

Núcleo RMNatal  
OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES

# Em tempos de Pandemia: contribuições do Observatório das Metrópoles - Núcleo Natal

Maria do Livramento Miranda Clementino  
Lindijane de Souza Bento Almeida  
Brunno Costa do Nascimento Silva

*Organizadores*



Observatório  
das Metrópoles  
Instituto Nacional de  
Ciência e Tecnologia

LETRACAPITAL

*Copyright* © Maria do Livramento Miranda Clementino,  
Lindijane de Souza Bento Almeida e Brunno Costa do Nascimento Silva  
(Organizadores) 2020

*Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/02/1998.*

*Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida ou transmitida, sejam quais forem os meios empregados, sem a autorização prévia e expressa do autor.*

EDITOR João Baptista Pinto

CAPA Luiz Guimarães

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO Luiz Guimarães

REVISÃO Rita Luppi

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA FONTE  
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

---

E44

Em tempos de pandemia [recurso eletrônico]: contribuições do Observatório das Metrôpoles: núcleo Natal / organizadores Maria do Livramento Miranda Clementino, Lindijane de Souza Bento Almeida, Brunno Costa do Nascimento Silva. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020.

Recurso digital

Formato: epub

Requisitos do sistema: adobe digital editions

Modo de acesso: world wide web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87594-04-0 (recurso eletrônico)

1. Governança pública. 2. Coronavírus (Covid-19). 3. Observatório das Metrôpoles. Núcleo Natal. 4. Livros eletrônicos. I. Clementino, Maria do Livramento Miranda. II. Almeida, Lindijane de Souza Bento. III. Silva, Brunno Costa do Nascimento.

20-65055

CDD: 303.485

CDU: 35:616-036.22(81)

---

Camila Donis Hartmann - Bibliotecária - CRB-7/6472

LETRA CAPITAL EDITORA  
Tels.: (21) 3553-2236/2215-3781  
[www.letracapital.com.br](http://www.letracapital.com.br)

*O conteúdo deste livro  
passou pela supervisão e avaliação de um  
Comitê Gestor e Editorial  
formado pelos seguintes pesquisadores:*

**Comitê Gestor**

Ana Lúcia Rodrigues  
Luciana Corrêa do Lago  
Luciana Teixeira de Andrade  
Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro  
Maria do Livramento M. Clementino  
Olga Firkowski  
Orlando Alves dos Santos Júnior  
Rosetta Mammarella  
Sergio de Azevedo  
Suzana Pasternak

**Comitê Editorial**

Adauto Lúcio Cardoso  
André Ricardo Salata  
Érica Tavares  
Juciano Martins Rodrigues  
Marcelo Gomes Ribeiro  
Mariane Campelo Koslinski  
Marley Deschamps  
Nelson Rojas de Carvalho  
Ricardo Antunes Dantas de Oliveira  
Rosa Maria Ribeiro da Silva  
Rosa Moura

## Sumário

Apresentação.....	13
<i>Maria do Livramento Miranda Clementino</i>	
<i>Lindijane de Souza Bento Almeida</i>	
<i>Brunno Costa do Nascimento Silva</i>	
Parte I: Gestão, governança metropolitana e governança colaborativa em tempos de pandemia .....	19
Capítulo 1 Governança metropolitana em tempos de pandemia..	20
<i>Raquel Maria da Costa Silveira</i>	
<i>Lindijane de Souza Bento Almeida</i>	
<i>Sara Raquel Fernandes Queiroz de Medeiros</i>	
<i>Brunno Costa do Nascimento Silva</i>	
<i>Kassinely Souza de Melo</i>	
<i>Gabriel Rodrigues da Silva</i>	
Capítulo 2 O território como aposta: a eclosão do conflito federativo e a gestão metropolitana como potência .....	32
<i>Sara Raquel Fernandes Queiroz de Medeiros</i>	
<i>Raquel Maria da Costa Silveira</i>	
<i>Richardson Leonardi Moura da Câmara</i>	
<i>Gabriel Rodrigues da Silva</i>	
Capítulo 3 A colaboração em tempos de pandemia e o protagonismo do Consórcio Nordeste .....	44
<i>Maria do Livramento Miranda Clementino</i>	
<i>João Victor Rocha de Queiroz</i>	
<i>Lindijane de Souza Bento Almeida</i>	
<i>Raquel Maria da Costa Silveira</i>	
<i>Richardson Leonardi Moura da Câmara</i>	
<i>Brunno Costa do Nascimento Silva</i>	

