar que a capital tem uma demanda muito maior do que ela comporta e os valores pagos pelo SUS estão defasados, no entanto, afirma que o grande volume de serviços privados contratados pelos municípios agrava esta situação, ficando assim o município sem receber do ministério parte do valor pago aos prestadores privados:

E o que hoje a gente vê muito o relato de cada gestor em razão da tabela do Ministério que está defasada e que não teve aumento. A gente vê muito ainda esse relato e precisa rever a PPI, rever o recurso, o Ministério tem que estar sensível, sempre a gente fala. Mas é assim, a população só aumentou e todo mundo acabou migrando para a capital ou então pra região maior que é a região metropolitana um. O gestor quando ele tem pactuado o teto do município X, Y e Z e ele tem uma gama de demanda muito maior do que a que comporta aquele recurso. Hoje nós temos um retrato da capital que eu vejo muito serviço privado e pouco serviço público ofertado e a gente acaba conveniando. Eu tive a oportunidade de olhar os contratos de Belém nesses últimos dias, o que ele está contratualizando com as instituições privadas é um valor bem significativo do que ele está pagando e que ele não está recebendo aquele valor. Então fazer gestão também não é fácil, tem que ter um jogo de cintura muito grande.

A fala da analista técnica do SAMU do MS também corrobora com esta visão e afirma que a revisão da PPI é fundamental para redistribuir o serviço no estado e assim evitar que pacientes desistam do tratamento por terem que se deslocar para a capital para fazerem exames e consultas especializadas. E isto impacta na Rede de Urgência porque com o agravamento da saúde do paciente os mesmos recorrem aos Prontos-socorros nos quais, os exames e consultas são mais rapidamente conseguidos devido ao quadro de saúde do paciente:

Então hoje essa modificação da PPI eu vejo como fundamental no Estado, até pra você redistribuir esse serviço. Às vezes tem que mandar um paciente para Belém para fazer um serviço que eles podem conseguir mesmo que privado, mas eles não conseguem receber do Ministério por isso porque dentro de uma pactuação eles já estão com essa pactuação em outros lugares e isso impacta muito na rede de urgência [...]. É um dos motivos que a Atenção não consegue dar continuidade porque eu preciso de uma consulta com o cardiologista, com o oftalmologista, com o neuro e eu não consigo e vou agravar e entrar mesmo na porta do hospital na rede de urgência ou vou procurar diretamente a Porta de Urgência porque lá eu vou conseguir meu RX, eu vou conseguir fazer o meu exame, eu vou conseguir fazer a minha ressonância magnética. E essa é a visão do paciente que infelizmente como a gente não consegue ofertar esses outros serviços, e isso não é um problema só do Pará é no Brasil inteiro [...].

Outro ponto importante quanto à pactuação dos serviços é que os municípios que aderem a PPI não podem simplesmente desistir da pactuação porque sua população cresceu e o mesmo não consegue atender a sua demanda interna e a demanda dos municípios pactuados com ele, é necessário repactuar os serviços, e esta repactuação se dá no nível estadual. O caminho inverso

não é tão simples. Observa-se na fala da entrevistada que os municípios não conseguem se mobilizar dentro do teto estabelecido por questão de organização: pactuam o serviço com vários municípios mas não se planejam para suprir a demanda interna que cresce naturalmente pelo aumento da sua população. A analista técnica do SAMU do MS continua:

E eu não consigo que a minha população seja atendida embora como exista uma pactuação esse dinheiro já saia do meu teto e vá para o teto dela, ou seja, eu já remunere esse serviço. É pouca a remuneração. **Que a saúde é subfinanciada isso não precisa se discutir porque isso todo mundo sabe que é.** Então é assim quanto ao meu recurso eu não posso simplesmente chegar e dizer: 'eu não vou mais te pagar, obrigada'. Eu não posso. Porque eu preciso repactuar isso, tem que rever essa PPI para fazer essa repactuação e é no estado inteiro (Grifo nosso).

A fala do representante do DEUE/SESMA Belém corrobora com a do Ministério da Saúde enfatizando a necessidade de se rever a PPI em virtude da sobrecarga que o município de Belém tem quanto ao atendimento de todos os municípios do estado.

Embora os serviços prestados pelo município de Belém sejam remunerados, ou seja, o pagamento do atendimento de pacientes de outros municípios sai do teto do município deste paciente e é repassado diretamente para o teto do município prestador, o entrevistado destaca três grandes problemas relacionados à pactuação dos serviços constantes na PPI vigente: o *subfinanciamento da saúde, estrutura física insuficiente* para atender os 143 municípios pactuados e a demanda interna, *dificuldade no registro de alguns serviços prestados*. Isso tudo se agrava, conforme também dito pela representante do Ministério, porque grande parte dos serviços é prestada por hospitais privados e, muitas vezes, o município tem que arcar com a diferença entre o que estes prestadores cobram e o que o Ministério paga:

b) Atraso nos repasses

Além do componente UPA exigir um grande volume de recursos a União não tem como obrigar o estado a entrar com a contrapartida de 25%, e ainda afirma que tanto o estado quanto a União tem dificuldade em fazer os repasses principalmente no início obrigando assim, os municípios a arcarem com o financiamento por um determinado tempo. Quanto a isso a analista técnica das UPAs do MS afirma:

Hoje a UPA é um equipamento muito caro para o que Ministério hoje passa. Quando foi feito um estudo lá atrás a proposta era o Ministério pagar 50% do custeio, e o estado entraria com 25% e o município com 25%. Se vocês olham lá na portaria, isso não tá especificado. Por exemplo, hoje a gente tem um estado no Brasil que tá cobrando que o Ministério não paga a metade do custeio e o que a gente diz é que em nenhum lugar a gente escreveu que ia pagar metade do custeio. Até porque esse custeio varia muito, muito também por conta do valor do plantão médico que é um grande gasto na UPA e a gente também não pode

obrigar o estado a pagar para o município porque a gente não manda no estado, a gente não é hierarquicamente superior ao estado. Então alguns estados pactuaram esse repasse, essa contrapartida e outros não. [...] A gente tem dificuldade tanto do Estado quanto do Ministério da Saúde de repasse principalmente no Ministério da Saúde no início do repasse, aí depois que o repasse começa ele é feito regularmente direto no fundo municipal de saúde. Algumas UPAs que inauguraram no início desse ano até agora não receberam esse custeio, então tem assim essa dificuldade maior que é o financiamento da UPA que esses valores a gente ainda não conseguiu reajustar.

O atraso nas contrapartidas do estado pode ser identificado nas falas tanto do próprio representante da SESP, quanto nas falas dos gestores em Belém e Ananindeua. Quanto a isso, o representante do *Estado* confirma que os pagamentos estão em atraso para vários municípios, e isto se justifica, segundo o entrevistado, pelo descompasso entre a arrecadação do estado e o que ele repassa para a secretaria e o que a SESP precisa gastar, no entanto está negociando com os municípios o pagamento dos valores atrasados:

Essas contrapartidas: **SAMU, farmácia básica insumo do diabetes e UPA** dá 15 milhões, não tem como a gente pagar. Então a gente está negociando com os municípios, um mês paga um no outro mês paga outro, vai fazendo isso aí porque o dinheiro realmente não dá, é um negócio absurdo. E esse ano não sei se vai ser pior porque com essa crise econômica política que tá aí. A arrecadação do estado é a mesma de sempre, se você pegar de 2003 pra cá é muito pouca é ICMS e agora que a pessoa tá deixando de comprar vai baixar, porque na questão do minério tem a taxa minerária que é isso a energia elétrica o ICMS é no consumo então a gente tem problema. Acho que nós fechamos, já está em dia é alguns municípios já receberam e agora a gente tá vendo se consegue fechar 2014 pagar todo mundo. Mas tá difícil, muito complicado. (Grifo nosso).

Para a solução deste problema o mesmo afirma que está sendo discutida com os municípios a diminuição dos valores dos repasses do estado para facilitar o pagamento aos mesmos.

Nível municipal, secretário de saúde de Ananindeua relata as dificuldades financeiras para manter o serviço frente aos atrasos dos repasses do estado e afirma que isto aliado ao aumento da demanda nas UPA acaba onerando o município além do que estava previsto:

Depois de inauguradas as duas UPAs o tramite é o recebimento do valor de custeio em torno de 50% do Ministério da Saúde, 25% do estado da SESP e aí a secretaria entra com os 25%. Da qualificação via Ministério da Saúde. Isso é mensalmente repassado pelo fundo nacional **só que hoje temos uma grande dificuldade com relação ao repasse de custeio da SESP** porque está com algumas competências atrasadas e aí nesse sentido o município tem que entrar nessa contrapartida maior. [...] E esse dinheiro que não estava previsto acaba saindo do recurso próprio para poder manter, viabilizar a manutenção desse serviço. Com isso, acaba onerando muito o gestor e o próprio aumento da demanda porque o paciente seja de onde for, chegar em uma UPA ele tem que ser atendido, ele não pode ser recusado ou encaminhado para outro local, ele tem que ser atendido, avaliado e aí sim poder estar encaminhando esse paciente, se precisar de uma internação, via regulação municipal. Uma grande dificuldade

está nesta descontinuidade do repasse, do custeio, conforme estabelecido. Porque se viesse isso, ficaria menos oneroso para o município entrar com contrapartida daquilo que é previsto. (Grifo nosso).

Em Belém, o seu representante também confirma o atraso dos repasses do estado dos recursos referente à saúde, mas que o mesmo não deixa de pagar. Quanto à parte financeira dos serviços de urgência em Belém o mesmo reforça que todos os entes (união, estado e o município) respeitam as responsabilidades previstas, no entanto elas não são suficientes em virtude dos altos custos e serviços na região Amazônica. Mesmo com o acréscimo de 30% no custeio pelo Ministério da Saúde para a construção das Unidades não é suficiente.

O Ministério reconhece que o custeio destes serviços dentro da região amazônica ele é diferente, por uma série de questões. Então quando você tem UPA e SAMU implantados dentro da Amazônia Legal tem uma portaria do Ministério da Saúde que suplementa esse custeio com 30%, então as UPAs de Belém, as UPAs da Região Amazônica são custeadas de forma diferente por exemplo, das UPAs do sudeste do nordeste, por quê? Porque é considerado que na Amazônia Legal existe uma realidade diferente em que o custo destas estruturas é muito maior. Então 30% para isso e para investimento não tem. E mesmo esses 30% para Belém que é a realidade que nós estamos discutindo ele não é suficiente. [...] Quando se fala de investimento é mais discrepante ainda porque nem esse suplemento nós temos quando se fala de investimento. Mas cada um cumpre a sua responsabilidade, o Ministério da Saúde ano passado, final do ano para a mudança desse ano, houve um atraso de repasse eles inflacionaram o repasse dos recursos 70 a 30% por conta de questões orçamentárias e financeiras do ministério mas eles repuseram isso depois, o Estado atrasa em alguns momentos os repasses, mas também não deixa de pagar, nunca deu calote para nós na questão dos repasses dos recursos. Então as responsabilidades previstas elas são mantidas, elas são respeitadas, só que elas não são suficientes.

Na fala anterior o representante do município também se refere aos atrasos dos repasses do MS e isto é confirmado pela analista técnica do SAMU do MS:

Hoje o problema realmente do SAMU do estado é o financiamento, não é nem o financiamento, é o co-financiamento. A gente passa por esse mesmo problema da UPA de você ter o serviço [...] eu pelo menos tenho uma central em Altamira que tem um ano de funcionamento e eu não habilitei ainda.

Todos os entrevistados afirmam haver atrasos nos repasses da União e do Estado. A falta de previsão legal sobre a obrigatoriedade da participação do estado e da União com as contrapartidas necessárias para o custeio mensal das unidades é um ponto de fragilidade identificado na PNAU que resulta na sobrecarga dos municípios afetando diretamente a gestão municipal que precisa despender maior volume de recursos para manter o serviço.

c) Dependência de recursos federais

Os entrevistados no nível federal e estadual mencionam a dependência dos municípios dos recursos federais o que inviabiliza a implantação da RUE em muitos municípios tendo em vista que, como mencionado pelos representantes dos municípios do estudo, a contrapartida do Ministério não é suficiente para atender a demanda sendo, em muitos casos, inferior a contrapartida do município. A representante do Ministério, a analista técnica das Portas de Entrada, destaca:

Ainda tem município que só sobrevive de um FPM. Não tem um outro tipo de arrecadação, então para esses a dificuldade é muito maior. Porque na maioria eles só tocam os serviços com o dinheiro do federal ou junto com o estadual. Mas eles mesmos não têm como tocar esse serviço. Coisas que a gente não vê tanto com os municípios maiores que tem uma arrecadação.

