



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

Dias de Lima, Luciana; Veira Machado, Cristiani; O'Dwyer, Gisele; Wargas de Faria Baptista, Tatiana;  
Tavares de Andrade, Carla Lourenço; Teixeira Konder, Mariana  
Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto  
Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 2, febrero, 2015, pp. 595-606  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63035372030>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil

Interdependence between government levels  
in Brazilian health policy: the implementation of Emergency Care  
Units in the State of Rio de Janeiro, Brazil

Luciana Dias de Lima <sup>1</sup>  
Cristiani Veira Machado <sup>1</sup>  
Gisele O'Dwyer <sup>1</sup>  
Tatiana Wargas de Faria Baptista <sup>1</sup>  
Carla Lourenço Tavares de Andrade <sup>1</sup>  
Mariana Teixeira Konder <sup>2</sup>

**Abstract** *This article addresses policymaking related to Emergency Care Units (ECU) in the State of Rio de Janeiro between 2007 and 2013, duly identifying the relationships between the various levels of government in this process. It prioritized the context of policy formulation, the factors that motivated the inclusion and maintenance of ECUs on the state agenda and the process of how the policy was implemented in the state. The study was based on the literature that defines the agenda and implementation of public policies and on contributions from historic institutionalism. The research involved analysis of documents, secondary data, and 51 interviews with people in positions of authority in state and municipal governments. The priority given to ECUs in the government agenda was the result of a confluence of historical, structural, political and institutional factors, as well as the current context. The results of this study indicate the existence of interdependence between levels of government, however federal coordination problems have prejudiced the integration of the various components of emergency health care in the state.*

**Key words** *Federalism, Health policy, State government, Emergency medical services, Unified Health System*

**Resumo** *O artigo aborda a produção da política relacionada às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no estado do Rio de Janeiro, de 2007 a 2013, identificando as relações intergovernamentais nesse processo. Priorizou-se o contexto de formulação, os fatores que motivaram a entrada e a permanência das UPA na agenda estadual e a trajetória de implementação da política no estado. O estudo ancorou-se na literatura de definição de agenda e implementação de políticas públicas e em contribuições do institucionalismo histórico. A pesquisa envolveu a análise de documentos, de dados secundários e de 51 entrevistas com dirigentes estaduais e municipais. A confluência de fatores histórico-estruturais, político-institucionais e conjunturais explicam a prioridade das UPA na agenda governamental. Os resultados sugerem interdependência entre os governos, entretanto, problemas de coordenação federativa comprometem a integração dos diversos componentes da atenção às urgências no estado.*

**Palavras-chave** *Federalismo, Política de saúde, Governo estadual, Serviços médicos de emergência, Sistema Único de Saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). R. Leopoldo Bulhões 1480/ Prédio da ENSP/sala 715, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. luciana@ensp.fiocruz.br  
<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, ENSP, Fiocruz.

## Introdução

O federalismo compreende um conjunto de instituições que permitem a repartição da autoridade política e do exercício do poder do Estado em múltiplos centros geográficos<sup>1</sup>. Nesses casos, a produção de políticas públicas tende a ser mais complexa<sup>2,3</sup>, exigindo negociações entre governos dotados de legitimidade, visões e projetos distintos.

Estudos demonstram que a questão federativa foi elemento crucial na história da política de saúde no Brasil<sup>4-6</sup>. Entretanto, a partir da Constituição de 1988, outros desafios se impõem para a atuação do Estado na saúde. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter nacional e universal, é condicionada por um novo contexto federativo<sup>7</sup>, marcado pela democratização e reconcentração de recursos políticos e fiscais no executivo federal<sup>8,9</sup>, compartilhamento de funções governamentais, estímulo à descentralização e conformação de sistemas de políticas públicas<sup>10</sup>.

Na política de saúde, a partir dos anos 1990, foram desenvolvidos mecanismos de indução e coordenação que permitiram a adesão de estados e municípios às diretrizes nacionais, a definição do papel dos governos subnacionais<sup>11,12</sup> e o fortalecimento da regulação federal<sup>13</sup>. As estratégias adotadas também favoreceram a configuração de espaços de negociação federativa, a formalização de acordos intergovernamentais e a disseminação das regras instituídas no plano nacional e estadual<sup>14-16</sup>.

Nesse contexto, o arranjo federativo e as relações intergovernamentais são variáveis fundamentais para compreensão de políticas de saúde específicas, particularmente as de implantação descentralizada. O artigo tem como objetivo analisar a política relacionada às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no estado do Rio de Janeiro (RJ), de 2007 a 2013, identificando as relações estabelecidas entre as esferas de governo.

A justificativa para o estudo fundamenta-se em três argumentos. O primeiro é o destaque recebido pelas UPA no período de análise. Atualmente, as UPA integram a política nacional de atenção às urgências<sup>17</sup>, tendo se expandido de forma significativa no país nos últimos anos.

O segundo refere-se ao fortalecimento dos estados no desenvolvimento de políticas próprias, na coordenação de estratégias nacionalmente induzidas e na regionalização da saúde nos anos 2000<sup>18</sup>. Cabe lembrar que a atenção básica constitui uma atribuição dos municípios e que a atenção hospitalar no país é realizada por diversos tipos de prestadores, privados e públicos. Nesse sentido, o destaque conferido à política nacional de atenção às urgências – e, em seu

âmbito, à atenção pré-hospitalar – constituiu uma oportunidade para que alguns estados assumissem protagonismo na organização de redes ou na prestação direta de serviços de urgência.

O terceiro diz respeito à escolha do RJ para o estudo do tema. O estado expressa um alto grau de urbanização e metropolização, associado a desigualdades e dificuldades de integração regional<sup>19</sup>. Além disso, apresenta um histórico de transformações federativas atreladas às mudanças jurídico-administrativas da cidade do Rio<sup>20</sup>, que foi capital federal (1889-1960) e estado da Guanabara (1960-1975), antes de se tornar capital do estado (1975 até os dias atuais). Tal trajetória explica a grande concentração de serviços federais na capital. A fusão do estado da Guanabara com o antigo estado do RJ em 1975 teve como desdobramentos o acirramento de conflitos federativos<sup>21</sup>.