Capítulo 4 Regionalização do SUS no enfrentamento da Covid-19: urgências e desafios .....	58
---	----

*Sara Raquel Fernandes Queiroz de Medeiros*

*Raquel Maria da Costa Silveira*

*Lindijane de Souza Bento Almeida*

*Richardson Leonardi Moura da Câmara*

*Gabriel Rodrigues da Silva*

*Kassinely Souza de Melo*

*Brunno Costa do Nascimento Silva*

Capítulo 5 A Covid-19 no contexto do Rio Grande do Norte: uma análise sobre as vulnerabilidades e medidas de enfrentamento em pequenos municípios do estado .....	72
---	----

*Rylanneive Leonardo Pontes Teixeira*

*Zoraide Souza Pessoa*

*Yonara Claudia dos Santos*

*Ana Célia Baía Araújo*

*Eunice Ferreira Carvalho*

Parte II: Cidades e atores em tempos de pandemia.....	92
---	----

Capítulo 6 O papel das universidades públicas brasileiras à luz do contexto de pandemia .....	93
---	----

*Lindijane de Souza Bento Almeida*

*Raquel Maria da Costa Silveira*

*Brunno Costa do Nascimento Silva*

*João Victor Rocha de Queiroz*

*Pedro Henrique Correia do Nascimento de Oliveira*

Capítulo 7 Incremento na burocracia em nível de rua em tempos de pandemia: um estudo de caso sobre a inserção profissional dos novos médicos formados pela UFRN.....	114
--	-----

*Raquel Maria da Costa Silveira*

*Lindijane de Souza Bento Almeida*

*João Victor Rocha de Queiroz*

*Brunno Costa do Nascimento Silva*

*Pedro Henrique Correia do Nascimento de Oliveira*

## CAPÍTULO 1

---

# Governança metropolitana em tempos de pandemia

---

*Raquel Maria da Costa Silveira*  
*Lindijane de Souza Bento Almeida*  
*Sara Raquel Fernandes Queiroz de Medeiros*  
*Brunno Costa do Nascimento Silva*  
*Kassinely Souza de Melo*  
*Gabriel Rodrigues da Silva*

**Resumo:** O enfrentamento da Covid-19 no Brasil colocou em evidência a discussão sobre o pacto federativo brasileiro. A multiplicidade de medidas adotadas pelos entes federal, estadual e municipal vem gerando controvérsias e colocando em destaque as relações intergovernamentais. São vários decretos regulando, restringindo e suspendendo atividades socioeconômicas. No entanto, as principais medidas de isolamento social partiram dos estados, tornando-se alvo de dissenso em âmbito federal. Nesse contexto, a ausência de medidas tomadas a partir da dimensão metropolitana tem se apresentado como uma questão a ser enfrentada pelos gestores públicos, uma vez que as regiões metropolitanas concentram a população e os principais arsenais de saúde aptos ao combate da Covid-19 no país. Desse modo, o presente capítulo tem como objetivo evidenciar os desafios da governança metropolitana em tempos de pandemia tendo como recorte territorial, para a análise, a Região Metropolitana de Natal (RMN). Metodologicamente, foram adotados os procedimentos de pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, a partir da análise de decretos estaduais e municipais e levantamento de reportagens dos principais meios de comunicação do Estado do Rio Grande do Norte. Ao final, é possível destacar a ausência de uma governança capaz de mediar, regulamentar e solucionar os embates surgidos entre os municípios da RMN e o governo estadual.