Em contraponto, a outra representante afirma muitos municípios grandes como Belém e Santarém mesmo tendo uma arrecadação maior também apresentam dificuldade de se organizar, a representante do SAMU do MS afirma:

Depende, acho que varia muito. Eu vejo municípios maiores também com dificuldade de se organizar. A gente vê Belém que tem uma grande dificuldade de se organizar. A gente vê ali Santarém com dificuldade de se organizar. Entendeu? Então você tem municípios grandes no estado, municípios com peso, quando você vê a área estadual bem organizada e quando você parte para área que é do município você já vê essa certa dificuldade neles de conseguirem estar se organizando. [...] E é uma coisa assim que não é de hoje. Não é de um dia pro outro que você vai conseguir modificar.

5.5.3 Regras formais

Os entrevistados no âmbito do governo federal apresentaram bastante conhecimento a respeito dos instrumentos legais desde o período da criação do SUS até às portarias e decretos norteadores da política de urgência. No entanto, a representante do Ministério, responsável pelo SAMU destaca que dentro do processo de descentralização do SUS o papel do estado não ficou claro e isto acarreta uma sobrecarga de responsabilidades para os municípios:

Eu sempre falei que nesse processo de descentralização do SUS se pensou no papel do Ministério, se pensou no papel do município, mas se deixou muito vago o papel do Estado. Qual é o papel do estado? O estado é executor, é indutor? Qual é o papel dele? Ele é meramente financiador? Eu acho que é uma coisa que a gente precisa evoluir dentro do Sistema Único de Saúde. Essa discussão a respeito do papel do estado dentro dessa rede e dentro dessa descentralização do SUS. Porque se o papel dele é de indução e de financiamento, então fica mais claro. Porque hoje o estado está transitando entre o papel do Ministério e do município.

Quanto à sobrecarga dos municípios, tanto o governo federal quanto o município de Belém não podem ser supridos pelos mecanismos de pactuação que auxiliariam os municípios

na gestão local da saúde. A racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*) pode ser minimizada pelo conhecimento racional. E esta racionalidade é limitada por uma série de fatores que, segundo Simon (1957) podem ser as deficiências nas informações recebidas, o fator tempo na tomada de decisão o auto-interesse dos decisores. No entanto, para vencer esta limitação e maximizar a racionalidade podem ser criadas estruturas representadas por conjuntos de regras e incentivos que moldem o comportamento dos atores envolvidos e a maximização dos resultados esperados em detrimento dos interesses individuais destes atores (SOUZA, 2006).

As instâncias de articulação interfederativa¹⁷ são, de acordo com a teoria neo-institucional da escolha racional, arenas decisórias, ou seja, estruturas criadas para incentivar a pactuação e a cooperação entre os gestores da saúde. Fazem parte desta estrutura: a CIB (Comissão Intergestores Biartite), CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e CIR (Comissão Intergestores Regional) e são espaços intergovernamentais (de caráter técnico e político) nos quais é planejada e negociada a implementação das políticas de saúde pública. Elas foram criadas no intuito de reunir os gestores municipais da saúde em três níveis de negociação (regional, municipal e federal) a fim de pactuarem serviços em busca de uma maior equidade no atendimento da saúde da população. O que é decidido no âmbito destas arenas compõe um documento chamado PPI- Programação Pactuada Integrada (BRASIL, 2009).

As regras formais seriam suficientes se a estrutura física e as questões administrativas (má formação de servidores no acolhimento dos pacientes nas Portas de Entrada, falta de materiais por atraso dos fornecedores) acompanhassem o planejamento e o que é estabelecido nas portarias e tudo fossem cumpridos em sua integralidade. Ou seja, a PNAU é bem estruturada e contempla todos os níveis de atendimento às pessoas até mesmo extrapolando o que a rede suporta, conforme afirmação do representante do DEUE/SESMA:

A política ela é bem estruturada no sentido de que ela tem a urgência e emergência, ela tem solução para muitos problemas. Então teoricamente eu tenho a política contemplada em todos os níveis de atenção [...] a gente tem todos os vieses de atendimento das pessoas, as estruturas para dar para as pessoas de acesso a rede de urgência é contemplado em um volume muito maior do que a rede suporta.

¹⁷ Conforme o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização dos SUS, as comissões intergestores tem a função de pactuar a organização e o funcionamento dos serviços de saúde nos três âmbitos da federação assim dispostos: CIT no âmbito da União e vinculada ao Ministério da Saúde; CIB, no âmbito estadual e vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e CIR no âmbito regional, também vinculada a Secretaria Estadual de Saúde.

5.5.4 Infraestrutura

Nesta subcategoria foram analisados os entraves relacionados tanto à estrutura das UPAs, baseado nas fiscalizações feitas em 2013 pelo Tribunal de Contas da União que versava qualidade das obras e o papel dos municípios e da União na utilização dos recursos federais para este fim, quanto a infraestrutura no que diz respeito a capacidade instalada da rede de urgência e a sua interface com os outros componentes. As perguntas neste tópico foram direcionadas no intuito de identificar os principais problemas identificados pelos entrevistados no que concerne a estrutura das unidades e a capacidade da rede em dar a resolutividade necessária aos pacientes que adentram a esta porta urgência.

No âmbito federal, o Tribunal de Contas da União afirma que o objetivo das fiscalizações feitas nas UPAs de Belém e Ananindeua foram mais relativas a obra em si, como: acessibilidade, processo de licitação, contratação e execução da obras. As fiscalizações foram feitas considerando critérios legais e infralegais, como, por exemplo, leis e normas da ABNT. Ao ser questionado sobre os problemas levantados nas UPAs de Belém e Ananindeua o mesmo afirma sobre a necessidade do órgão que concede o recurso tomar providências para evitar problemas futuros, quanto a isto, o secretário do SEINFRA/TCU, observa:

Então, há problemas desde, em alguns momentos, até do órgão que concedeu os recursos que naquele momento poderia ter adotado algumas providências e infelizmente não foram adotadas e aí também há uma cientificação deste órgão pra que ele evite que isso venha a ocorrer no futuro e ele adote as providências necessárias a evitar eventual problema que venha ter sido encontrado. Isso aí do lado do órgão concedente. [...] há uma série de determinações aqui, por exemplo, determinar ao Ministério da Saúde tomar providências com relação aos municípios auditados para correção das irregularidades [...]. Houve também uma determinação para que o Ministério da Saúde oriente os municípios como conduzir essas construções da melhor forma possível.

Quanto a estas determinações o entrevistado afirma que, até o momento, ainda estão em fase de monitoramento e não foram julgadas. Ao ser questionado sobre o não cumprimento por parte dos municípios das normas estabelecidas para construção e condução dos processos de licitação, contratação etc., o entrevistado aponta que “muitas vezes é um despreparo do município para conduzir a execução da obra, seja da política da melhor forma e isso está refletido nos relatórios” e que os problemas de gestão encontrados perpassam tanto pelo órgão descentralizador, Ministério da Saúde, quanto pelos municípios fiscalizados sendo necessária uma readequação tanto dos normativos e procedimentos relativos à aplicação dos recursos quanto à execução da política para que se possa sentir uma melhoria na gestão da política em nível local.

A representante do Ministério, analista técnica das UPAs, afirma que o Ministério não tem qualquer gerência sobre as obras das unidades e que, no momento, apenas disponibiliza projetos padrão que os municípios possam utilizar, mas que a responsabilidade pelo acompanhamento e regularidade das obras é do município:

Pensando nessa questão da descentralização a gente respondeu para o TCU que a gente não está acompanhando, não vai acompanhar a obra no sentido de que se o esgoto foi feito adequadamente porque o objetivo do TCU foi fazer controle da obra. A gente não está fazendo convenio a gente está fazendo fundo a fundo a equipe técnica quando vai, a gente não vai como engenheiro, a gente até tem a arquitetura aqui que dá um suporte quando o município solicita. Hoje a gente conseguiu se organizar para enviar aos municípios que começaram em 2013, projeto padrão que os municípios podem utilizar, mas a gente não tinha em 2009. E a gente acredita que esse papel é do município que ele tenha um arquiteto que seja responsável pela obra, ele tem um serviço de engenharia. Então assim, eu não tenho que ir lá, eu enquanto Ministério da Saúde, medir se a barra do banheiro dele tá acima 10 cm do que a ANDC da ANVISA preconiza. Isso não é o nosso papel, esse foi o papel do TCU enquanto órgão controlador.

Por ser um recurso federal a mesma deixou claro que cabe ao Ministério fiscalizar através do DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS) somente a correta aplicação do recurso, se o mesmo foi desviado ou se foi aplicado fora do seu objeto. Quanto à qualidade da obra isso é de inteira responsabilidade do município, pois o mesmo tem autonomia para isso. Embora tenha recurso federal envolvido, muitas vezes a contrapartida do estado e do município são maiores que a da União então cabe aos Tribunais de Contas do Estado notificar estes municípios. Mas que, neste caso concreto, ao ser informado pelo TCU das irregularidades nas UPAs de Belém e Ananindeua, o Ministério solicitou um cronograma de reparos para os municípios e os reencaminhou para o Tribunal de Contas do Estado e Conselhos Municipais de Saúde fazerem o devido acompanhamento.

No intuito de suprir as lacunas deixadas pelas portarias anteriores quanto a construção e ampliação das UPAs, a Portaria nº 342 de 4 de março de 2013 estabelece tanto a forma que são feitos os repasses pelo MS aos municípios para construção das UPAs quanto os critérios para que estes repasses sejam feitos (envio de fotos das edificações, declarações que atestem a qualidade da obra, etc.). A entrevistada, Sr.^a C.I.F. do Ministério afirma que o governo federal está mais presente nesta fase, pois através de visitas monitora melhor o a implantação das unidades.

O representante do TCU finaliza afirmando que o objetivo central do órgão é “atacar a causa dos problemas que é a questão da governança que o Tribunal tanto tem colocado. Se a gente conseguir ações preventivas aqui no Ministério da Saúde a chance de ter problema lá na ponta é muito menor”. Com a edição da portaria citada observa-se que através das fiscalizações

foi possível induzir o MS a utilizar regras formais para induzir os subnacionais a cumprirem o objetivo da política e assim, entregarem obras com maior qualidade.

Outro ponto destacado tanto pelo MS quanto pelo gestor da política em Belém é quanto à dificuldade encontrada para as transferências hospitalares. Como a UPA tem interface com o atendimento de alta complexidade isto dificulta na transferência de pacientes graves. A analista técnica do SAMU do MS afirma:

E hoje eu estou contanto com mais um problema no estado porque as ambulâncias elas são de 2010. O grande entrave é realmente a transferência inter-hospitalar [...] geralmente é um paciente grave que não pode ser transferido em qualquer ambulância. [...] é uma coisa que eu vou ter que equacionar, vou precisar trocar essas ambulâncias, o Ministério também está com essa dificuldade de substituição dessas ambulâncias, então é outro entrave.

A fala do representante da SESMA em Belém condiz com o afirmado pela representante do MS, o mesmo afirma que além de sucateada a frota do SAMU na cidade necessita de um maior investimento para atender os pacientes. Mesmo tendo normativos que garantam a substituição dos veículos pelo MS, dos vinte e dois veículos do SAMU em Belém apenas sete atendem ao que foi previsto pela PNAU.

A cada 300.000 km ou 3,5 anos os veículos tem que ser renovados, ser trocados, Belém só tem 7 veículos dos 22 que tem entre própria e reserva técnica você só tem 7 veículos dentro dessa regra de 2012 que já vão acabar agora em 2015 a sua vida útil, os outros veículos todos são de 2008 e 2010 e embora esteja escrito na Política nós não tivemos renovação de frota. Então eu giro o SAMU com uma frota sucateada, uma frota velha que eu gasto muito para manter funcionando e tem outros estados, por exemplo, tem alguns municípios, Recife é um exemplo disso, que o município teve que locar ambulância e o Ministério não paga a locação da ambulância.

Abordando esta subcategoria sob o aspecto da capacidade instalada da rede em Ananindeua há uma predominância de serviços hospitalares privados, fato que justificou a indicação da mesma para o recebimento de mais uma UPAs além da que fora indicada inicialmente, como afirma a analista técnica do SAMU do MS:

Houve a necessidade de mais uma UPA em Ananindeua por conta do problema da ausência de Porta de Entrada no município, Ananindeua não tinha Porta de Entrada na época: ou era o Metropolitano ou era a rede privada, não tinha Porta de Entrada pública. Então observando tudo isso o Ministério da Saúde acrescentou uma a mais para eles.

Embora a política atenda todos os níveis de atenção em saúde, o representante do DEUE/SESMA Belém destaca: “eu tenho a política contemplada em todos os níveis de atenção, o problema é que eu não tenho a estrutura física e, a capacidade instalada, fala muito contra o

atendimento, porque a demanda de serviços para urgência e emergência é muito grande”. Por isso a necessidade observada tanto em nível federal e municipal de se rever as pactuações feitas entre o estado do Pará e os municípios que acabaram por sobrecarregar a capital do estado.