Esses fatos resultaram na configuração de um sistema de saúde marcado por: relevância dos hospitais públicos, incluindo de emergência, concentrados na capital; multiplicidade de comando e dificuldades de integração entre serviços federais, estaduais e municipais; forte dependência dos municípios, particularmente da Baixada Fluminense, aos serviços da capital. Apesar do número expressivo de hospitais, o estado apresenta desigualdades regionais na distribuição e utilização de leitos<sup>22</sup>.

A política selecionada nesse estudo expressa as particularidades do sistema estadual de saúde. Além disso, é fundamental considerar as relações federativas na conformação da rede de atenção às urgências no RJ, frente à necessidade de integração de serviços sob gestão de diferentes esferas de governo. Ressalte-se que o estado foi pioneiro na implantação das UPA (a partir de 2007) e, em 2013, reunia o maior número dessas unidades no país.

A pesquisa foi orientada pelas seguintes questões: qual o contexto de formulação dessa política? Que fatores motivaram a entrada e permanência das UPA na agenda governamental da saúde no estado? Como se configurou a trajetória de implementação das UPA no RJ? Como as relações intergovernamentais se estabeleceram e condicionaram esses processos?

Inicialmente, identificam-se a abordagem, o referencial de análise e os métodos empregados na pesquisa. Segue-se a descrição dos resultados do estudo, em diálogo com a literatura, enfatizando o contexto de formulação da proposta, a entrada e permanência das UPA na agenda estadual de saúde e a trajetória de implementação dessas unidades no estado. Por último, nas conclusões, destacam-se as influências das relações

intergovernamentais no processo de produção da política e suas repercussões para a configuração do sistema de atenção às urgências no estado.

## Método

O estudo se apoiou no referencial de análise de políticas públicas que tem como objeto as ações propostas e colocadas em curso pelo Estado, com destaque para as razões e o modo de atuação dos governos<sup>23</sup>. Procurou-se identificar o contexto de formulação da proposta, os fatores que condicionaram a entrada e a permanência das UPA na agenda estadual<sup>24</sup>, os atores, as estratégias e reconfigurações da política durante sua implementação<sup>25</sup>.

Neste estudo, o termo 'agenda estadual da saúde' foi adaptado de Kingdon<sup>24</sup> e refere-se ao conjunto de temas que mobilizaram a atenção dos agentes ligados ao governo do estado envolvidos com a política setorial (governador e secretário saúde, corpo dirigente da Secretaria de Estado de Saúde). Partindo desse autor, empregouse o modelo de 'múltiplos fluxos' para explicar a dinâmica das UPA na agenda governamental. O 'fluxo de problemas' está relacionado às condições que favorecem que alguns problemas despertem a atenção dos governos.

O 'fluxo de soluções' consiste na seleção de alternativas propostas pelos atores (especialistas, funcionários públicos, autoridades governamentais) para o enfrentamento dos problemas. O 'fluxo da política' vincula-se a fatos político-conjunturais que exercem influência nas decisões dos governantes (mudanças conjunturais e de dirigentes, existência de forças políticas organizadas). Quando há convergência entre esses fluxos, abre-se uma 'janela de oportunidades' para a entrada de um tema na agenda e sua tradução em uma política específica.

O estudo também se ancorou nas contribuições do institucionalismo histórico<sup>26</sup>, valorizando fatores político-institucionais, tais como o arranjo federativo, o percurso temporal da política, as heranças e a organização da gestão e prestação de serviços de saúde no estado, como condicionantes do posicionamento e das escolhas feitas pelos agentes governamentais.

A pesquisa empírica, de natureza qualitativa, reuniu fontes de informações diversas, com ênfase no período de 2007 a 2013. As estratégias metodológicas envolveram análise de documentos oficiais (projetos, regulamentações, relatórios técnicos e gerenciais), entrevistas semiestruturadas com dirigentes estaduais e municipais, e

sistematização de dados secundários fornecidos pelas secretarias de saúde.

Os entrevistados ocupavam cargos de direção, coordenação ou chefia nas secretarias e unidades de saúde, tais como: secretário de saúde, coordenador de atenção básica, da rede de atenção às urgências, de regulação, dos hospitais e das UPA. Procurou-se selecionar municípios que expressassem um perfil diversificado de UPA no estado quanto à localização, data de inauguração e modalidade de gestão. Além dos dirigentes, selecionaram-se outros atores que reuniam informações importantes sobre serviços de urgência no RJ.

Foram realizadas 51 entrevistas semiestruturadas com: o secretário e 7 dirigentes do nível central da secretaria estadual; 6 secretários e 16 dirigentes do nível central de dez secretarias municipais; 19 diretores de UPA (10 na capital, 4 na região metropolitana e 5 nas regiões do interior do estado); 1 ex-dirigente federal, e; 1 representante do legislativo do município do Rio.

As entrevistas, realizadas entre novembro de 2012 e janeiro de 2013, foram gravadas e transcritas. Na análise dos documentos e das entrevistas, adotaram-se procedimentos de decomposição e distribuição temática, visando identificar elementos recorrentes, visões comuns e divergentes entre os entrevistados.

Foram consideradas as seguintes categorias para a compreensão de continuidades e mudanças na trajetória de implementação das UPA no RJ: a coalizão político-governamental de sustentação da proposta, a dinâmica das relações intergovernamentais no processo de implantação, a direcionalidade (condução, propósito e desenho) e a institucionalidade (normas, incentivos e aspectos organizacionais) da política, o número e a localização (município e região) das UPA implantadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme os princípios legais e éticos da Resolução nº 196/96<sup>27</sup> do Conselho Nacional de Saúde. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

### Contexto e agenda estadual de saúde

O destaque da atenção às urgências e a entrada das UPA na agenda estadual da saúde a partir de 2007 relacionam-se a fatores de natureza histórico-estrutural e político-institucional, que se expressaram no processo de implantação do SUS, ainda na primeira metade dos anos 1990.

A existência na capital de um número expressivo de serviços públicos sob gestão de diferentes esferas de governo, associada à presença exuberante do setor privado e às desigualdades regionais trouxeram limites à descentralização e à organização da atenção à saúde no estado. O processo de municipalização das unidades de saúde foi marcado por conflitos e crises intergovernamentais.