**Palavras-chave:** Covid-19. Relações intergovernamentais. Região Metropolitana de Natal.

**Abstract:** The confrontation of Covid-19 in Brazil highlighted the discussion about Brazilian's federative pact. The multiplicity of measures adopted by the federal, state and municipal entities has been generating controversies. There are several decrees regulating, restricting and suspending socioeconomic activities. However, the main measures of social isolation came from the states, becoming the subject of dissent on the federal level. Furthermore, the lack of emphasis on the metropolitan dimension, when planning actions to deal with the new coronavirus, has been presented as an error by public managers, once the metropolitan regions concentrate the population and the main health arsenals to combat Covid-19 in the country. The divergence in governmental actions between the different spheres of government is observed. Thus, this chapter aims to evidence the challenges of metropolitan governance in times of a pandemic, having the Metropolitan Region of Natal (RMN) as an analysis area. Methodologically, bibliographic research procedures (metropolitan management and governance; aspects of federalism) and documental research (state and municipal decrees; reports from the main media in the state of Rio Grande do Norte) were adopted. At the end, it is possible to highlight the governance absence capable of mediating, regulating and resolving the conflicts between the municipalities of RMN and the state government.

**Keywords:** Covid-19.

## Introdução

O enfrentamento da Covid-19 no Brasil colocou em evidência a discussão sobre o pacto federativo brasileiro. A multiplicidade de medidas adotadas pelos entes federal, estadual e municipal vem gerando controvérsias. São vários decretos regulando, restringindo e suspendendo atividades socioeconômicas. No entanto, as principais medidas de isolamento social partiram dos estados, tornando-se alvo de dissenso em âmbito federal.

Além disso, a ausência de destaque para a dimensão metropolitana, ao se planejar ações de enfrentamento ao novo coronavírus, tem se apresentado como um erro por parte dos gestores públicos, uma vez que as regiões metropolitanas (RMs) concentram a população e os principais arsenais de saúde de combate à Covid-19 no país.

Apesar disso, a governança metropolitana não é levada em consideração pelos governos ao se planejar as ações de prevenção e combate ao novo vírus. O que se observa é a divergência nas ações governamentais entre as diferentes esferas de governo. Diante do contexto apresentado, o presente estudo objetivou evidenciar os desafios da governança metropolitana em tempos de pandemia tendo como recorte territorial, para a análise, a Região Metropolitana de Natal (RMN).

Para tanto, metodologicamente, foram adotados os procedimentos de pesquisa bibliográfica (gestão e governança metropolitana; aspectos do federalismo) e pesquisa documental (decretos estaduais e municipais; levantamento de reportagens dos principais meios de comunicação do Estado do Rio Grande do Norte).

O capítulo se encontra estruturado em mais dois momentos. O primeiro versa sobre os aspectos do federalismo no atual cenário de pandemia pela Covid-19. O segundo, por sua vez, recai no debate sobre a governança metropolitana na RMN, sendo possível constatar que os decretos estaduais e municipais evidenciam a ausência de uma governança capaz de mediar, regulamentar e solucionar os embates surgidos entre os municípios da RMN e o governo estadual.

## 1. Desafios entre os níveis federativos face ao novo coronavírus

Após alcançar o Supremo Tribunal Federal (STF), uma decisão liminar proferida, em 08/04/2020, pelo ministro Alexandre de Moraes, possibilitou aos estados a edição de suas próprias normas sem que as restrições impostas pelos normativos estaduais sejam revertidas pela União. O tema foi alvo de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental proposta pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (ADPF 672 / DF). As decisões evidenciaram um conflito federativo, tendo como objeto matéria fundamental no atual cenário: a cooperação entre os entes como instrumento essencial e imprescindível para a defesa do interesse público. Relembrou o STF na decisão: a Separação de Poderes e o Federalismo se constituem como cláusulas pétreas de nossa Constituição Federal (CF) e, portanto, devem funcionar como balizadores ao exercício do poder pelos governos.