Ainda quanto o entendimento dos gestores municipais quanto a infraestrutura a gerente da UPA DAICO destaca:

O que falta é a gente definir alguns casos de especialidades dentro da rede, A gente tem um número muito grande, o Pará é um estado dos maiores estados do Brasil que tem os seus 144 municípios que a alta complexidade vem toda para Belém. Então isso tem que rever, fora a população de 3 milhões de habitantes que tem a região que circunda Belém mais os 143 municípios que vem fazer retaguarda aqui. Então a gente nunca vai dar um suporte adequado, não vai ter estrutura.

A representante do MS, analista técnica das Portas de Entrada, também destaca que no Pará uma das principais dificuldades é quanto a dimensão do estado e a diversidade presente no seu espaço que dificulta ainda mais a implementação da política. Com isso, se elevam custos tanto para construção das unidades quanto para manter o serviço devido ao frete dos produtos, e também outro fato importante a ser destacado é a disponibilidade de profissionais que possam se deslocar para os municípios mais distantes.

Foi observado na fala do representante do DEUE/SESMA Belém, que grande parte dos serviços de saúde do município são contratualizados com a iniciativa privada e, se o serviço fosse prestado apenas para os municípios de Belém essa oferta seria mais que suficiente e o serviço público existente no município não consegue atender os pacientes da capital porque estão lotados em virtude de não haver oferta de alguns serviços no interior do estado:

Dentro da Rede os Prontos-socorros são os serviços hospitalares próprios no município, os outros serviços, os outros hospitais, as outras estruturas de saúde ou são públicas do Estado ou são filantrópicas, ou são particulares contratualizadas com o município. O município tem vários serviços contratualizados para disponibilidade de leitos desde pediatria, passando por clínica traumatológica, neuro, cardio e todas as linhas de cuidado, então teoricamente se nós tivéssemos isso somente para a população de Belém isso seria mais que suficiente, mas o Estado inteiro é carente de serviços de alta complexidade, de maternidade de alto risco são poucas dentro do território do estado, então quase tudo vem para a Santa Casa, é serviço contratualizando, nós não conseguimos atender o município de Belém porque a Santa Casa está toda lotada.

O representante do município ainda destaca a impossibilidade do município de Belém atender os 143 municípios do estado o que ocasiona a superlotação do serviço na capital e o não atendimento de forma satisfatória dos pacientes recebidos de outros lugares.

5.5.4.1 Atenção Básica

A atenção básica também faz parte da Rede de Atenção às Urgências e de acordo com a Portaria 1.600 de 7 de julho de 2011 tem por objetivo prestar o primeiro cuidado às urgências e emergências no sentido de ampliar o acesso e oferecer serviços de promoção da saúde, imunização e prevenção às doenças através de vários programas que visem o fortalecimento do vínculo com a comunidade evitando assim o surgimento ou agravamento de doenças de pacientes que futuramente possam adentrar às portas das urgências.

A cobertura mínima de 50% da atenção básica em saúde da população do município sede da UPA é um dos pré-requisitos exigidos pela Portaria nº 2.820 de 28 de novembro de 2011 para que o município interessado se habilite junto ao governo federal para receber o incentivo financeiro para implantação de nova UPA e assim receba a primeira parcela do investimento que é repassado via Fundo Nacional de Saúde em três parcelas. Como mostram os Gráficos 5 e 6, o município de Belém nos anos de 2012 a 2014 não apresentava nem 30% de cobertura da Atenção Básica (referente a cobertura de agentes comunitários de saúde e de equipes de saúde da família, este fato foi confirmado na fala da representante do Ministério da Saúde, analista técnica das UPAs., sobre os pré-requisitos para implantação das UPAs em Belém e Ananindeua em 2012:

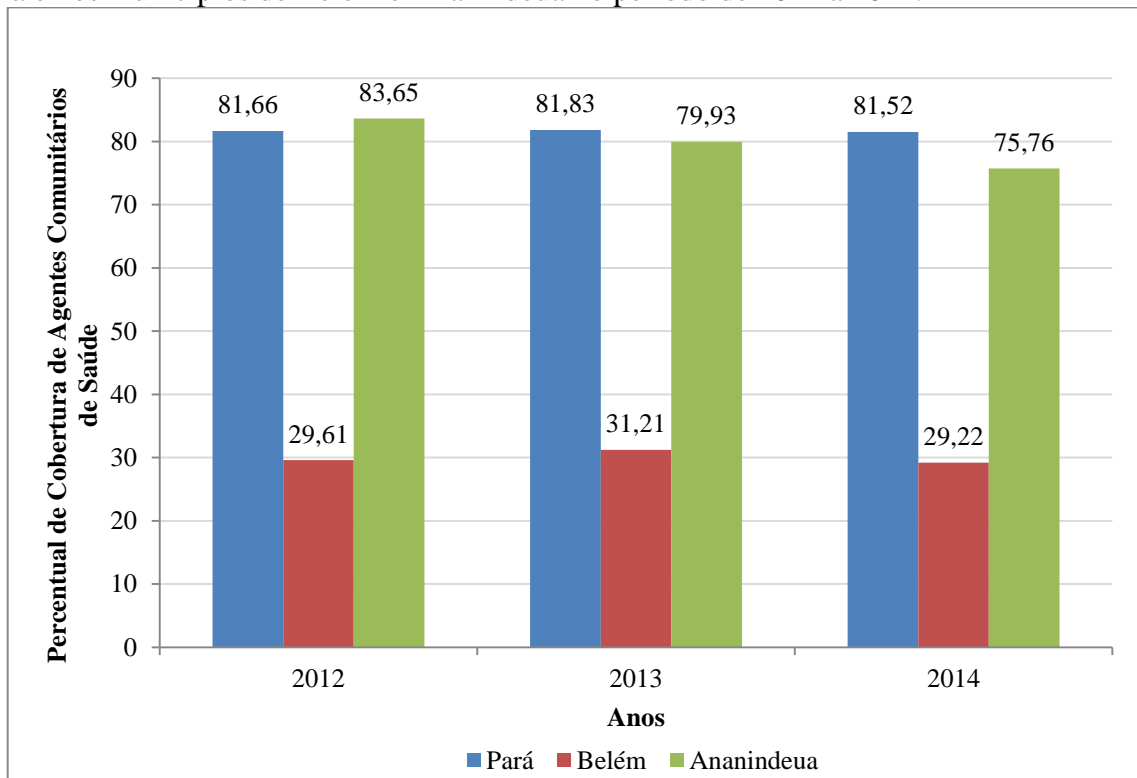
A questão da Atenção Básica hoje está sendo um problema para nós porque pela portaria a gente aceita uma declaração do gestor dizendo que ele tem 50% mínimo de Atenção Básica. Hoje o departamento da Atenção Básica já gera uma nota técnica automática de quanto é o percentual, porque esse cálculo também não é simples. Quando a gente coloca na portaria que é mínimo 50%, que cálculo é esse? 50% em cima de que? Agente comunitário de saúde, de PSF? Hoje o departamento da Atenção Básica aqui tem esse cálculo automático que a gente consegue gerar. Só que hoje a gente vê que Belém não tem esse 50% mínimo de Atenção Básica. Só que alguns já estão funcionando já tem um tempo, então esse é um problema para nós, mas na época da implantação das UPAs isso não foi, porque a gente não tinha esse cálculo. E o gestor atesta com o poder que ele tem de que ele tem uma população que a metade, no mínimo, é atendida pela Atenção Básica. E assim, tem uma questão do próprio Governo Federal que tinha esse desejo de implantar as UPAs então algumas coisas também foram assim. Existia esse desejo de que essa política se expandisse. Então onde tem a necessidade de ter uma Porta de Entrada de média complexidade, tem a população pra isso, tem a pactuação local isso aí foi feito. Aí não teve nenhuma questão com Belém e Ananindeua.

Conforme observado na fala da entrevistada, embora estivesse preconizado na portaria o percentual mínimo de cobertura da Atenção Básica, o interesse do governo federal em abrir mais uma porta de entrada de média complexidade e aliado ao interesse do gestor local em receber os recursos para implantação desta porta mesmo não tendo o percentual mínimo de cobertura corroborou com o não atendimento deste quesito, conforme observado nos Gráficos

5 e 6. Através de declaração expedida pelo gestor local ficou atestado que Belém possuía o mínimo, contrariando o que os dados apontam sobre este índice importante para o bom funcionamento da rede de urgência o que foi comprovado *a posteriori* através de cálculo elaborado pelo MS para mensuração da cobertura deste serviço nas cidades brasileiras.

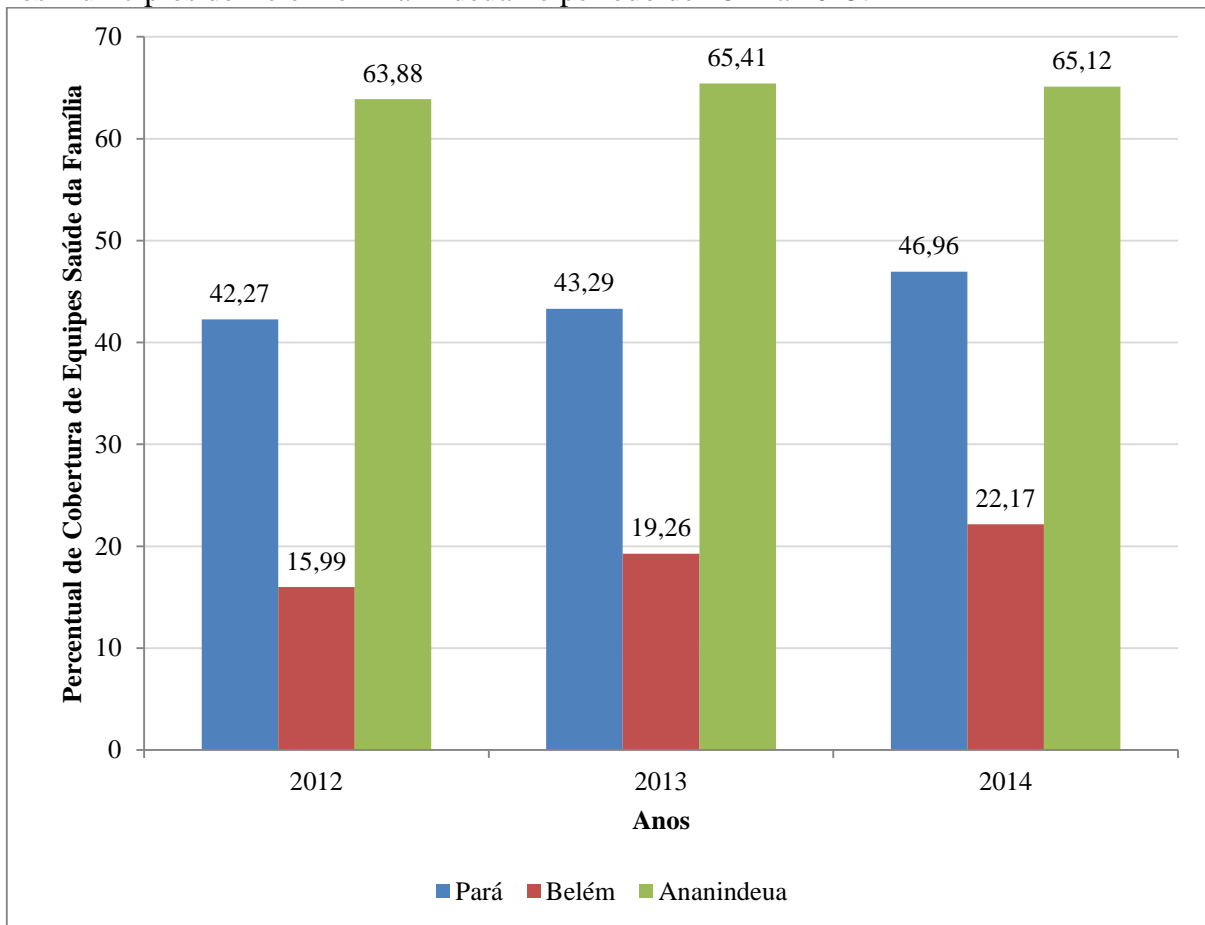
As informações contidas nos Gráficos 5 e 6 mostram a discrepância entre a cobertura do PSF e Agentes Comunitários de Saúde em Belém e o percentual mínimo exigido pela PNAU. Isto confirma o que foi dito pela representante do MS e corrobora com todas as falas dos demais entrevistados sobre a Atenção Básica no município.

Gráfico 5. Percentual de Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no estado do Pará e nos municípios de Belém e Ananindeua no período de 2012 a 2014.



Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do MS/SAS/DAB e IBGE.

Gráfico 6. Percentual de Cobertura de Equipes Saúde da Família no Estado do Pará e nos municípios de Belém e Ananindeua no período de 2012 a 2015.



Fonte: Elaboração Própria a partir de dados do MS/SAS/DAB e IBGE.