No início de 1990, os serviços vinculados ao município do Rio compreendiam postos e centros de saúde desigualmente distribuídos, maternidades e hospitais de emergência de grande porte. Em face da diretriz de descentralização, houve movimentos de transferência da gestão de serviços federais para a esfera estadual (hospitais federais) e municipal (hospitais federais e Postos de Assistência Médica – PAM, que faziam pronto atendimento).

A municipalização dos PAM foi gradualmente negociada e efetivada nos anos 1990. Essas unidades tiveram destinos variados, eventualmente sendo fechadas ou convertidas em centros de saúde. Quanto aos hospitais federais, a primeira onda de descentralização de unidades para o estado (em 1991) não foi bem sucedida, resultando na devolução desses hospitais à esfera federal em 1994. Tal experiência negativa resultou em resistência dos hospitais a movimentos posteriores de descentralização ou subordinação às diretrizes da gestão municipal.

Nesse contexto, somente em dezembro de 1998 o município do Rio foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), após um longo período de conflitos com a Secretaria de Estado de Saúde<sup>28</sup>, que não queria abrir mão da gestão dos recursos financeiros federais transferidos para custeio da assistência.

No que concerne aos fatores político-conjunturais, cabe destacar: na primeira metade dos anos 2000, o acirramento das tensões entre o governo federal e a capital; em 2005, a eclosão da ‘crise da saúde’ no município do Rio, tendo como sinais a sobrecarga das emergências, a precariedade do atendimento municipal e as dificuldades da prefeitura na gestão das ações e serviços de saúde; a partir de 2007, o alinhamento político-partidário entre o governo federal e estadual, envolvendo o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

O período de 2001 a 2004, relativo ao segundo governo do prefeito Cesar Maia na capital, foi caracterizado pela exacerbção dos conflitos políticos com o governo federal na área da saúde. Algumas expressões foram a baixa adesão do município à Estratégia Saúde da Família e ao Servi-

ço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em que pesem os fortes incentivos federais para a implantação dessas estratégias.

Em 2005, já na terceira gestão de Cesar Maia, diante da alegação de estado de calamidade pública no setor hospitalar do SUS, o governo federal requisitou bens, serviços e servidores relativos a seis hospitais: quatro unidades federais que haviam sido municipalizadas em 1999 e dois grandes hospitais municipais de emergência<sup>29</sup>. Além disso, definiu uma série de prerrogativas sobre a gestão de recursos financeiros e outros serviços públicos e privados para a manutenção dos atendimentos de saúde na capital.

O município recorreu ao Supremo Tribunal Federal que julgou favoravelmente à permanência dos antigos hospitais federais sob a gestão do Ministério da Saúde, à restituição dos dois hospitais municipais à prefeitura, além de vedar o uso de servidores municipais nessas unidades federais sem a devida contrapartida financeira.

Esse episódio se desenvolveu em um contexto de crise política no âmbito nacional. Nesse contexto, o governo federal dá início a uma série de negociações visando recompor sua base de apoio, incluindo a assunção do cargo de Ministro da Saúde por Saraiva Felipe (parlamentar do PMDB) em substituição ao então Ministro Humberto Costa (PT).

O episódio, portanto, traduz um movimento de aproximação entre o PT e o PMDB que se expressa, posteriormente, na coalização político-partidária conformada na disputa das eleições presidenciais e para o governo do estado do RJ em 2006. Além disso, durante a requisição, assumem papel de destaque os diretores do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Sérgio Côrtes e do Instituto Nacional do Câncer, José Gomes Temporão, que viriam a ocupar, respectivamente, os cargos de Secretário de Estado de Saúde do RJ e Ministro da Saúde, a partir de 2007.

Os problemas evidenciados favoreceram a incorporação de propostas para melhoria da assistência à saúde nas plataformas dos candidatos ao governo estadual em 2006. Entre as propostas do então candidato Sergio Cabral (PMDB), destaca-se a abertura de postos de atenção básica com funcionamento de 24 horas, de modo a incorporar as demandas de urgências médicas e reduzir as filas dos hospitais.

O Governo Sergio Cabral iniciou-se em 2007, em situação de alinhamento político com Governo Federal (PT) e de forte oposição ao governo municipal de Cesar Maia (vinculado à época ao Partido da Frente Liberal - PFL). O contexto político foi decisivo para a formulação da proposta

das UPA, na medida em que o governo estadual toma para si a responsabilidade da prestação de serviços de urgências.

Nesse cenário, a implantação das UPA é vislumbrada como alternativa pelo Secretário de Estado de Saúde à proposta de 'postos 24 horas', tendo em vista a baixa governabilidade do estado no que tange à atenção primária, cuja gestão encontrava-se descentralizada para os municípios. As UPA atenderiam às expectativas do governador, sem necessidade do apoio das prefeituras. Também permitiriam ao estado responder de modo mais direto às dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde. Além disso, a proposta das UPA guardava coerência com a política nacional de saúde vigente<sup>30</sup>, com a formação e longa experiência profissional do secretário na gestão e atenção às urgências.

Outro ponto favorável à formulação da proposta diz respeito à existência de soluções técnicas – as estruturas modulares dos contêineres – que possibilitaram a instalação rápida e a prestação de serviços em áreas de fácil acesso e grande circulação. Ressalta-se, ainda, o acúmulo institucional propiciado por meio de experiências prévias, tais como: a da equipe dirigente que assume a Secretaria de Estado de Saúde em 2007, quanto à utilização de ferramentas de gestão hospitalar; a da equipe técnica da secretaria de saúde, na prestação de serviços de emergência em unidades próprias; a do Corpo de Bombeiros do RJ que, desde 1986, atuava na atenção pré-hospitalar móvel às urgências.

Em maio de 2007, a primeira UPA é implantada na Maré, bairro situado na periferia do município do Rio, que apresenta baixos indicadores socioeconômicos e altos índices de violência.