No mesmo sentido, e em julgamento à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6.341, no dia 15/04/2020, o plenário do STF

reafirmou a competência concorrente dos entes federados para o combate ao coronavírus, resguardando-se à União a possibilidade de legislar sobre o tema (assim como fez por meio da MP 926/2020 e da Lei Federal 13.979/2020), desde que resguarde a autonomia dos estados e municípios.

Os julgamentos citados põem em destaque temas como o federalismo brasileiro e o modelo de repartição de competências, que, no Brasil, pauta-se na predominância de interesses. O federalismo tem como pressuposto a autonomia das entidades federativas e um modelo de repartição de competências legislativas, administrativas e tributárias – instituindo o pacto federativo. Esse modelo é sintetizado da seguinte forma: ao ente federal interessam os temas de defesa nacional; aos estados, por sua vez, cumpre atuar em matéria que envolva o seu próprio território, reservando-se a este ente as competências que não lhes sejam vedadas pela Constituição (competência remanescente); aos municípios, cumpre atuar sobre temas de interesse local. Vale ressaltar que, para cada política setorial, os normativos específicos definirão o limite da atuação de cada ente, a exemplo das atuações comuns na área da saúde com atribuições distintas definidas pela Lei Federal nº 8.080/1990.

A divisão de competências pactuada deveria ser capaz de gerar o equilíbrio. Contudo, a realidade demonstra que essa síntese não se concretiza de forma tão intuitiva, pois alguns temas se limitam às chamadas competências legislativas concorrentes e materiais comuns.

Quando falamos em competências comuns, nos referimos a corresponsabilidades de atuação ou execução de políticas, significando a necessidade de atuação em torno de temáticas comuns e cooperação entre os entes. As competências legislativas concorrentes, por sua vez, envolvem União, estados e Distrito Federal, cabendo à União traçar diretrizes gerais, não excluindo a competência suplementar dos estados que, ante a inexistência de normas gerais e da atuação legislativa da União, exercerão competência plena para atender às suas peculiaridades. Trata-se de norma constitucional, explícita e, até o momento, pouco controversa. Se a repartição de competência era, até então, uma regra de convivência, a atual crise evidenciou o conflito em sua prática. Desse modo, a pandemia expôs conflitos brasileiros ainda pouco evidentes.

Este é mais um deles: dentre as competências legislativas concorrentes, podemos citar o art. 24, XII, CF, segundo o qual cabe à União,

aos estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre proteção e defesa da saúde. O debate se torna ainda mais complexo quando o município entra em cena. Isso porque, por exemplo, o cuidado com a saúde (art. 23, II, CF) é competência material comum à União, estados, Distrito Federal e municípios. Quando se trata da política de saúde, deve-se, ainda, observar uma complexidade maior, tendo em vista a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS) previsto no art. 198, CF, e a execução de serviços e distribuição dos encargos financeiros entre os entes.

No entanto, esse debate se torna mais complexo quando consideramos que a atual crise não envolve apenas a saúde: o surgimento do vírus e o contágio da espécie humana são reflexos da relação estabelecida entre a nossa sociedade e o meio ambiente. Ainda, as medidas de restrição e isolamento geram reflexos aos comércios, à agricultura e à indústria e, conseqüentemente, à economia e ao aumento da pobreza. Nesse sentido, outros temas, igualmente de competência comum (proteção ambiental e combate à pobreza - art. 23, VI e X, CF), entram em cena demonstrando a profundidade e complexidade do atual contexto.