Ainda quanto às limitações da Atenção Básica a representante do governo federal, analista técnica do SAMU, afirma que “na política a Atenção Básica é o alicerce e seria a porta de entrada dessa rede (RUE). A gente pensa até que seria a primeira porta do atendimento.” No entanto, a analista técnica das UPAs no MS afirma que os problemas relacionados a gestão da Atenção Básica existe até mesmo dentro do Ministério por dois motivos: a RUE está em fase de estruturação e a Atenção Básica é um departamento separado do departamento de urgência dificultando assim, a comunicação entre a Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE) e o Departamento da Atenção Básica (DAB):

Eu acho também que esse é um desafio grande para pensarmos na política assim (rede) aqui no Ministério. Hoje a gente tem uma dificuldade prática de conversar porque como a rede está se estruturando as discussões giram muito em torno dos equipamentos de urgência. Então essa questão da conversa com a Atenção Básica e estar pensando nisso ainda é um desafio para nós.

As limitações da Atenção Primária também são apontadas pelo representante do *Estado* como um entrave para a saúde. Na fala do representante do estado sobre a necessidade de

melhor qualificação dos profissionais para dar melhor resolutividade ao atendimento nas UPAs, o mesmo destaca que o atendimento a pacientes que poderiam ser atendidos na atenção primária é um risco para o agravamento de doenças em virtude de não ter o acompanhamento e tratamento devido na ponta do sistema. Quanto a isto o mesmo afirma:

Agora outro problema que elas estão causando é o seguinte: a UPA como tem médico 24 horas muita gente ao invés de ir na Estratégia Saúde da Família, ser atendido na estratégia com a saúde básica, deixa dar sete da noite, e a noite vai na UPA pra tratar uma coisa as vezes simples. Às vezes tem um atendimento danado na UPA, mas as vezes tá fazendo atendimento algumas que tem gradação de gravidade, a classificação de risco a maioria do pessoal que vai é azul, verde, de verde a azul, quer dizer poderia aguardar até o outro dia mas, acaba atendendo [...] Eu acho que precisa melhorar do ponto de vista de qualidade de atendimento, em termos de resolutividade [...]. Quer dizer vai para UPA e vai para o hospital, vai pra UPA e vai para o hospital e aí tem coisa que tem que ir mesmo, claro, mas muita coisa que poderia ser resolvida na UPA muitas vezes não é. [...] Basta vocês irem ao Metropolitano que vocês vão ver lá a quantidade de pessoas que vem da UPA para o hospital, mesma coisa a de Capanema.

Em *Belém* o representante do DEUE/SESMA, afirma que a Atenção Básica não tem sido efetiva na prevenção de agravos o que ocasiona a superlotação das portas de entradas dos hospitais com pacientes que poderiam ter sido tratados na atenção primária. Isso ocasiona o descompasso entre o que a rede suporta e o que a atenção primária deveria reter através da promoção de saúde e prevenção de agravos:

70% dos casos de internação hospitalar deveriam ter sido evitados se eles tivessem sido retidos na Atenção Primária, e não tem estrutura física que dê conta de tanto cardiopata complicado, de tantos diabéticos descompensados, de tantos hipertensos não tratados, de pacientes que poderiam não estar dentro dos hospitais que evoluem com complicações graves, com insuficiência renal em alguns casos e que enchem as portas de entrada dos hospitais. [...] a promoção da saúde e a prevenção de agravos ela nunca acompanha a necessidade da população.

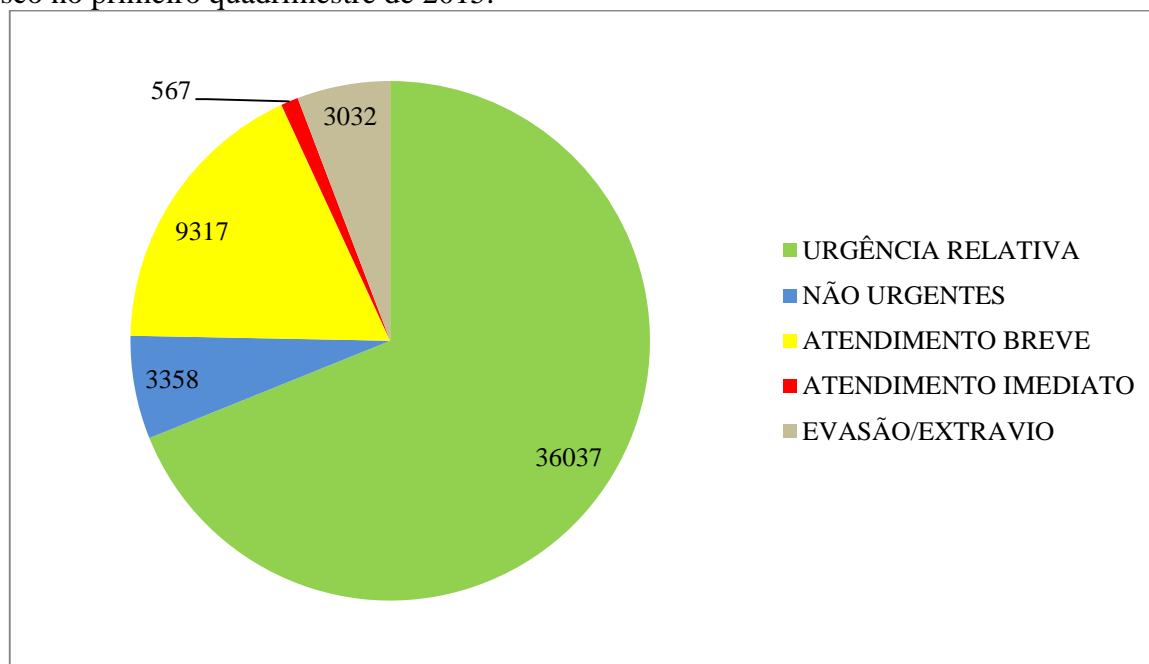
Ainda quanto a Atenção Básica o mesmo segue afirmando:

Então você precisaria tratar os níveis de atenção menores para poder diminuir a oferta de pacientes e realmente ter uma proporção mais adequada de leitos para uma população residente em Belém ou uma população flutuante. Por isso que a demanda é sempre maior que a procura, porque quando você investe em UPA, em serviços hospitalares, em serviços fins, você não investe mais tanto na Atenção Primária você deixa de promover essa saúde então isso se transforma em doença e doença tem que ser tratada e o custo de tratamento é muito maior.

No Gráfico 7 é possível observar que a maior demanda de pacientes da UPA DAICO são pacientes com classificação VERDE, 69% (que corresponde a urgência relativa que é encaminhada para especialidades), em detrimento de 18% de pacientes com classificação

AMARELA e apenas 1% de pacientes com classificação VERMELHA (atendimento breve e atendimento imediato respectivamente). Os pacientes com classificação AZUL são os pacientes não urgentes que podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para a Atenção Básica.

Gráfico 7. Percentual de atendimentos realizados na UPA DAICO por classificação de risco no primeiro quadrimestre de 2015.



Fonte: Relatório de prestação de contas 1º quadrimestre de 2015, UPA DAICO.

Isto significa que a maior demanda da UPA é se refere a pacientes que poderiam ser atendidos nas Unidades de Saúde. A gerente da UPA DAICO destaca a principal dificuldade quanto à interface da UPA com a Atenção Básica:

Hoje nós estamos em uma situação com um plano de contingência a gente teve uma catástrofe que foi o incêndio do Pronto Socorro da 14 de Março. Então a gente tem que gerenciar essa comunicação tem que ser efetiva, tem que realmente as unidades básicas assumirem o seu papel perante os pacientes porque é muito mais fácil eu vir em uma UPA do que marcar uma consulta, aqui tem médico 24 horas, a hora que eu quero. Então até educar essa população que não é para vir a UPA para fazer consulta que ele tem que fazer um acompanhamento, entra na Rede é difícil [...] Daí a nossa UPA é uma UA basicamente verde, a maioria dos nossos pacientes é verde. Então eu não tenho uma UPA estritamente de pacientes vermelhos, críticos, eles ainda não direto para a entrada do Pronto-Socorro, Metropolitano ou Guamá. O que vem para mim é o que esta na minha rota de atendimento, que aconteceu na rota da Augusto Montenegro e que acaba vindo aqui receber o primeiro atendimento, isso também dificulta.

A entrevistada ainda destaca que o papel da UPA é dar retaguarda para as Unidades Básicas no sentido de absorver os seus pacientes críticos, amarelo e vermelho, dando suporte aos mesmos para chegarem à alta complexidade, e como a UPA dá esta retaguarda os pacientes

que poderiam ir para a alta complexidade acabam sendo filtrados, tendo seus problemas resolvidos nas UPAs sendo encaminhados somente aqueles que realmente têm necessidade.

Esta realidade também pode ser observada nas UPAs de *Ananindeua*, pois as mesmas convivem com problemas similares. Quanto a Atenção Básica a representante da UPA Daniel Berg em Ananindeua afirma:

Outro entrave também é que as UPAs acabam recebendo os pacientes da Unidade Básica. E hoje em dia a gente tem sérios problemas pelo menos aqui no município e creio que em outros municípios também é que o paciente não está mais acostumado a acordar cedo e marcar uma consulta, ele quer chegar na UPA, saber que tem médico, vai lá e ser atendido e isso acaba sendo bastante dificultoso porque a gente tem um suporte para atender pacientes mais graves mas a gente tem que atender o paciente no verde ou no azul, então isso acaba dificultando o nosso trabalho, porque a gente tem que atender todo mundo. Então é assim a gente tem as prioridades, mas a gente tem que atender todo mundo então isso também é um entrave muito grande porque a Atenção Básica não funciona.

Ainda com relação à interface com a Atenção Básica, a diretora da UPA Dom Helder Câmara afirma que esta interface não se dá de forma satisfatória e, caso isso ocorresse, a Unidade atenderia o que o MS preconiza para o porte da Unidade que é de 350 atendimentos por dia. No entanto, a maioria dos atendimentos da unidade é de pacientes que poderiam ter sido atendidos na atenção básica. A entrevistada afirma reconhecer as dificuldades da Atenção Básica no tocante à contratação de profissionais em virtude dos baixos salários e da segurança, aliado a outros fatores, em algumas unidades o que reflete diretamente no não cumprimento dos objetivos da atenção básica.

5.5.4.2 *Leitos*

A partir dos dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) disponível no DATASUS, verifica-se que existe uma grande concentração dos leitos e equipamentos hospitalares em Belém e Ananindeua. Estas duas cidades chegaram a concentrar em 2014, 29,04% dos leitos do estado e, 40,99%¹⁸ dos equipamentos hospitalares, percentuais que ratificam as desigualdades entre os 144 municípios do Pará que ainda têm como limitadores de acesso aos serviços de saúde: i) as grandes distâncias que precisam ser percorridas devido a grande dimensão do Estado; ii) as dificuldades de acesso a algumas comunidades que, em sua grande maioria, estão em locais de difícil acesso e iii) a falta de infraestrutura adequada de transporte.

¹⁸ Este percentual se refere aos equipamentos hospitalares de manutenção da vida e de diagnóstico de imagem no período 01/2014.

Ainda quanto à concentração de leitos, estudos do IDESP (2013) apontam que a Região Metropolitana de Belém apresentou um incremento no número de leitos por mil habitantes de 2011 a 2012, passando de 3,13 para 3,23. No entanto, no Pará ocorreu o inverso: de 2010 a 2011 apresentou 2,19 leitos e, em 2012, decresceu para 2,18 leitos. Tanto o Estado do Pará quanto a região Metropolitana de Belém ainda estão com déficit de leitos, ou seja, estão aquém do número mínimo de leitos recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 4 leitos por 1000 habitantes. Mesmo não tendo o número mínimo, a RMB ainda concentra o maior número de leitos do estado. Pinheiro *et al.* (2010) afirmam que esta baixa quantidade de leitos em grande parte dos municípios do Pará apresenta-se como um entrave para o desenvolvimento dos mesmos, uma vez que esta baixa quantidade de leitos reflete a pouca efetividade dos programas federais em diminuir a dependência da metrópole.

Embora estes indicadores (quantidade de leitos e equipamentos hospitalares) denotem a importância estratégica dos dois principais municípios da RMB no tocante aos serviços de saúde por terem maior suporte de atendimento, os mesmos refletem duas principais preocupações: i) Belém e Ananindeua ainda apresentam déficit de leitos e equipamentos ; ii) a grande variação desta oferta reflete as desigualdades de acesso aos serviços de saúde entre os municípios paraenses e iii) os programas federais de universalização e descentralização¹⁹ dos serviços de saúde são ineficientes por não abrangerem de forma equânime todos os municípios (IDESP, 2013).