A Figura 1 ilustra a aplicação do modelo de fluxos de Kingdon<sup>24</sup> à análise da entrada das UPA na agenda estadual de saúde em 2007. No que concerne ao *fluxo de problemas*, destacam-se as dificuldades de acesso da população fluminense aos serviços públicos de saúde e a crise registrada no sistema de saúde da capital em meados de 2005, bem como os limites de integração dos serviços das três esferas de governo. No *fluxo das soluções*, identifica-se a atratividade para o estado da proposta das UPA em face à sua previsão na política nacional de urgências como unidade de atenção pré-hospitalar fixa, à baixa governabilidade do estado sobre a atenção básica e os hospitais, em sua maioria geridos por outras esferas de governo, à existência de alternativa técnica de rápida implantação e visibilidade política. No *fluxo da política*, destacam-se os desdobramentos da crise da saúde na capital em 2005, marcada

por conflitos intergovernamentais, as mudanças de governo em 2007, com alinhamento político entre os governos estadual e federal, o perfil do Secretário de Estado de Saúde e do Ministro da Saúde, ambos dirigentes com experiência prévia em gestão hospitalar e participação na intervenção federal na capital.

A confluência desses três fluxos em 2007 gerou uma 'janela de oportunidade' para a entrada da UPA na agenda estadual da saúde.

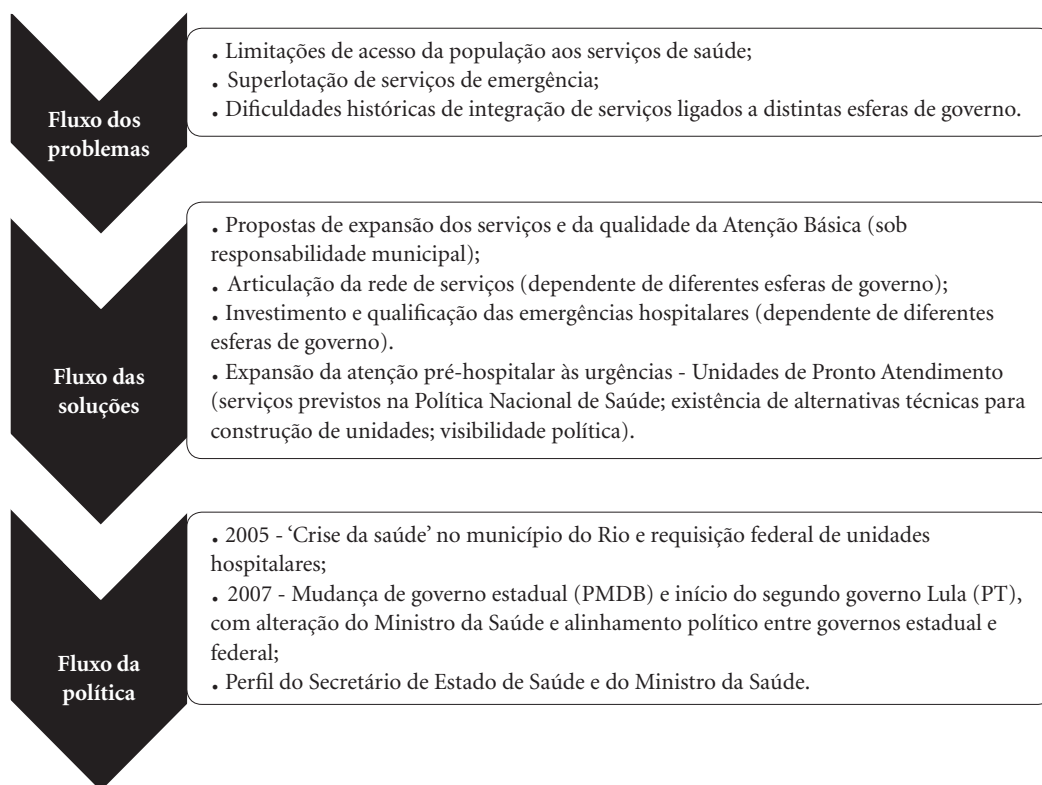
### Trajetória de implementação

O processo de implantação das UPA no RJ teve início em 2007, expandindo-se de modo significativo até dezembro de 2012, quando existiam 61 UPA em funcionamento no estado, sendo 50% localizadas na capital (Gráfico 1).

A análise da trajetória de implementação da política permitiu distinguir quatro momentos principais sistematizados no Quadro 1. Ressalta-se que a delimitação de diferentes momentos não expressa a configuração de um processo organizado ou linear de implementação. Verificaram-se superposições entre os momentos, que serviram ao propósito de identificação da dinâmica da implantação em contextos específicos.

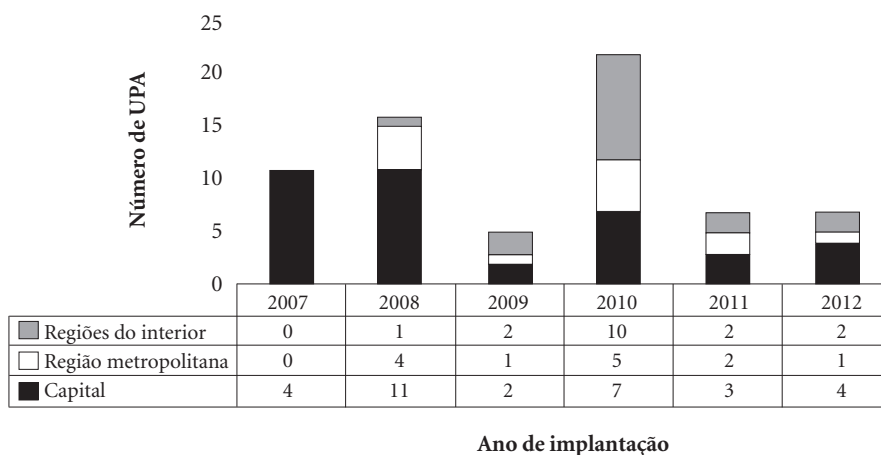
O primeiro deles, relativo ao período de 2007 a 2008, expressa os fatores que influenciaram a entrada das UPA na agenda estadual, tendo sido marcado pela coalizão que se conforma entre os partidos da Presidência (PT) e do Governador (PMDB), no plano nacional e estadual, com importantes conflitos com o município do Rio, governado por partido de oposição (PFL). Por um lado, a proposta adquire contornos políticos e se volta para a capital e a Baixada Fluminense, no contexto de disputa partidária no estado. Por outro, percebe-se a influência da coalizão no plano nacional (PT-PMDB) na formulação de estratégia de indução à implantação de UPA no país.