As decisões do STF aqui em destaque, entretanto, trataram de mediar o conflito entre União e entes locais. Ocorre que as controvérsias entre estados e municípios parecem ampliar-se. É nesse cenário que os municípios reivindicam o seu papel de legislar sobre temas de interesse local, principalmente quanto aos temas que geram reflexos políticos. Mas o que seriam os assuntos de interesse local em tempo de pandemia? Não caberia aos entes municipais o regramento sobre comércios, feiras e transportes? Esse é um conflito que se evidencia a cada dia.

Somando-se a um conflito entre estados e municípios, aqui, acrescentaremos outra dimensão a esse debate já complexo: **a esfera metropolitana**. A questão metropolitana não vem sendo evidenciada na abordagem à Covid-19. As grandes cidades e centros de decisões que integram as regiões metropolitanas, onde vivem 47,5% da população brasileira (IBGE, 2019), abrigam os principais arsenais de saúde de combate à pandemia, e concentram as maiores densidades habitacionais, “liderando” no número de infectados e de óbitos.

## 2. Por uma governança metropolitana

As primeiras RMs brasileiras foram instituídas pela Lei Complementar Federal n° 14, de 8 de junho de 1973, sob a égide do regime militar, sendo a União, naquela época, responsável pela gestão das RMs. Posteriormente, com a promulgação da Constituição de 1988, em virtude da descentralização ocorrida no Estado brasileiro, foi atribuído aos estados a função de instituir e legislar as RMs (SILVA *et al.*, 2019). Apesar disso, ainda não se constata a existência da abertura de um espaço efetivo para discussão acerca dos problemas intrínsecos nas regiões metropolitanas (SILVA, *et al.*, 2018). Na atual conjuntura de pandemia provocada pela Covid-19 essa característica é ressaltada.

Em sentido oposto à harmonia e conjunção de esforços, que podem ser alcançadas com a governança metropolitana, a divergência entre os governos de esferas distintas tem se colocado como mais um dos desafios que o Brasil enfrenta durante a pandemia. O resultado prático e o saldo do momento, além da questão de saúde pública, são a insegurança e perda de confiança da sociedade em relação aos governos, além da ineficiência das medidas adotadas.

A reflexão acerca do tema será realizada com base no contexto norterriograndense de enfrentamento à Covid-19, tendo-se como recorte de análise os municípios da Região Metropolitana de Natal funcional: Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Extremoz e Macaíba.

O transporte público, as feiras-livres e o funcionamento dos comércios, por exemplo, eram temas, até então, puramente de interesse local. Porém, as medidas de gestão da crise publicadas pelo governo estadual potiguar têm abrangido algumas dessas temáticas a partir de duas frentes: o combate à pandemia e a prevenção ao contágio.