A representante do MS afirma que a implantação da Regulação²⁰ que, segundo a analista técnica das Portas de Entrada, foi um grande avanço na rede de urgência parte dos problemas com os leitos clínicos foram solucionados no estado do Pará, pois antes da implantação da regulação o estado não tinha o real dimensionamento dos leitos podendo após esta reestruturação fazer a distribuição dos leitos dentro do estado. No entanto, ainda persiste a carência por leitos com especialidade:

Com o desenho do plano a gente colocou leito clínico em todo o estado do Pará. Mas hoje o que o município acaba trabalhando a transferência via aérea porque não vai dar tempo de fazer via fluvial, via terrestre o estado tem um custo muito grande pra fazer isso. É uma regulação que funciona e que foi um grande avanço que a rede de urgência trouxe. A gente conseguiu sensibilizar a gestão para que fosse implantada uma regulação efetiva no estado do Pará e que está trabalhando também no processo de sensibilizar o gestor para ir trazendo aos poucos a

¹⁹Considerando o cenário nacional Arretche e Marques (2007) afirmam que “a estratégia brasileira de descentralização constitui em transferir aos municípios a autoridade para contratar, auditar e pagar os provedores privados de serviços hospitalares, ainda que contando com recursos transferidos do governo federal”.

²⁰ A Política Nacional de Regulação foi criada pela Portaria GM n.º 1.559, de 1º de agosto de 2008 e está dividida em três segmentos de atuação: Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. O controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados é de responsabilidade da Regulação de Acesso à Assistência.

regulação dos leitos, a regulação dos serviços como um todo, fica a parte ambulatorial com os municípios e essa parte da gestão do leito com o estado [...]. Com essa implantação da regulação agora o estado tem ciência dos leitos [...]. Isso para nós foi um avanço extremamente importante. Então o desenho hoje é o da necessidade do leito por especialidade [...].

No nível municipal, tanto em Belém quanto em Ananindeua os gestores ratificam a necessidade de leitos. A demora em liberar leitos pela central afeta diretamente no funcionamento das UPAs, pois muitos pacientes que deveriam ficar até, no máximo, 24 horas, ficam, em alguns casos, até 30 dias internados como relatado pela diretora da UPA Daniel Berg, que afirma:

Há um descompasso até na dificuldade que a gente tem com os componentes, dificuldade de leito, de transferência de pacientes, nós temos os componentes hospitalares que não dão a nossa retaguarda, muitas vezes os pacientes na UPA deveriam ficar até 24 horas, nós passamos com pacientes mais de 20 dias, 30 dias porque nós não temos esse retorno, nós temos uma retaguarda mas não temos um retorno. Então tudo isso complica o atendimento, a gente acaba deixando de atender alguns pacientes em virtude de termos pacientes internados.

Ainda com relação à perspectiva dos gestores das UPAs quanto aos leitos a diretora da UPA Dom Hélder Câmara em *Ananindeua* afirma que se houvesse uma fiscalização dos leitos e da retaguarda hospitalar que presta este serviço para o município e se fosse suficiente para o atendimento da rede de urgência do município de Ananindeua muitos dos recorrentes problemas das UPAs seriam solucionados:

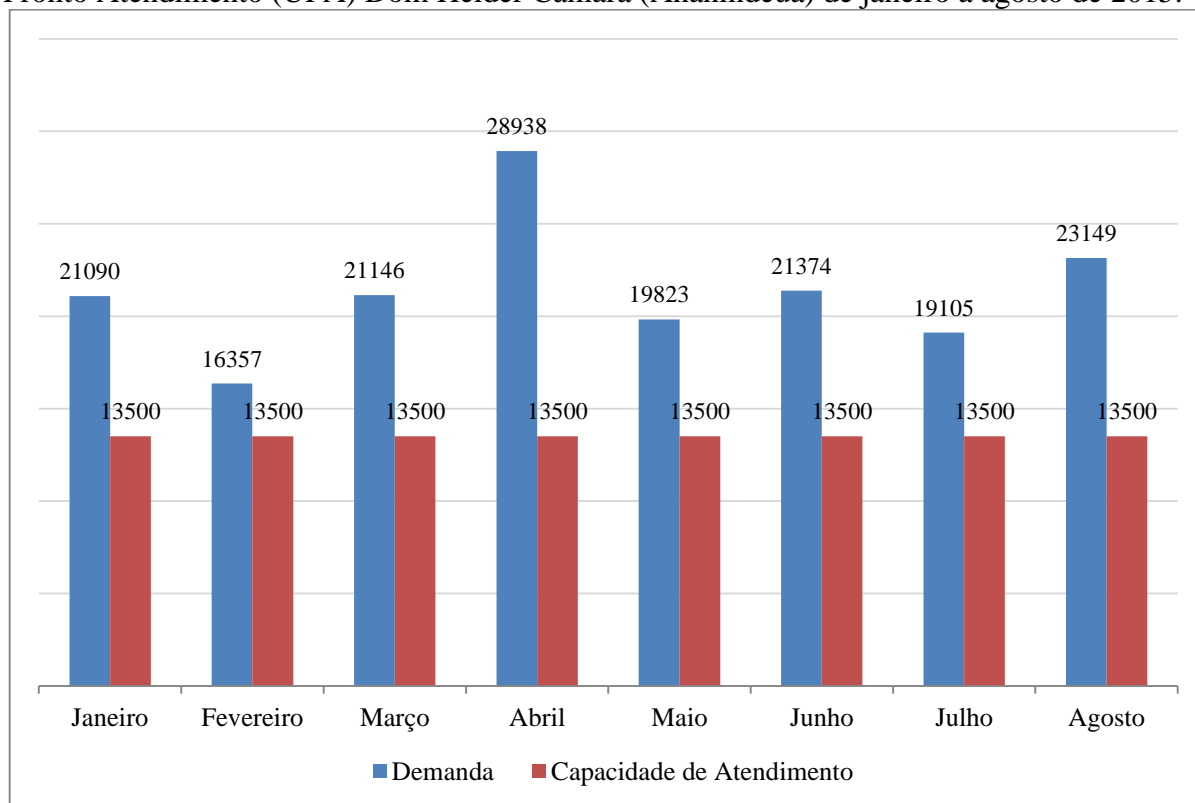
Se tivesse a fiscalização dos órgãos competentes isso não aconteceria, se tivesse essa retaguarda isso não aconteceria. A fiscalização é muito importante, é essa questão: você amplia, montou a UPA, tem a fiscalização e tudo. É tanto que quando tem a fiscalização do Estado de seis em seis meses, mas onde está a fiscalização da regulação cima dos leitos? Os hospitais que são pactuados estão abrindo? Não tem fiscalização e as coisas acontecem aleatoriamente e nas UPAs a gente tem que ficar com o paciente, a gente tem que receber aquela demanda e fica sobrecarregada. Então foge completamente do contexto, do perfil que é a UPA, agora a gente está aqui quase que um minipronto-socorro só falta àquela quantidade de maca no meio do corredor.

Em *Belém*, a gestão identifica a carência de leitos também um grande entrave para efetividade das UPAs e da rede de urgência como um todo.

A gente até tem os leitos, mas na hora tem certos hospitais que são pactuados com a SESMA e com a SESPA que diretamente eles não têm estrutura de especialidades e aí não consegue atender a nossa demanda. A regulação eu acho um ponto fundamental. A regulação de leitos nos hospitais eu vejo que não tem autonomia. Eles não conseguem ainda fazer um fluxo mais rápido desses pacientes, principalmente dos que estão na UPA. Praticamente eles não têm leito porque o hospital repassa que não tem leito. Então tem que ter uma visita e uma pactuação maior entre o Estado e o Município e o sistema de regulação. Eu acho que tem que rever o sistema de regulação ou então tem que pactuar isso melhor. Às vezes tem até leito vago na instituição, mas o departamento de regulação não tem, não sabe e a urgência está lotada.

A deficiência de leitos afeta diretamente o funcionamento das UPAs, pois os pacientes extrapolam o tempo máximo de permanência tanto nas enfermarias quanto nos leitos de UTI. E isto agrava ainda mais a situação das unidades que convivem com a superlotação e atendem até mesmo o triplo de pacientes (UPA Dom Hélder Câmara) para o qual a mesma foi projetada (Gráfico 8), e isto reflete diretamente na qualidade do atendimento.

Gráfico 8. Relação entre demanda* e capacidade de atendimento** da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dom Helder Câmara (Ananindeua) de janeiro a agosto de 2015.



Nota: *atendimento total realizado na UPA Dom Hélder Câmara no referido período, **conforme o porte da unidade, Porte III, a mesma foi projetada para atender até 450 pacientes/dia (BRASIL, 2003).

Fonte: Dados fornecidos pela gerência da UPA Dom Hélder Câmara, conforme Memo. 347/2015 de 8 de setembro de 2015.

Foi possível identificar que os entraves que comprometem a efetividade da PNAU estão presentes em todas as esferas e a dificuldade de cooperar, principalmente entre os subnacionais, agrava as dificuldades de soluções para os problemas apresentados. As pactuações não têm sido suficientes para instrumentalizar os municípios menores que não tem estrutura física para suprir as demandas internas e os municípios com infraestrutura maior estão sobrecarregados pela grande demanda do estado. Quanto ao rol de problemas apresentados, a entrevistada, analista técnica das UPAs do MS, enfatiza:

Eu acho difícil a gente pensa sobre qual é o problema? Qual é o problema? O problema é financiamento? O problema é organização? O problema é gestão? A gente não vai ter uma resposta assim como um elemento que vai se resolver. Tipo assim: o problema é financiamento? Então se é esse a gente aumenta o financiamento que vai resolver o problema da gente. Não vai. Porque no final, hoje a gente tem um custo inclusive muito maior com coisas menos efetivas. Mas assim, o problema da Rede de Urgência é um problema do SUS. Porque a gente tem questão de gestão, a gente tem questão de organização, a gente tem questão de capacitação a gente tem uma cultura às vezes de posicionamento médicos que é difícil mudar. Então tem um conjunto de coisas que não dá para responder isso.

Conforme a fala da entrevistada não é possível identificar um único problema que afeta a efetividade da política, afirma ainda que o problema da PNAU é resultado do próprio sistema no qual a mesma está inserida que convive com limitações orçamentárias e influencias políticas que afetam toda a cadeia da PNAU. Todos os atores apontaram falhas desde a concepção da política quando não considerou as diversas realidades no território brasileiro até à resolutividade das UPAs que esbarra na qualificação dos funcionários, estreita cobertura da Atenção Básica e não continuidade do tratamento dos pacientes que ali adentram pela insuficiência de leitos especializados ou pela falta de suporte para atendimento de casos mais graves.

5.6 AS IMPLICAÇÕES DAS RELAÇÕES FEDERALISTAS NO CONTEXTO DECISÓRIO DA PNAU

Através da análise das entrevistas e das informações contidas nos bancos de dados das Unidades de Pronto Atendimento e do Ministério da Saúde foi possível aferir que o rol de entraves presentes na relação federalista no contexto da PNAU perpassa por todos os níveis, tanto federal, quanto estadual e municipal.

O descompasso entre as regras formais e a realidade dos municípios do estudo é um dos principais entraves que afeta o resultado da política em Belém e Ananindeua e é agravado pela não cooperação entre os municípios que se utilizam dos serviços, sobretudo de Belém que tem

seu serviço pactuado com os 143 municípios do estado, concentrando o maior polo de atendimentos de urgência e emergência do Pará. As regras formais não são suficientes para que os entes federativos cumpram com as suas obrigações na política e a falta de previsibilidade do papel do estado também reforça o agravo da falta de condições necessárias para que os municípios implementem a PNAU de forma satisfatória nos seus territórios.

Quanto à identificação dos atores envolvidos e o seu papel dentro da PNAU foi identificado que:

- a) a União tem o papel de elaboração da política e normatização do serviço através das portarias do Ministério da Saúde;
- b) o papel do estado do Pará não está claro dentro da política, mas o mesmo tem entrado com a contrapartida financeira de 25% para o custeio das UPAs, embora este custeio de 25% não seja obrigatório e necessite de negociação prévia com o estado para que isto aconteça, exemplo disto é que a UPA de Belém não conta com o custeio de 25% do estado e as UPAs de Ananindeua recebem este percentual de contrapartida. Em alguns casos, é oferecido, pelo Estado aos municípios, capacitação dos servidores da RUE;
- c) para os municípios está previsto a construção das unidades utilizando as contrapartidas contidas nas portarias e a operacionalização dos serviços, ou seja, grande parte das obrigações quanto à implementação das Unidades de Pronto Atendimento ficam a cargo dos municípios dentro dos parâmetros estabelecidos pela União e com forte dependência financeira desta e do estado.

As regras formais identificadas são as portarias expedidas pelo Ministério da Saúde e as resoluções expedidas pelas Comissões Intergestores Bipartite. No neo-institucionalismo da escolha racional as regras informais compreendem aos comportamentos não previstos nos regulamentos como, por exemplo, a negociação feita entre os municípios e o estado para prestar a contrapartida necessária para o funcionamento das unidades.

O fato é que por não estarem previstas nas normas da política os municípios não tem como cobrar os recursos atrasados e isto tem prejudicado o funcionamento das unidades que convivem com restrições orçamentárias. As regras informais neste processo são ratificadas pela não previsibilidade do papel do estado nas portarias que normatizam a PNAU.