A política nacional de atenção às urgências teve seu processo inicial de regulamentação em 1998<sup>30</sup>. Assim, quando as UPA são implantadas no RJ, já existia um conjunto de diretrizes federais que dispunham sobre o tema. Entretanto, a utilização do termo UPA para se referir a unidades pré-hospitalares fixas aparece pela primeira vez na normatização federal quase dois anos após a abertura da primeira UPA no estado. Mas se a coalizão com o estado influenciou o desenho da política nacional, verifica-se o protagonismo da Secretaria de Estado de Saúde no processo de implantação das UPA no RJ, sendo o governo estadual o principal responsável pelos investimentos e custeio das unidades nesse período.



**Figura 1.** As UPA na agenda estadual de saúde do Rio de Janeiro a partir de 2007: os fluxos dos problemas, das soluções e da política.

Fonte: Elaboração da pesquisa com base em fontes primárias e secundárias.



**Gráfico 1.** Número de Unidades de Pronto Atendimento segundo localização geográfica e ano de implantação - Rio de Janeiro, Brasil, 2007 a 2012.

Fonte: Dados fornecidos pelas secretarias estadual e municipal de saúde do Rio de Janeiro.

**Quadro 1.** Periodização do processo de implantação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro - Brasil, 2007 a 2013.

<b>Categorias</b>	<b>2007 a 2008 Introdução e expansão metropolitana</b>	<b>2009 a 2010 Interiorização com municipalização e iniciativas de regionalização</b>	<b>2011 a 2012 Reforço metropolitano e iniciativas de constituição da RAU</b>	<b>2013' Transição com estabilização e reorientação do modelo de gestão</b>
<b>Coalizão política</b>	PT/PMDB: Federal/ Estadual. Presidência/ Ministério da Saúde (Lula/Gestão José Temporão), Governo do Estado do RJ/SES (Sergio Cabral/Gestão Sérgio Côrtes).	PT/PMDB: Federal/ Estadual/Municipal. Presidência/Ministério da Saúde (Lula/Gestão José Temporão), Governo do Estado do RJ/SES (Sergio Cabral/Gestão Sérgio Côrtes) e Prefeitura do RJ/SMS (Eduardo Paes/Hans Domann).	PT/PMDB: Federal/ Estadual/Municipal. Presidência/Ministério da Saúde (Dilma/Gestão Padilha), Governo do estado do RJ/SES (Sergio Cabral/Gestão Sérgio Côrtes) e Prefeitura do RJ/SMS (Eduardo Paes/Hans Domann).	PT/PMDB: Federal/ Estadual/Municipal. Presidência/Ministério da Saúde (Dilma/Gestão Padilha), Governo do Estado do RJ/SES (Sergio Cabral/Gestão Sérgio Côrtes) e Prefeitura do RJ/SMS (Eduardo Paes/Hans Domann).
<b>Dinâmica das relações intergovernamentais</b>	Conflitos políticos entre o governo do estado e a capital (gestão Cesar Maia).	Relações de cooperação entre os governos federal, estadual e a capital. Cooperação e conflitos entre o governo estadual e os municípios (região metropolitana e regiões do interior).	Relações de cooperação entre os governos federal, estadual e a capital. Cooperação e conflitos entre o governo estadual e os municípios (região metropolitana e regiões do interior).	Relações de cooperação entre os governos federal, estadual e a capital. Mudanças político-partidárias importantes em algumas Prefeituras da Baixada Fluminense (resultados das eleições de 2012).
<b>Direcionalidade</b>	Predominância do Executivo Estadual na condução da política no estado. Política voltada predominantemente para a capital e Baixa Fluminense, visando suprir os “vazios assistenciais” e diminuir a demanda das emergências, com o estado assumindo a gestão das UPA.	Maior equilíbrio entre o Executivo Federal e Estadual na condução da política no estado. Parceria estado/capital na condução da política no município do RJ. Expansão da implantação das UPA nas regiões do interior do estado, com municipalização e esforços de regionalização. Implantação de UPA sob iniciativa do município na capital.	Maior equilíbrio entre o Executivo Federal e Estadual na condução da política no estado. Parceria estado/capital com atuação mais expressiva da SMS na condução da política no município do RJ. Reforço da implantação da região metropolitana e apoio à constituição da RAU nas regiões de saúde do estado. Implantação de UPA sob iniciativa do município na capital.	Maior equilíbrio entre o Executivo Federal, Estadual e do Município do RJ na condução da política no estado. Parceria estado/capital, com predominância da SMS na condução da política no município do RJ, influência da política municipal sobre a estadual e estagnação do processo de implantação das UPA.

continua

Do ponto de vista técnico, a proposta se assenta na necessidade de diminuição da sobrecarga das emergências hospitalares, alterando o seu perfil de demanda. Os casos de urgência clínica

seriam atendidos pelas UPA e aqueles de maior complexidade pelos hospitais.

No que tange aos critérios de escolha dos locais de implantação, foram priorizadas as áreas



Quadro 1. continuação

Categorias	2007 a 2008 Introdução e expansão metropolitana	2009 a 2010 Interiorização com municipalização e iniciativas de regionalização	2011 a 2012 Reforço metropolitano e iniciativas de constituição da RAU	2013* Transição com estabilização e reorientação do modelo de gestão
<b>Institucionalidade</b>	Criação da SESDEC (2007). Regras e incentivos predominantemente estaduais.	Regras e incentivos estaduais e federais. Municipalização e estratégias de articulação com o processo de regionalização (início de implantação dos CGR em 2009). Criação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil na capital. Adoção do modelo OS nas UPA sob gestão do município na capital.	Regras e incentivos estaduais e federais (RAU). Separação da SESDEC (2011) e criação da Coordenação da RAU (2012). Retirada da Fiotec do processo de contratação de profissionais (2012). Adoção do modelo OS nas UPA sob gestão do município na capital. Criação dos Centros de Emergência Regional no município do RJ.	Regras e incentivos estaduais e federais (RAU). Início da implantação do modelo OS nas UPA sob gestão do estado.
<b>Localização e número de UPA implantadas</b>	Capital: 15 Região Metropolitana: 4 Regiões do Interior: 1 Total: 20	Capital: 9 Região Metropolitana: 6 Regiões do interior: 12 Total: 27	Capital: 7 Região Metropolitana: 4 Regiões do interior: 3 Total: 14	Capital: 0 Região Metropolitana: 0 Regiões do interior: 0 Total: 0

\* Situação observada em janeiro de 2013.