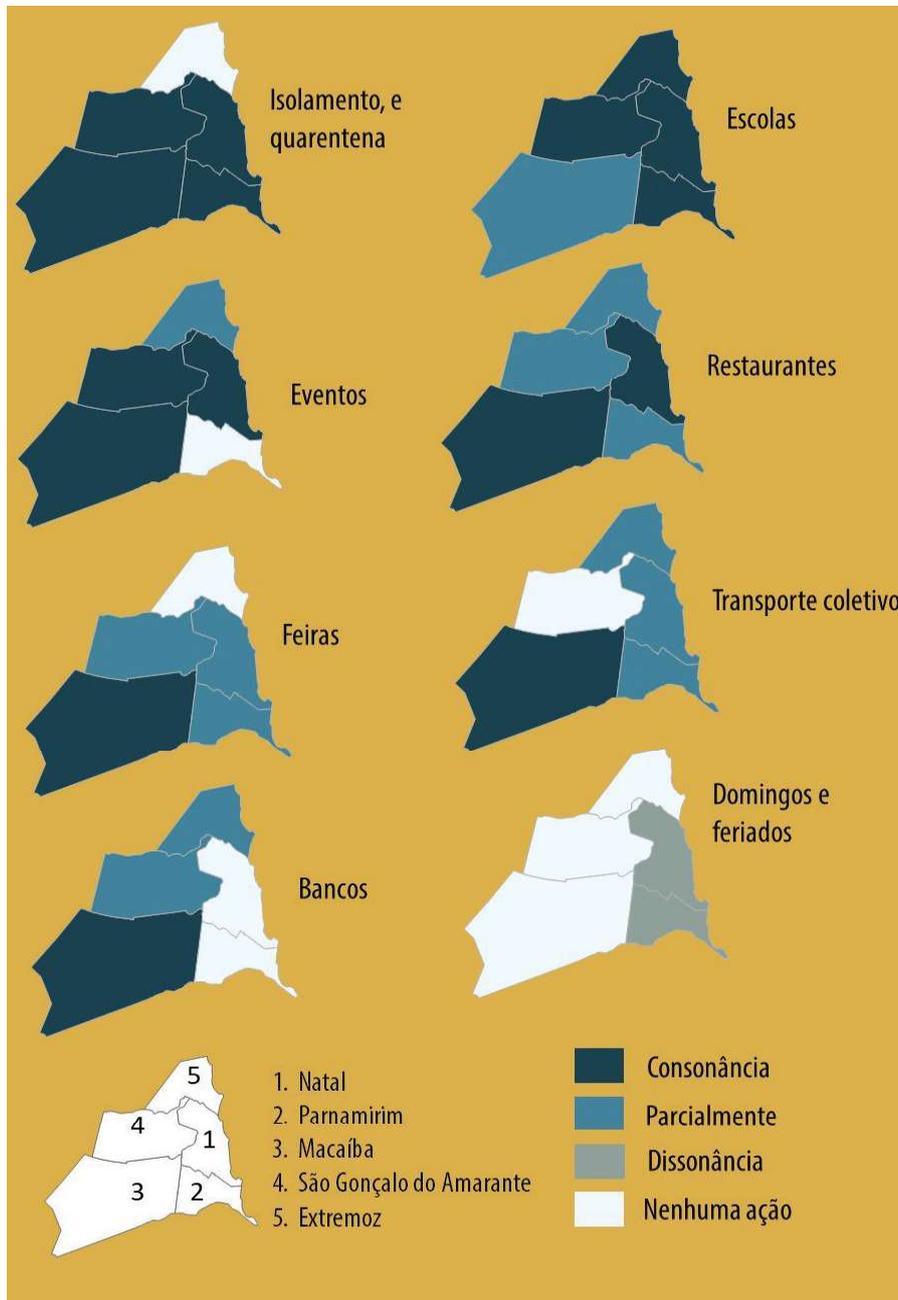
Entre os dias 13/03/2020 e 17/04/2020, o governo do Estado do RN publicou 20 decretos para o enfrentamento da atual pandemia. Após análise do conteúdo desses normativos, evidenciaram-se 35 temas alvo de regramento e 69 medidas, considerando-se novos decretos e alterações. Dentre as principais, estão: a criação de um Comitê Governamental de Gestão da Emergência em Saúde Pública (Decreto estadual n° 29.521/2020); suspensão das atividades escolares presenciais da rede pública e privada de ensino, dos eventos de massa, shows, atividades desportivas e congêneres (Dec. n° 29.524/2020); decretação do estado de calamidade pública (Dec. n° 29.534/2020);

suspensão do funcionamento de *shopping centers* e similares (Dec. nº 29.541/2020), dentre outras.