Foram elencados entraves na gestão de pessoas, sobretudo pela falta de capacitação no atendimento em urgência e emergência, pois, como apontado pelos entrevistados, a maioria do quadro técnico das UPAS são oriundos da atenção primária não tendo a devida qualificação

para o atendimento em urgência emergência, o que afeta diretamente na resolutividade dos casos recebidos nestas unidades sobrecarregando assim a retaguarda hospitalar que está comprometida pela insuficiência de leitos.

Quanto ao financiamento, fica claro o grande custo do serviço, sobretudo na região Amazônica. Foi identificado atrasos dos repasses do estado e defasagem da tabela do SUS que repercute na complementação do pagamento por parte da prefeitura de alguns serviços.

Quanto à infraestrutura, a pouca qualidade das obras das UPAS foi apontada pelo TCU como um problemática na gestão das próprias prefeituras, sendo solicitado ao MS um maior acompanhamento da construção das unidades para que se pudesse otimizar o recurso público e melhorar a qualidade das obras.

Ainda na infraestrutura, evidencia-se o déficit de leitos no estado, no qual a capacidade instalada não acompanha a realidade da RUE sobrecarregando assim os prontos-socorros e aumentando o tempo de internação dos pacientes nas unidades intermediárias. Ainda com relação à infraestrutura, a baixa cobertura da Atenção Básica foi apontada como um fator preponderante para o desvio de finalidade das Unidades de Pronto Atendimento que, ao invés de se ater ao atendimento de casos de maior gravidade depende maior atenção aos pacientes não absorvidos pela Atenção Básica.

Conforme discutido no referencial teórico deste estudo e ratificado na empiria, a federação brasileira convive com movimentos contraditórios de centralização e descentralização que repercutem no resultado das políticas públicas, produzindo assim, uma diversidade de resultados: **centralizador**, pelo fato da União monopolizar as principais decisões concernentes às políticas públicas através da formulação de políticas universais (como exemplo, a PNAU) e de decretos que normatizam o comportamento dos atores com baixa ou nula flexibilidade para adequação das mesmas às realidades dos municípios, sobretudo os municípios amazônicos que convivem com o grande custo dos serviços e dificuldades de acesso; e **descentralizador**, pelo fato de nos últimos 20 anos terem sido transferidos para os municípios a competência para implementar as políticas públicas em seu território, recebendo assim, crescentes responsabilidades que não foram acompanhadas dos instrumentos necessários para gestão eficiente destas políticas.

Quanto à cooperação entre os entes federativos, observa-se um jogo predatório entre os municípios e forte tendência à deserção, conforme assinala Tsebelis (1998), na qual todos os jogadores obtém resultado subótimo na escolha da melhor estratégia em detrimento da cooperação. Isto foi observado na fala do representante da SESMA ao se referir ao não cumprimento das pactuações por parte dos municípios do interior do estado que transferem

pacientes sem a estabilização necessária ou encaminham pacientes sem a devida regulação e, muitos deles, não tem se quer o serviço pactuado com a capital. Com isso, estes municípios não repassam os recursos para o pagamento dos serviços prestados por Belém que deveriam ser repassados diretamente para o fundo municipal de saúde de Belém.

Frente aos desafios que se colocam pelas políticas públicas de saúde no âmbito municipal (sobretudo dos municípios que tem maior dependência dos recursos federais) e aos entraves presentes na mesma desde a sua concepção, a tendência é o não cumprimento dos acordos estabelecidos nas arenas decisórias (CIR e CIB), como assinalou o representante da SESMA em Belém ao falar sobre as decisões tomadas em CIB e, que não são cumpridas pelos municípios, culminando assim, em ações judiciais por parte do município de Belém para responsabilização dos mesmos.

O que se observou também é que as responsabilidades perpassam por todos os entes e a política não encontra continuidade em virtude de problemas desde a porta de entrada do sistema (Atenção Primária) até à retaguarda do serviço (insuficiência dos leitos com especialidade e a superlotação das portas de urgências maiores como é o caso do Hospital Mário Pinotti).

Os resultados obtidos mostram que a subunidade nacional é apenas mera executora da política sem o poder de decisão necessário para adequar a política ao contexto regional. Este fato está relacionado às portarias expedidas pelo Ministério da Saúde que limitam o gestor municipal e não consideram as peculiaridades locais, fato este destacado pelo segmento dos gestores tanto do estado quanto dos municípios do estudo.

De fato, as relações federalistas no âmbito da PNAU são marcadas pelo descompasso entre as esferas de governo e a falta de cooperação entre os atores e isto gera prejuízos que são sentidos principalmente na “ponta” do sistema: população que utiliza o serviço. Nenhum tipo de cooperação entre os municípios do estudo foi observada, embora os mesmos façam parte da mesma região metropolitana e sejam limítrofes, o que, em regra, deveria fomentar ações que visassem a minimização dos impactos dos entraves apontados neste estudo, sobretudo quanto às questões financeiras.

6 CONCLUSÃO

A análise das visões e práticas dos entes federativos, deixa claro a existência de um rol de entraves que dificultam o alcance dos objetivos traçados durante a elaboração da política.

A PNAU, mesmo sendo uma política universal, teoricamente aplicável a todos os municípios brasileiros, não considera as peculiaridades locais e, o que deveria ser um instrumento para fomentar o acesso da população aos serviços de saúde nos municípios localizados em áreas com vazios assistenciais, acaba gerando para os municípios um outro problema: gerir um componente que tem custo elevado, sem os recursos humanos e financeiros necessários para que o serviço seja prestado de forma eficiente e com resolutividade. E este resultado se deve ao fato de que os normativos são rígidos, dificultando assim, a adequabilidade à realidade local, mesmo se tratando de um serviço descentralizado, no qual o município tem a responsabilidade de construir, contratar os recursos humanos e operacionalizar os componentes.

Quanto a interação entre os entes federativos, e que afetam sobretudo os municípios, é identificado um movimento contraditório marcado pela não cooperação entre eles. Mesmo com as arenas de negociação e pactuação locais e regionais, que seriam instrumentos para o fortalecimento dos municípios dando aos mesmos maior força nas negociações com o Governo Federal, os municípios não tem conseguido articular entre si e também com o estado soluções para a rede de saúde e isto é ratificado nas falas dos entrevistados e nos dados do MS, pois não foi identificado cooperação entre Belém e Ananindeua. Este fato pode ser comprovado pela grande diferença no número de atendimentos das UPAs do estudo: UPA DAICO e UPA Daniel Berg funcionando abaixo ou dentro da média diária de atendimentos e UPA Dom Helder Câmara extrapolando a média de atendimentos/dia.

Considerando o modelo de planejamento das políticas públicas brasileiras e o comportamento dos atores envolvidos na política deste estudo em particular, o resultado observado é um conjunto de entraves que perpassam a esfera federal, estadual e municipal. Estes nós críticos (gestão de pessoas, gestão financeira, regras formais, infraestrutura, atenção básica e leitos) dificilmente poderão ser resolvidos através do esforço de um único ente, pois fica claro a dependência entre eles, como por exemplo, a Atenção Básica que é de responsabilidade dos municípios depende dos leitos dos hospitais de média e alta complexidade que estão sob a responsabilidade do estado. Isto ratifica a necessidade de cooperação entre os entes e o cumprimento das pactuações estabelecidas nas comissões intergestores.

Desta forma, a Política Nacional de Atenção às Urgências não se apresenta como um instrumento isolado afetado apenas por decisões tomadas no campo da saúde coletiva, pois as interações realizadas em âmbito político, econômico e social também repercutem no seu resultado. Identificados os impactos do modelo federalista brasileiro na elaboração das políticas de saúde e apontados os entraves resultantes deste modelo, surge então a necessidade de discussão mais aprofundada sobre a operacionalização dos instrumentos de negociação nas arenas decisórias locais, regionais e nacionais para que haja uma soma dos esforços que fomentem o cumprimento dos princípios do SUS estabelecidos na Constituição de 1988: universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. A cooperação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba: Universidade Federal do Paraná, n. 24, p. 41-67, jul. 2005.

ABRUCIO, Fernando L. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, Fernando L.; LOUREIRO, Maria R. (Org). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. Brasília, DF: MP, SEGES, 2002. 316 p.

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Rev. Adm. Pública** [online], v.41, n.especial, p. 67-86, 2007.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação? **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , n. 24, p. 29-40, Jun. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 29 Set. 2015.

ANANINDEUA. **Prefeitura Municipal de Ananindeua**. Ananindeua, 2015. Disponível em: <<http://www.ananindeua.pa.gov.br/#page.index.view?pg=oMunicipioPrefeitura>> Acesso em: 4 de fev. 2015.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: Uma contradição em termos? **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587 - 620, 2010.

ARRETCHE, Marta. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro**, v. 52, n. 2, p. 377 a 423, 2009..

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, Gilberto (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da Saúde no Brasil: Diferenças Regionais, Poder do Voto e Estratégias de Governo. **Série de Relatórios Técnicos da Organização Pan Americana da Saúde**, Washington, n.77, 2001.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias interministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.3, p. 615-626, Rio de Janeiro, mar. 2007.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, p.138-172, 2011. Disponível em: < www.ims.uerj.br/ccaps> Acesso em: 15 jan. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOSSERT, T. Decentralization of health systems in Latin America: a comparative study of Chile, Colombia and Bolivia. **The Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative**, 2000. Disponível em: <<https://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/lac/Decentralization45.PDF>>. Acesso em: 6 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.648 de 8 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, seção 1, p.48, 8 nov. 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 12 ago.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1863 de 29 de setembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências**. Diário Oficial [da] União, seção 1, p. 58, coluna 1, 6 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Ministério da Saúde. 3. ed. ampl. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 480 p. (**Serie F. Comunicação e Educação em Saúde**). 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implementação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).- Brasília: CONASS, 2015. 416 p.- (**CONASS Documenta, 28**).

BRESSER-PEREIRA, Luis C. Prefácio. In: DROR, Yehezkel. **A capacidade para governar: informe ao clube de Roma**. Tradução Carolina Andrade. São Paulo: FUNDAP, 1999.

BREWER, G. The policy sciences emerge: to nurture and structure a discipline. **Policy Sciences**, v.5, p. 239-244, 1974.

BUARQUE, Sérgio C. **Construindo o desenvolvimento local sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CASTRO, L. M. A. **Do neoinstitucionalismo tradicional às redes: as mudanças colocadas a partir do modelo de governança**. In: Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração- EnAnpad. 7 a 11 de setembro de 2013. Rio de Janeiro, p. 1-12. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf /2013_EnANPAD_APB1931.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2014.

CAVALCANTE, Flávia C. **Metropolização e dispersão urbana na Amazônia: a dinâmica socioespacial do município de Santa Izabel do Pará no contexto da urbanização belenense**. 2011. 185 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

CHARAUDEAU, P. **Por uma interdisciplinaridade “focalizada” nas ciências humanas e sociais**. Tradução Renato de Mello e Renata Aiala de Mello. 2010.

COHEN, J. M.; PETERSON, S. B. Administrative decentralization: a new framework for improved governance, accountability, and performance. N. 582. Harvard Institute for International Development, Harvard University, 1997.

COMMONS, J. **Institutional Economics**. University of Wisconsin Press, Madison, 1934.

CONCEIÇÃO, O. A. C. Além da transação: uma comparação do pensamento dos institucionalistas com os revolucionários e pós-keynesianos. **Revista Anpec**, 2007. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/revista/vol8/vol8n3 p621_642.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2014.

CRESSWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa e métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALH, R. A. The Behavioral approach in political Science: Epitaph for a monument to a successful protest. **The American Political Science Review**, v. 55, n. 4, p.763-772, dec. 1961. Disponível em: < http://www.uky.edu/~clthyn2/PS671/Dahl_APSR1961.pdf> Acesso em: 6 ago. 2014.

DATASUS/CNES. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2015. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 11 de fev. 2014.

DENTE, B. **Governare in um contesto federale: quali lezioni per la transizione italiana?** In Dente B *et al.* (orgs.). Governare con il federalismo. Edizione Fondazione Giovanni Angeli, Turim, 1997.

ELSTER, J. **Peças e engrenagens das ciências sociais.** Tradução Antônio Trânsito; revisão técnica, Plínio A. S. Dentzein- Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

FARREJOHN, J. PASQUINO, P. Teoria da Escolha Racional na Ciência Política: Conceitos de Racionalidade em Teoria Política. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 16, n. 45, p. 5-24, fev. 2001.

FIANI, Ronaldo. Arranjos institucionais e desenvolvimento: o papel da coordenação em estruturas híbridas. **Texto para discussão**, n. 1815, Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/index>>. Acesso em: 2 ago.2014.

FIERLBECK, Katherine; PALLEY, Howards A. **Comparative Health Care Federalism.** Ed. Ashgate, Aldershot, 2015.

FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; ARRUDA FILHO, Emílio J. M. **Planejamento da Pesquisa Científica.** São Paulo: Atlas, 2013.