Fonte: Elaboração da pesquisa com base em fontes primárias e secundárias.

com 'vazios assistenciais', próximas a hospitais e vias de intensa circulação, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde pela população.

Entretanto, as disputas dificultaram, naquele momento, a formulação de uma política de atenção às urgências integrada, incorporando os diversos níveis e tipos de serviços geridos pelas diferentes esferas de governo. Por sua vez, a priorização de áreas carentes, propiciou a captação pelas UPA de uma demanda reprimida, seja por razões socioeconômicas ou pela escassez de serviços, que trouxe desafios para gestão e organização da atenção à saúde.

Em relação aos aspectos institucionais, merecem destaque duas iniciativas no início de 2007: a criação da Secretaria de Estado de Saúde e de Defesa Civil (SESDEC), resultado da fusão de duas secretarias, que influenciou a expansão do SAMU na região metropolitana sob responsabilidade estadual e comando do corpo de bombeiros, dada a sua tradição na atenção pré-hospitalar móvel às

urgências; a presença dos bombeiros na gestão e prestação de serviços, justificada pela sua experiência e pela possibilidade de fixação de profissionais. Parte importante dos médicos e enfermeiros das UPA estaduais eram bombeiros, tendo ocorrido em 2010 um concurso público voltado para a lotação desses profissionais nas UPA.

O período de 2007-2008 resultou na implantação de 20 UPA, sendo 15 na capital, 4 na Baixada Fluminense (1 em Belfort Roxo, 2 em Duque de Caxias e 1 em Nova Iguaçu) e 1 em Barra Mansa, todas sob Administração Direta do estado.

O segundo momento, entre 2009 a 2010, caracterizou-se pela coalizão político-partidária conformada com a eleição do Prefeito Eduardo Paes (PMDB) na capital. A partir de então, o acordo político firmado entre as três esferas de governo repercutiu na organização da atenção às urgências no estado.

Destaque-se que, desde a campanha e durante o período de transição, a montagem da proposta de governo de Eduardo Paes para a saúde contou

com a participação de atores técnico-políticos ligados à Secretaria de Estado de Saúde. A aliança firmada entre o estado e o município propiciou a adoção de iniciativas estaduais e parcerias na condução da política de atenção às urgências na capital. A estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde reproduziu a unificação entre a saúde e a defesa civil já adotada pelo estado.

O mandato de Eduardo Paes na saúde foi marcado, desde o início, pela expansão da atenção básica por meio das 'Clínicas da Família', que representam uma adaptação da Estratégia Saúde da Família ao contexto municipal. A estratégia do município compreendeu a construção de um expressivo número de unidades, a reforma de antigos centros de saúde para abrigar equipes de Saúde da Família, a contratação de Organizações Sociais (OS) para gerir as Clínicas de Família, o recrutamento de profissionais de saúde por meio das OS, e o desenho de 'carteiras de serviços' de atenção básica, incluindo procedimentos de apoio diagnóstico e medicamentos.

No entendimento de um gestor municipal entrevistado, a atenção às urgências de baixa complexidade deveria ser contemplada nas unidades básicas existentes na capital, o que demandaria seu funcionamento em horário estendido. No entanto, apesar da expansão significativa, a oferta da atenção básica no início de 2013 ainda era insuficiente e havia poucas unidades funcionando em horário ampliado.

Uma segunda marca deste governo foi a inauguração das UPA municipais, nos mesmos moldes das estaduais, a partir de 2010. A meta inicial envolvia a implantação de 40 UPA no município. Nas entrevistas, os dirigentes da capital indicaram as mesmas justificativas do governo estadual para implantação de UPA municipais: a necessidade de diminuir as demandas de baixa complexidade nas grandes emergências hospitalares.

Do ponto de vista organizacional, verificou-se a influência do modelo adotado pelo estado, inclusive com a compra do mesmo tipo de estrutura física para a instalação das unidades. Houve o repasse para o município de três UPA que inicialmente haviam sido geridas pelo governo estadual. No entanto, no caso do município, desde o início as UPA foram inauguradas sob a gerência de OS, modalidade administrativa regulamentada em 2009, algumas das quais também assumiram Clínicas de Família e, posteriormente, os Centros de Emergência Regional (CER).

A partir de então, configurou-se no município um diversificado mercado de OS, voltadas para gestão de um tipo de serviço ou assumindo diferentes perfis de unidades. Segundo os en-

trevistados, a regulação das OS pelo município era feita por meio de contrato de gestão e pelo acompanhamento de relatórios gerenciais mensais, que compreendiam informações sobre o funcionamento das UPA, abrangendo o processo de atenção e os resultados. Já a contratação do conjunto de profissionais feita por meio das OS, em geral, seguia processo seletivo simplificado (análise de currículo e entrevista), e vínculo regido pela Consolidação das Leis do Trabalho.

No que tange à implantação das UPA nas demais regiões do estado, esse período conformou um novo momento pela interiorização, estímulo à municipalização da gestão e esforços de articulação desse processo com a implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Ressalta-se que a implantação dos CGR iniciou-se em 2009, influenciada por diversos fatores, entre eles, as políticas federais que enfatizavam a importância da negociação regional<sup>31</sup>.

Ainda que a municipalização da gestão tenha se expressado de modo mais significativo nas regiões do interior, observaram-se situações de descentralização de unidades que, posteriormente, retornaram à administração do estado.