Até então, as determinações estaduais estavam acompanhadas por uma postura de cooperação por parte de alguns municípios e descumprimento ou ausência de cooperação por parte de outros. De início, por exemplo, o ente estadual e o município de Natal (polo metropolitano) demonstravam medidas consonantes e colaborativas, instituindo-se, inclusive, uma Comissão Especial de Monitoramento e Enfrentamento à Covid-19 no âmbito do município de Natal, composta por integrantes dos Poderes Executivos estadual e municipal, para o fortalecimento do sistema de saúde e a mitigação dos impactos sociais decorrentes da pandemia (Dec. estadual nº 29.582/2020). Por outro lado, a mídia local noticiava, além da inércia de fiscalização de municípios para conferir efetividade às medidas impostas pelo estado, por vezes, a adoção de medidas dissonantes. A ausência de fiscalização por parte dos entes municipais se expressa nas 522 denúncias recebidas pela Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social (SESED), entre 18/03 e 05/04 de 2020, em relação ao descumprimento do isolamento social, somando-se 461 só na RMN funcional.

A fim de compreender melhor como os municípios da RMN funcional vêm disciplinando e atuando em relação ao combate e prevenção de contágio do coronavírus, optou-se, aqui, pela realização de pesquisa documental que considerou os decretos estaduais e municipais publicados até 17/04/2020. No mesmo sentido, foram analisadas, também, notícias de jornais e *blogs* locais acerca da atuação dos municípios por meio de medidas de prevenção ao contágio. As medidas disciplinadas por decreto e reportadas pela mídia foram compiladas e classificadas como consonâncias, dissonâncias totais e dissonâncias parciais. Quanto a essas últimas, foram encontradas medidas que ampliam a proteção e, também, que reduzem o potencial de prevenção ao contágio. Os decretos estaduais se reverberam em consonância, adoção parcial, dissonância ou ausência de ações dos entes municipais (Figura 1). Foram consideradas, nesta análise, somente as medidas relativas à prevenção ao contágio.

**Figura 1- Consonâncias e dissonâncias das ações de prevenção ao contágio na RMN funcional**



Fonte: elaborados a partir de pesquisa em decretos e jornais, 2020.

A maior consonância identificada foi a instalação do comitê de combate ao coronavírus e os decretos do estado de calamidade pelos municípios da RMN funcional. A regulamentação do comércio, notadamente feiras-livres e restaurantes, são mais recorrentes nas medidas adotadas parcialmente. Na dissonância parcial aos eventos, tem-se a relação ao quantitativo de pessoas que podem participar de eventos coletivos. O Decreto estadual nº 29.524 de 17/03/2020 estabelecia o limite de 100 pessoas, posteriormente alterado para 50 e 20 (Decretos estaduais nº 29.541 e 29.556 de 2020). O Decreto municipal nº 6.200 de 19/03/2020, de Parnamirim, proíbe eventos coletivos com 50 ou mais. Não existe fundamento científico nos quantitativos indicados, tampouco há entendimento entre os entes. O diálogo prévio à medida evitaria a discordância.

Mas, o cenário inicial de cooperação se tornou ainda mais desafiador com a publicação do Decreto estadual nº 29.600/2020, evidenciando-se a dissonância de maior relevância na pesquisa. O referido decreto determinou que os estabelecimentos que exploram as atividades de comercialização de alimentos que utilizem circulação artificial de ar (condicionadores de ar, ventiladores, umidificadores) não poderão funcionar aos domingos e feriados. Essa medida provocou reações por parte dos entes municipais e do setor privado. Redes de supermercados receberam autorização judicial para a manutenção de seu funcionamento em todos os dias da semana. De forma geral, as decisões judiciais têm se pautado na livre iniciativa e na Súmula Vinculante nº 38 do STF, segundo a qual compete ao município fixar o horário de funcionamento de estabelecimento comercial.

Diante desse embate, e em resposta imediata, a Prefeitura de Natal publicou o Decreto municipal nº 11.939/2020, autorizando o funcionamento dos supermercados e afins, aos domingos e feriados, com disciplinamento de horário específico, desde que obedeçam às normas determinadas pela Organização Mundial de Saúde. Ainda, disciplinou o horário de funcionamento do transporte coletivo. O fundamento dessa medida foi o art. 30, V, da CF, que trata de assuntos de interesse local como matéria de competência municipal.