FINKELMAN, Jacobo (Org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FLEURY, S. Redes de políticas públicas: Novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**, n. 7, p. 77-89, São Paulo, 2005.

GIOVANELLA, L; LOBATO, L; CARVALHO, A.L, CONNIL, E.M; CUNHA, E.M. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da Atenção: Critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v.26, p.37-61, 2002.

HALL, P.; TAYLLOR, R. C. R. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, nº 58, 2003.

HARDIN, Garrett. Tragedy of Commons. **Science**, n.162, p.1243-48, 1968.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo, CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. Integralidade da Atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “Sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, v.20 Sup. 2, p.331-S336, Rio de Janeiro, 2004).

HAY, C. Constructivist Institutionalism. p. 56-74. In: RHODES, R.; BINDER, S.; ROCKMAN, B. (Orgs). **The Oxford Handbook of Political Institution**. New York: Oxford University Press, 2006.

HOGWOOD, B; GUNN, L. **Policy Analysis for the real world**. Oxford: Oxford University Press, 1984.

HOWLETT, M; RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Canadá: Oxford University Press, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**, 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=150080> Acesso em: 4 de fev. 2015.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, SOCIAL E AMBIENTAL DO PARÁ (IDESP). **Mapa da exclusão social do estado do Pará**. Belém, n. 1, p. 1-44, 2013.

IMMERGUT, E.M. The theoretical core of the new institutionalism. **Politics & Society**, v. 26, n. 1, 1998.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LASSWELL, H. D. The Policy Orientation. In Lerner Daniel and Lasswell Harold D. (eds.). **The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method**. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D.O. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, p. 111-137, 2011.

LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**. A saúde no Brasil em 2030- prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério

da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3. Pp. 73-139, 2013.

LINDBLOM, C. E. The Science of 'Muddling Through. **Public Administration Review**, v. 19, p.79-88, 1959.

LOPES, C. H. Instituições e crescimento econômico: os modelos de Thorstein Veblen e Douglass North. **Revista de Economia Política**, v. 33, n. 4, p. 619-637, out.-dez., 2013.

MARCONI, Marina de A; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. Neo-institucionalismo: fatores organizacionais da vida política. **Revista de Sociologia Política**, v. 16, nº 31, p. 121-142, Curitiba, nov. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MITCHELL, W.C. **The Backward Art of Spending Money and Other Essays**. McGraw-Hill, New York, 1937.

NORTH, D. **Institutions and institutional change and economic performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

NORTH, Douglass. Desempenho econômico através do tempo. **Revista de Direito Administrativo**, v. 255, p. 13-30, Rio de Janeiro, set/dez, 2010.

O'DWYER, Gisele O.; OLIVEIRA, Sérgio P.; SETA, Marismary H de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 5, Rio de Janeiro, dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232009000500030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev.2015.

O'DWYER, Gisele. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, Rio de Janeiro, aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2015.

OLSON, M. **A lógica da ação coletiva**. São Paulo: Edusp, 1999.

OSTROM, E. **Governing the common: the evolution of institutions for collective action**. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 1990.

PALERMO, Vicente. Como se governa o Brasil? O debate sobre instituições políticas e gestão de governo. **Dados**, v. 43, n. 3, p. 521-557, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00115258200000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 set.2015.

PARÁ. **Plano Estadual de Saúde do Estado do Pará 2012-2015**. Equipe Técnica do NISPLAN, 2012.

PERES, P. S. “Comportamento ou instituições? A Evolução histórica do neo-institucionalismo da Ciência Política” **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, p. 53-71, 2008.

PIERSON, Paul. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policies. **Governance: an International Journal of Policy and Administration**, v.18, n. 4, p. 449-478, 1995.

PINHEIRO, A; PENA, H; AMARAL, M.; HERREROS, M. Dinâmica Urbana do Estado do Pará (200-2008). pp: 145-182. In: PEREIRA, R.; FURTADO, B. (Org.). **Dinâmica urbano-regional: rede urbana e suas interfaces**. 490p. Brasília: Ipea, 2010.

RANDOW, Roberta M.; BRITO Maria J.M.; SILVA, Kênia L.; ANDRADE, Angélica M.; CAÇADOR, Beatriz S.; SIMAN, Andréia G. Articulação com a atenção primária à saúde na perspectiva dos gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Rev. Rene**, Fortaleza, n.especial 12, p. 904-12, 2011.

REZENDE, F.C. **Por que falham as reformas administrativas?** Rio de Janeiro: FGV, 2004.

RIKER, W. Federalism. In : POLSBY, N. (ed.). **Handbook of Political Science**. Berkeley: University of California, 1975.

ROCHA, R. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. **Cadernos EBAPE**, v. 2, n. 1, mar. 2004.

SCHIMIDT, V. A. Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth ‘new institutionalism’. **European Political Science Review**, v. 2:1, p. 1-25, 2010.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, abr. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122009000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2015.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: Neep/Unicamp, 2000. **Caderno**, 48. Disponível em: <https://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf> Acesso em: 28 dez. 2014.

SIMON, Herbert. **Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: USAID, 1957.

SOUZA, C. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. **Lua Nova**, n. 52, 2001, p. 5-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n52/a02n52.pdf>> Acesso em: 12 de ago. 2014.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **A prisão e a ágora: reflexões em torno da democratização do planejamento e da gestão das cidades**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

STEPAN, Alfred. Para uma Nova Análise Comparativa do Federalismo e da Democracia: Federações que Restringem ou Ampliam o Poder da Demos. **Dados**, v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999.

THÉRET, B. As Instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**, São Paulo, n.58, 2003.

TRISTÃO, José Américo Martelli. **A Administração Tributária dos Municípios Brasileiros. Uma avaliação do desempenho da arrecadação**. Tese (Doutorado). 2003. 181f. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas, 2003. Disponível em http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2568/866_20.pdf?sequence=3. Acesso em: 15 mar. 2015.

TSEBELIS, George. **Jogos Ocultos: Escolha Racional no Campo da Política Comparada**. Tradução: Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya. **Diagnóstico da integração e da adequabilidade das unidades de pronto atendimento (UPAs) do Estado do Paraná às redes de atenção do Sistema Único de Saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

WEBLEN, T. **The Place of Science in Modern Civilization and Other Essays**. Huesch, New York: Reprinted with a new Introduction by Samuels, W. J. New Brunswick, New Jersey. Transaction Books, 1990.

VIANA, A.L.D'A.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto- lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.3, p. 493-507, 2002.

VIANA, Ana Luiza. Abordagem metodológica em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v.30, n.2, p. 5-43, março/abril, 1996.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação

APÊNDICE A. ROTEIRO DE ENTREVISTA- ANALISTA TÉCNICO DA COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (CGUE/DAHU/SAS/MS).

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

1- Política Nacional de Atenção às Urgências

- 1.1- Como está disposta a Política Nacional de Atenção às Urgências?
- 1.2- Como se deu o processo de construção desta política?
- 1.3- A Rede de Urgência no estado do Pará está pactuada através de algum documento com o Ministério da Saúde?

- 1.4- Quais os principais entraves encontrados para implementar a política no estado do Pará (sobretudo nos municípios do estado)?

2- Processo de Habilitação dos Municípios de Belém e Ananindeua, Pará

- 2.1- O processo de habilitação das UPAs em Ananindeua e Belém foi aprovado com alguma ressalva?
- 2.2- Foi realizado algum estudo prévio para verificar a necessidade da implementação das UPAS DAICO, Dom Helder Câmara e Icuí-Guajará?

3- A articulação das UPAs à Rede de Atenção às Urgências

- 3.1- Os demais componentes da Rede de Urgência estão articulados com as UPAs?
- 3.2- O déficit de leitos no Estado do Pará não se apresenta como um entrave à Política Nacional de Atenção às Urgências?

4- Relações Interinstitucionais entre União, Estado do Pará e Municípios de Belém e Ananindeua

- 4.1- Existe algum mecanismo que discuta entre os entes envolvidos na Política de Urgência (União, Estado e municípios) a solução dos entraves vivenciados e que comprometem o fluxo da rede de urgência?
- 4.2- Quais os principais pontos fortes e fracos no tocante a gestão e implementação tripartite da PNAU?

5- Considerações Finais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação

APÊNDICE B. ROTEIRO DE ENTREVISTA- ANALISTA TÉCNICO DAS PORTAS DE ENTRADA DE URGÊNCIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

1- Política Nacional de Atenção às Urgências

1.1- Quais são as responsabilidades das Portas de Entrada no âmbito da Rede de Urgência e Emergência?

2- Processo de Habilitação dos Municípios de Belém e Ananindeua, Pará

2.1- Quais os pré-requisitos para que os municípios recebam as portas de entrada?

3- A articulação das Portas de Entrada com Rede de Atenção às Urgências

- 3.1- Qual a importância das Portas de entrada na Rede de Atenção às Urgências?
- 3.2- Quais os principais entraves encontrados pelas Portas de Entrada no direcionamento de pacientes classificados por risco quando direcionados para outros componentes da rede?

4- Relações Interinstitucionais entre União, Estado do Pará e Municípios de Belém e Ananindeua.

- 4.1- Como se deram as pactuações internas e externas para viabilização dos fluxos por grau de risco na Rede de Urgência e Emergência?
- 4.2- Existe algum mecanismo de controle que possa identificar possíveis deficiências na rede e que dificultem o direcionamento dos pacientes com grau de risco elevado?

5- Considerações Finais

- 5.1- Quais os maiores problemas encontrados nas portas de entrada?
- 5.2- Existe algum mecanismo de governança que possibilite a correção dos problemas identificados no fluxo da rede de urgência?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação

APÊNDICE C. ROTEIRO DE ENTREVISTA- ANALISTA TÉCNICO DO SAMU DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

1- Política Nacional de Atenção às Urgências

1.1- Quais são as responsabilidades do SAMU no âmbito da Rede de Urgência e Emergência?

2- Processo de Habilitação dos Municípios de Belém e Ananindeua, Pará

2.1- Quais as condições essenciais para os municípios receberem

3- A articulação do SAMU com Rede de Atenção às Urgências

3.1- De que forma os demais componentes da Rede de Urgência estão articulados com o SAMU?

4- Relações Interinstitucionais entre União, Estado do Pará e Municípios de Belém e Ananindeua

4.1- Quais os principais problemas de coordenação apontados pelo Estado do Pará e os municípios de Belém e Ananindeua quanto a gestão do serviço móvel de urgência?

5-Considerações Finais

5.1- Você tem algum comentário sobre o serviço do SAMU no Pará e nos municípios de Belém e Ananindeua?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



APÊNDICE D. ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AO SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ (SESPA)

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

1- A SESPAs e a Política Nacional De Atenção Às Urgências

1.1- Qual é a participação do Estado do Pará na Política Nacional de Atenção às Urgências?

1.2- Qual a importância das UPAs na Política de Urgência do estado do Pará?

1.3- Qual a responsabilidade do Governo do Estado com relação às UPAs, antes, durante e depois da construção das UPAs?

1.4- Quais os critérios para implantação das Unidades de Urgência geridas pelo Estado?

1.5- Por que os Hospitais do Estado, em sua maioria, são geridos por OS?

1.6- Quais políticas contempladas no planejamento estadual estão direcionadas ao apoio às urgências nos municípios, sobretudo as UPAs de Belém e Ananindeua?

1.7- No seu entendimento, a PNAU considerou as diversas realidades do Estado (distância, demografia, etc)?

2- Cooperação entre União, Estado e Municípios

2.1- Quais são as maiores dificuldades que o Estado do Pará tem de pactuar com os municípios de Belém e Ananindeua com relação à Política de Urgência?

2.2- Em algum momento existe sobreposição de competências do Estado com o município?

2.1- Existem problemas relacionados à qualificação e à quantidade de funcionários?

2.2- Existe algum momento importante no período de implementação da política de urgência que não foi bem sucedido mas que, através do processo de aprendizagem, influenciou em melhores escolhas no atual momento desta administração?

2.3- No seu entendimento, quais os pontos fortes e pontos fracos da relação federalista no tocante à política de urgência?

3- Considerações Finais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação

APÊNDICE E. ROTEIRO DE ENTREVISTA- CONSELHEIRO DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARÁ (TCE/PA)

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

Pós-graduação:

Atividades do Tribunal de Contas do Estado do Pará

- 1- Quais as principais atividades desenvolvidas por este tribunal para estimular a transparência na gestão pública?
- 2- Existe algum tipo de atividade deste tribunal para o aprimoramento da gestão pública?
- 3- Quais medidas são tomadas pelo TCE para o combate a corrupção, a fraude e o desvio de recursos?