Percebeu-se, a partir desse momento, maior influência do Ministério da Saúde na implantação das UPA no RJ, por meio da publicação de novas portarias e repasse de recursos de investimento e custeio. Embora a participação do estado no financiamento das UPA tenha permanecido significativa, as diretrizes federais estimularam a negociação regional e a adesão municipal e provocaram uma reorientação da política.

Nas entrevistas com dirigentes estaduais, foram relatadas iniciativas de indução à participação e à negociação intermunicipal no processo de implantação das UPA. Entre estas, destaca-se o projeto 'UPA-redes' que envolvia rodadas de negociação regional com os municípios, incluindo secretários de saúde, coordenadores hospitalares e da atenção básica. Entretanto, segundo alguns dirigentes municipais, a participação dos municípios nesse processo foi frágil, o que favoreceu a visão das UPA como um 'projeto estadual'.

Outras estratégias estaduais de apoio à organização municipal e regional de serviços expandiram-se nesse período, envolvendo mecanismos de transferência de recursos específicos. Entre eles, destacam-se os mecanismos de cofinanciamento da atenção básica segundo critérios redistributivos, vigentes desde 2008, e o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), implantado a partir de 2010.

O período 2009-2010 resultou na implantação de 27 UPA, sendo 12 localizadas no interior,

9 na capital e 6 em outros municípios da região metropolitana, garantindo o funcionamento das UPA na maioria das regiões do estado.

O terceiro momento, entre 2011 a 2012, foi marcado pela manutenção da coalizão política entre os governos federal, estadual e municipal, com reforço metropolitano e estímulos para conformação da rede de atenção às urgências, no contexto de regulamentação nacional específica. O período também se caracterizou por um maior protagonismo da prefeitura na condução da política na capital.

Em 2012, foram inaugurados quatro Centros de Emergência Regionais (CER) no município do Rio, que são unidades de atendimento às urgências similares às UPA, acopladas a grandes hospitais de emergência. A principal justificativa dada para a abertura desses centros foi 'desafogar a emergência' e oferecer atenção às urgências de complexidade intermediária de forma qualificada. Os atendimentos prestados poderiam contar com a estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico e de especialidades do hospital e de mecanismos para transferência de pacientes quando necessário.

Os CER também foram inaugurados sob gestão das OS. Alguns dirigentes admitiram que essa foi a alternativa adotada para a contratação de trabalhadores tendo em vista a expansão dos serviços prestados nas emergências hospitalares. Outra atribuição proposta para o CER seria a coordenação do fluxo de atenção às urgências em uma dada região, porém reconheceu-se que isso ainda não estava implantado no início de 2013.

No que se refere à institucionalidade da política no plano estadual, ressalta-se que a partir de 2011, ocorreu desmembramento da SESDEC e, gradativamente, reduziu-se a participação dos bombeiros na gestão e prestação de serviços nas UPA estaduais. O SAMU, por sua vez, ficou sob comando da Secretaria de Defesa Civil. Em um primeiro momento, parte dos profissionais atuou em regime de cessão para a SES; porém, paulatinamente, houve diversificação de contratação de médicos e enfermeiros por outros tipos de vínculos.

Nesse período, notou-se o agravamento da situação da gestão da força de trabalho nas UPA. Enquanto a seleção dos bombeiros era dependente de concurso público ou de transferência de profissionais para as UPA, a dos demais médicos e enfermeiros ocorria por meio de processos seletivos simplificados. Outros tipos de profissionais (como técnicos de enfermagem) possuíam vínculos diversos e os serviços de apoio diagnóstico (radiologia, laboratório) ou logístico (limpeza) eram terceirizados.

Em relação aos esforços de conformação da rede de urgências, destaca-se a criação de uma coordenação específica vinculada à Subsecretaria de Atenção à Saúde do Estado. A conformação dessa estrutura permitiu a proposição de diretrizes para articulação dos componentes da rede, mas também evidenciou as dificuldades relativas à regulação no estado. Observou-se, ainda, a adoção de estratégias para expansão dos atendimentos de urgências na atenção básica, tais como a implantação do acolhimento com classificação de risco nas unidades e a criação de incentivos financeiros.

No período 2011-2012, foram implantadas 14 UPA, sendo 11 na região metropolitana – 7 na capital e 4 em outros municípios dessa região – e 3 nas regiões do interior do estado.

O último momento refere-se ao período entre novembro de 2012 e janeiro de 2013. Este se configura com a vitória no primeiro turno das eleições municipais do Prefeito Eduardo Paes, que inicia seu segundo mandato em 2013, e com mudanças político-partidárias que resultaram em trocas das equipes de gestão das secretarias municipais de saúde.

Observou-se uma inflexão no processo de implantação das UPA no estado, pois a gestão das unidades estaduais estava sendo transferida da Administração Direta para OS. Segundo os entrevistados, cada OS teria sido selecionada para gerir 3 ou 4 UPA estaduais, não necessariamente na mesma região. Algumas dessas OS já teriam experiência prévia de atuação na capital, enquanto outras seriam provenientes de outros estados.

A adoção das OS nas UPA estaduais, sugere influência da política municipal sobre a condução estadual, que adota o novo modelo de gestão depois de esgotadas outras alternativas de contratação e fixação de profissionais. Tal contexto de transição estava marcado por tensões e instabilidade, sendo que vários coordenadores de UPA estaduais ainda não tinham definida a sua própria situação na unidade, tampouco tinham informações suficientes sobre a forma de seleção da OS e permanência da equipe de profissionais.

No que tange ao município do Rio, verificou-se a proposta de continuar a expansão da atenção básica por meio das Clínicas de Família. Em janeiro de 2013, o município contava com 14 UPA municipais (além das estaduais) e o entendimento da equipe de governo era de que esse número seria suficiente para o cumprimento de suas atribuições na atenção às urgências. Os entrevistados relataram a possibilidade de abertura de mais duas UPA em locais específicos, tendo sido enfatizada a prioridade da expansão da atenção básica e dos CER.