- 4- Quais as penas arbitradas pelo TCE em caso de condenação dos responsáveis pela má gestão dos recursos públicos?
- 5- Quanto aos recursos destinados à saúde, existe algum tipo de processo ou condenação arbitrados aos municípios de Belém e Ananindeua?
- 6- Em 2013 e 2014, de acordo com os TC: 011.581/2013-1 , 021.893/2013-6 e 022.123/2014-0, o Tribunal de Contas da União identificou irregularidades na construção das UPAs DAICO (Belém), Dom Hélder Câmara e Daniel Berg (ambas em Ananindeua) que fazem parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, uma política tripartite. O TCE foi informado destas irregularidades ou realizou fiscalizações nestas obras?
- 7- Quais os principais entraves encontrados nos processos de fiscalização (acesso a documentos, interferência política, etc) que dificultam a identificação de irregularidades quanto à aplicação dos recursos públicos da saúde?

Transparência e Controle Social

- 1- Quais as ações desenvolvidas pelo TCE para divulgar as informações sobre os resultados das ações de controle externo?
- 2- Existe algum tipo de mecanismo utilizado pelo TCE para induzir os municípios a divulgarem de forma acessível os seus relatórios financeiros e de gestão?
- 3- O TCE age de forma provocada pela sociedade no combate a fraude e a corrupção?
- 4- No seu entendimento, quais as principais fragilidades dos entes federativos que facilitam a reincidência de irregularidades no uso do recurso público?
- 5- Quanto ao controle social, a sociedade têm participado oferecendo denúncias sobre a má utilização dos recursos públicos?
- 6- No seu entendimento, quais os principais entraves na relação federalista (União, Estados e Municípios) que facilitam a má gestão dos recursos públicos no tocante às políticas tripartite?

Considerações Finais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
 SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
 MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação.

APÊNDICE F. ROTEIRO DE ENTREVISTA- MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. PROMOTORIA DE ASSUNTOS CONSTITUCIONAIS, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

Sobre as Atividades da Promotoria de Assuntos Constitucionais do Ministério Público do Estado Do Pará:

- 1- Quais são as atividades desenvolvidas pela promotoria no que concerne às demandas relativas ao atendimento em saúde prestados pelo município de Belém?
- 2- Quais as principais reclamações da população quanto aos serviços prestados pelo município em saúde?

- 3- Quais as medidas tomadas para solucionar os conflitos entre população e município de Belém quanto às demandas relacionadas aos serviços de saúde?
- 4- O município tem apresentado soluções quanto aos problemas na rede de saúde evitando, assim, a reincidência das mesmas demandas?
- 5- Em alguns casos as demandas apresentadas ao MP extrapolam o âmbito administrativo e chegam à esfera judicial. Neste sentido, quais têm sido as principais consequências da judicialização de algumas demandas em saúde?
- 6- Existe alguma parceria entre o MP e os conselhos de saúde para monitoramento e fiscalização por parte do conselho dos serviços prestados pelo município no intuito de diminuir as reclamações da população?

Demandas relacionadas à urgência e emergência:

- 1- Qual o componente da rede de urgência (UPAs, SAMU 192, Hospitais de Média e Alta Complexidade) de Belém que apresenta maior demanda de reclamação nesta promotoria?
- 2- No seu entendimento, qual o principal entrave apresentado pelo município de Belém no atendimento à saúde da população?
- 3- No que se refere aos serviços prestados pelo Estado ao município (leitos, exames, cirurgias especializadas): os serviços disponibilizados pelo Estado tem se mostrado suficiente para o atendimento à demanda de Belém?
- 4- No que se refere às políticas tripartite (com contrapartidas do município, estado e União), no momento da busca de resolutividade das demandas trazidas ao MP, qual a principal dificuldade?

Considerações Finais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação

APÊNDICE G. ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AOS TÉCNICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DOS DEPARTAMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BELÉM E ANANINDEUA

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

A Política Nacional De Atenção Às Urgências

2.1- Qual o papel do Departamento de Urgência e Emergência do município na Rede de Atenção às Urgências?

2.2- Qual a contrapartida do município na construção e operacionalização dos componentes da Rede de Atenção às Urgências?

2.3- No seu entendimento, quais os pontos fortes e fracos da política no tocante a realidade do município?

Cooperação Entre Município, Estado E União

3.1- Dentro da PNAU, as responsabilidades do Governo Federal e do Estado estão sendo cumpridas satisfatoriamente?

3.2- Quais as principais dificuldades encontradas pelo município para acessar os recursos do Governo Federal e do Estado?

3.3- O papel do Governo do Estado do Pará e da União previstos na política é capaz de atender às necessidades do município na gestão dos componentes de urgência e emergência?

3.3- É concedido algum suporte técnico (treinamento) pelo governo federal para que o município melhore a gestão dos componentes de urgência, sobretudo as UPAs?

3.4- Quais os principais entraves encontrados na relação União-Estado do Pará-Município que afetam diretamente no resultado da política de urgência no município?

3.5- No seu entendimento, o processo de pactuação da saúde no Estado considerou a estrutura pré-existente do município sendo capaz de instrumentalizá-lo para que mesmo exerça a gestão eficiente da saúde?

Considerações Finais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação

APÊNDICE H. ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE BELÉM E ANANINDEUA

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

1- A Política Nacional de Atenção às Urgências

1. 1- Qual o papel desta secretaria municipal de saúde na gestão e avaliação da (s) UPA (s) do município?
- 1.2- Quais são as atividades desenvolvidas por esta secretaria que estão relacionadas às UPA's?
- 1.3- Quais os critérios para a escolha da localização das UPA's?
- 1.4- Qual a contrapartida da prefeitura para a construção, instalação e funcionamento das UPA's?

1.5- É dado algum tipo de suporte por parte do governo estadual às UPAs após a conclusão das obras de instalação das mesmas no município?

1.6- No seu entendimento, a Política Nacional de Atenção às Urgências considerou as características socioeconômicas e demográficas do município?

1.7 No seu entendimento, quais os pontos mais frágeis e os pontos fortes da Política de Atenção às Urgências no tocante a realidade do município?

1.8- Quais são as atividades de treinamento (classificação de risco, funcionamento da rede de urgência) desenvolvidas com os funcionários das UPAs?

1.9- Quais as medidas tomadas por esta secretaria para diminuição do tempo de espera por leitos especializados?

2- Demandas relacionadas à urgência e emergência:

2.1- Dentro da Política Nacional e Estadual de Urgência quais as responsabilidades do Governo Federal e do Estado do Pará que estão sendo cumpridas?

2.2- O papel do estado do Pará no processo de implementação das UPAs estabelecido na política é capaz de atender às necessidades do município no tocante a sua instrumentalização a fim de que a política atenda aos objetivos propostos e apresente um bom desempenho?

2.3- As contrapartidas do Estado e do Governo Federal têm sido suficientes para suprir as demandas da rede de urgência?

2.4- O Governo Federal têm instrumentalizado o município (com apoio financeiro, apoio a gestão, assessoramento) no desenho atual da pactuação da saúde?

Considerações Finais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação

APÊNDICE I. ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO AOS DIRETORES DAS UNIDADES DE PRONTO-ATENDIMENTO (UPA 24 HORAS): UPA DAICO (BELÉM), UPA DOM HÉLDER CÂMARA (ANANINDEUA) E UPA DANIEL BERG (ANANINDEUA)

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

2-Porte/Estrutura desta UPA:

2.1- Qual o porte desta UPA?

() Porte I

() Porte II

() Porte II

2.2- Qual a população da área de abrangência desta UPA?

- () Menos de 50 mil habitantes
 () De 50 mil a 100 mil habitantes
 () Mais de 100 mil até 200 mil habitantes
 () Mais de 200 mil até 300 mil habitantes
 () Mais de 300 mil habitantes

2.3- Quantidade de atendimentos/dia realizados por esta UPA em 24 horas _____**2.4- Quantidade de profissionais de saúde que atendem por plantão:**

_____ médicos por plantão de 24 horas
 _____ enfermeiras (os) por plantão 24 horas
 _____ técnicos (as) de enfermagem por plantão 24 horas
 _____ biomédico (a) por plantão 24 horas
 _____ técnicos de laboratório por plantão 24 horas

2.5- Quantidade de leitos de observação existentes nesta UPA:

_____ leitos de observação.

2.6- Quais os serviços de apoio terapêutico e de diagnóstico disponíveis nesta UPA (marcar todos os que estão disponíveis):

- () Radiologia
 () Eletrocardiograma
 () Laboratório de Análises Clínicas
 () Ecocardiograma
 () Endoscopia
 () Ultrassonografia
 () Outros.

Especifique: _____

3-Marco da Implantação da UPA:

3.1- Ano da implantação da UPA:

Data do início das Obras: _____

Data de conclusão das obras: _____

Data da inauguração e início de funcionamento: _____

3.2- O que justifica a implantação da UPA nesta área?

3.3- Esta localização é adequada?

3.4- Qual o percentual de atendimentos de pacientes de outras áreas de abrangência ou municípios?

4- Gerenciamento e Avaliação da UPA
--

4.1- Qual o modelo de gestão desta UPA?

- () Administração Direta
- () Administração Indireta
- () Organização Social. Qual? _____
- () Outra. Especifique: _____

4.2- Quem realiza a avaliação desta UPA?

- () Ministério da Saúde
- () SESPA
- () SESMA (no caso de Belém) ou SESAU (no caso de Ananindeua)
- () Conselho de saúde.
- () Outros. Especifique: _____

4.3- Nas reuniões de planejamento interno desta UPA, quais organizações fazem parte?

4.4- Quais os mecanismos de avaliação desta UPA?

- () Avaliação feita pela SESPA
- () Avaliação feita pela secretaria de saúde do município
- () Reuniões da direção com os funcionários, somente.
- () Reunião da direção com os funcionários e o conselho de saúde
- () Avaliação feita por representante do Ministério da Saúde.

4.5- Qual a frequência da avaliação desta UPA ?

- () mensal
- () bimestral
- () semestral
- () anual

1- Questões Relacionadas À Autonomia e Processo Decisório

- 5.1- Qual a autonomia da direção desta UPA com relação às questões administrativas tanto no que concerne aos recursos humanos quanto às questões que necessitem de recursos financeiros?
- 5.2- As contrapartidas do Estado, Governo Federal e Prefeitura Municipal de Belém são suficientes para custear o funcionamento da UPA?
- 5.3- No seu entendimento, como se dá a coordenação entre o Governo Federal, Estado e Município quanto às atividades relacionadas a esta UPA?
- 5.4- É dado algum tipo de suporte tanto pelo Estado quanto pelo Governo Federal aos gestores das UPAs?
- 5.5- Quais os principais entraves encontrados na relação UPA- SESMA-SESPA-MS e que afetam diretamente o atingimento dos objetivos das UPA?

6- Relação Com Os Demais Componentes Da Rede De Urgência

- 6.1- No seu entendimento, as portas de entrada realizam o devido encaminhamento dos pacientes de acordo com o grau de risco?
- 6.2-- A interface entre os demais componentes de urgência ocorre de maneira satisfatória (atenção básica, PSF, SAMU, unidades hospitalares)?
- 6.4- Existe algum tipo de dificuldade no direcionamento de pacientes das UPAs para a internação em leitos especializados?
- 6.3- No seu entendimento, a UPA cumpre com o seu papel na Rede de Urgências?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL DO TRÓPICO ÚMIDO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO DO DESENVOLVIMENTO



PESQUISA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU): um estudo sobre os entraves à implementação

APÊNDICE J. ROTEIRO DE ENTREVISTA- SECRETÁRIO DE FISCALIZAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU)

Dados sobre a Entrevista

Município/Estado:

Data:

Início:

Término:

Identificação do Entrevistado

Município/Estado:

Nome:

Cargo/Função:

Tempo no Cargo:

Cargo/Função anterior:

Formação:

2- Processo de Fiscalização

- 1.1- Quais as irregularidades mais recorrentes e relevantes encontradas nas UPAs de Belém e Ananindeua e que comprometem a qualidade das mesmas?
- 1.2- Quais os principais entraves (acesso a documentações, interferência política, etc) enfrentados durante o processo de fiscalização?
- 1.3- Existe algum tipo de cooperação do TCU com demais entidades da Sociedade Civil no tocante a identificação das irregularidades no momento em que elas ocorrem?

- 1.4- O TCU acompanha o processo licitatório para construção e aquisição de equipamentos e materiais para as UPAs?
- 1.5- Qual a frequência das fiscalizações do TCU nas UPAs?

3- Medidas adotadas após detecção das irregularidades

- 2.4- Quais são as medidas adotadas pelo TCU após detectar as irregularidades nas UPAs?
- 2.5- Quais as principais fragilidades dos entes federativos que facilitam a reincidência de irregularidades em obras públicas?

4- A articulação do TCU com a instância superior responsável pelo objeto de fiscalização

- 3.1- Existe algum tipo de cooperação entre o Tribunal de Contas da União o Ministério da Saúde para elaborar mecanismos que inibam o mau uso dos recursos federais?

5- Considerações Finais

- 4.1- Quais medidas preventivas poderiam ser tomadas e por quem para o enfrentamento do mau uso do dinheiro?