Em síntese, no início de 2013, a estrutura de atenção às urgências no município do Rio incluía um número expressivo de serviços, ligados às diferentes esferas de governo, com perfis variados de atendimento: as unidades de atenção básica (Clínicas da Família, centros e postos de saúde); o componente pré-hospitalar móvel (SAMU; central e ambulâncias); o componente de atendimento pré-hospitalar fixo (UPA e CER); as emergências hospitalares. Em que pese o número expressivo de serviços existentes, problemas relativos à superlotação, qualidade, resolubilidade e integração foram mencionados pela maioria dos entrevistados, comprometendo a conformação da rede de atenção às urgências.

## Conclusões

A análise do processo de produção da política relacionada às UPA no estado do RJ evidencia forte interdependência federativa, envolvendo os entes federal, estadual e a capital. Conflitos, acordos e influências recíprocas marcaram o contexto de formulação da proposta, bem como sua trajetória de implementação, indicando a existência de vários ciclos concomitantes de produção da política, com participação das diferentes esferas de governo.

Sob distintos contextos e motivados por fatores de natureza diversa, estabeleceu-se importante coalizão intergovernamental que sustentou, do ponto de vista técnico e político, a entrada e permanência das UPA na agenda estadual da saúde, no período de 2007 a 2013. Mudanças foram observadas no que tange à direcionalidade e à institucionalidade, com alterações no comando da política (maior ou menor protagonismo do gestor estadual, federal e da capital).

Por sua vez, os contornos políticos da proposta e os acordos intergovernamentais estabelecidos favoreceram rápida e ampla disseminação das UPA no município do Rio e em diversas regiões do estado. Destaca-se o papel da Secretaria de Estado de Saúde na gestão e prestação dos serviços na maior parte do período analisado. A implantação das UPA resultou na conformação de um número significativo de novas unidades, em mudanças nas formas de gestão e funcionamento de serviços previamente existentes (particularmente, a atenção básica e as emergências

hospitalares) e na valorização do papel do governo estadual na atenção às urgências.

Entretanto, ressalta-se o caráter tardio do enfoque regional e da rede de atenção às urgências no processo de implantação da política. Dessa forma, o ritmo acelerado de implantação das UPA não ocorreu associado às iniciativas de melhoria dos demais componentes de atenção às urgências, estas dependentes de planejamento integrado e atuação coordenada entre distintas esferas de governo. A fragmentação e a desarticulação institucional (intra e intergovernamental), assim como as disputas entre os governos no processo de condução da política, comprometeram a integração dos diversos componentes da atenção às urgências no estado.

## Colaboradores

LD Lima e CV Machado foram responsáveis pela concepção, coleta e análise das informações e redação do artigo. G O'Dwyer, TWF Baptista, CLT Andrade e MT Konder participaram da coleta e análise das informações, confecção dos quadros e figuras, redação e revisão final do artigo.

## Agradecimentos

A pesquisa contou com recursos do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e da Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj). Agradecemos ao Prof. Nelson Ibañez, à Secretaria de Estado de Saúde e às secretarias municipais pelo apoio na realização do estudo.

## Referências

1. Elazar DJ. *Exploring federalism*. Tuscaloosa: University of Alabama Press; 1987.
2. Pierson P. Fragmented Welfare States: federal institutions and the development of social policy. *Governance* 1995; 8(4):448-478.
3. Obinger H, Leibfried S, Castles, F. *Federalism and the Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
4. Castro Santos LA. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados* 1985; 28(2):193-210.
5. Hochman G. *A Era do Saneamento – as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2006.
6. Fonseca CMO. *Saúde no Governo Vargas (1930-45): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
7. Viana AL, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):493-507.
8. Almeida MHT. O Estado no Brasil contemporâneo. In: Melo CR, Sáez MA, organizadores. *A Democracia Brasileira: balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2007. p. 17-37.
9. Arretche MTS. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. *Dados* 2009; 52(2):377-423.
10. Franzese C, Abrucio FL. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: Hochman G, Faria CAP, organizadores. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 381-386.
11. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
12. Viana AL, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):807-817.
13. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cad Saude Publica* 2007; 23(9):2113-2126.
14. Miranda A. Processo decisório em Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde: governabilidade resiliente, integração sistêmica (auto) regulada. *Rev. Polit. Planej. Gestão Saúde/Abrasco* 2010; 1(1):117-139.
15. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):204-211.
16. Lima LD, Queiroz L, Machado CV, Viana ALD. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1903-1914.
17. Brasil. Portaria GM/MS n. 1.600, de 7 jul. 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 8 jul.
18. Lima LD, Machado CV, Baptista TWF, Pereira AMM. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual do SUS. In: Ugá MA, Sá MC, Martins M, Neto FCB, organizadores. *A gestão do SUS no âmbito estadual*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 27-58.
19. Natal J. *O estado do Rio de Janeiro pós-1995: Dinâmica econômica, rede urbana e questão social*. Rio de Janeiro: Publicati; 2005.
20. Lessa C. *O Rio de todos os Brasis*. Rio de Janeiro: Record; 2005.
21. Parada R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis* 2001; 1(1):19-104.
22. Kuschnir R, Chorny A, Lira AML, Sonoda G, Fonseca TMP. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: Ugá MA, Sá MC, Martins M, Neto FCB, organizadores. *A gestão do SUS no âmbito estadual*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 215-240.
23. Marques E. As políticas públicas na Ciência Política. Marques E, Faria MAP, organizadores. *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Editora Fiocruz; 2013. p. 23-46.
24. Kingdon JW. *Agenda, alternatives and public policies*. New York: Harper Collins College Publishers; 1995.
25. Hogwood B, Gunn L. *Policy analysis for the real world*. Oxford: Oxford University Press; 1984.
26. Thelen K, Steinmo S, editors. *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
28. Lima LD. A Comissão Intergestores Bipartite: a CIB do Rio de Janeiro. *Physis* 2001; 11(1):199-252.
29. Brasil. Decreto Presidencial n. 5.392, de 10 de março de 2005. Declara estado de calamidade pública no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 11 mar.
30. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):519-528.
31. Vianna RP, Lima LD. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis* 2013; 23(4):1025-1049.

Artigo apresentado em 25/03/2014

Aprovado em 10/08/2014

Versão final apresentada em 12/08/2014