A Prefeitura de Parnamirim, igualmente, apresentou medida dissonante ao Decreto estadual 29.600/2020, publicando o Decreto municipal nº 6.216/2020, que facultou a abertura dos comércios essenciais em domingos e feriados, respeitando as normas e horários de funcionamento estabelecidos pelo ente municipal.

Nesse contexto, novamente, o Poder Judiciário atuou na gestão dos interesses. A decisão da 5ª Vara da Fazenda Pública do RN suspendeu trechos do decreto que proibiam a abertura de estabelecimentos que exploram as atividades de comercialização de alimentos aos domingos e feriados. No mesmo momento em que essa decisão era noticiada pela mídia, o governo estadual firmava acordo com representantes dos referidos empreendimentos para suspensão do funcionamento aos domingos, como teste, em um primeiro momento.

Desse modo, a cada medida, o conflito não somente se evidencia como cresce. O diálogo aparente do momento inicial da crise parece abrir espaço, novamente, para questões políticas que envolvem o interesse de gestores em manter firmes os apoios já conquistados. Medidas impopulares do ente estadual, mesmo que tenham como finalidade a prevenção ao contágio, são questionadas e desrespeitadas por gestores municipais. Qual gestor desejaria o ônus da futura crise econômica? Qual ente municipal, mesmo em tempo de crise, estaria preparado para a cooperação?

No RN, o conflito se apresenta a partir dos normativos do estado e municípios que formam a RMN. Como solução, evidenciamos que a gestão metropolitana, instituída desde 1997, deveria ser a chave para o diálogo tão necessário no presente contexto. As instâncias metropolitanas, como o Conselho de Desenvolvimento Metropolitano de Natal (CDMN), deveriam agir como instrumentos de gestão da atual crise.

O conselho se configura como instância deliberativa com competência de promover a integração e uniformização dos serviços comuns da RMN; bem como garantir a integração do planejamento, da organização e da execução das funções e serviços públicos de interesse comum do estado e dos municípios metropolitanos; e especificar as funções e serviços públicos que serão executados em parceria. Atualmente, o CDMN é composto por um representante do Estado do RN, um de cada município que integra a RMN, um representante do Parlamento Comum (vereador) e um representante da Assembleia Legislativa do estado. Esse seria, portanto, um espaço de negociação, em que ente estadual e prefeitos, além de membros do Legislativo, teriam voz e voto para a adoção de estratégias comuns. Na atual gestão, o conselho ainda permanece sem atuação prática, a despeito de terem sido empossados os seus membros em 2019.

A ausência de governança metropolitana na Região Metropolitana de Natal pode ser compreendida pelo conceito do “vácuo insti-

tucional”, desenvolvido por Jeroen Klink (2009). Para ele, o “vácuo institucional” se manifesta nas regiões metropolitanas brasileiras em razão de o governo federal ter relegado o tema metropolitano, na promulgação da Constituição de 1988, e os governos estaduais pouco avançarem na questão normativa. Agora, no atual contexto, o vácuo institucional mostra seus reflexos práticos.

Na RMN, é possível identificar que o “vácuo institucional” é acentuado por dois motivos: primeiro, pela inexistência da definição de quais são as Funções Públicas de Interesse Comum (FPICs) da Região - uma vez que a LCE n° 152/1997 não as delimitou -; e segundo, pela ausência de coordenação do órgão máximo de planejamento e gestão da região, no caso, o CDMN. Tal esfera não conseguiu promover ações de coordenação e de cooperação entre os entes metropolitanos até os dias de hoje (SILVA *et al.*, 2018).

Diante do exposto, na lacuna de uma governança capaz de mediar, regulamentar e solucionar os embates surgidos entre municípios da RMN e o governo estadual, a esfera metropolitana e seus instrumentos de gestão se apresentam como potências nesta e em outras crises. Mas, como solucionar possíveis conflitos que abranjam municípios que não compõem um arranjo metropolitano? A nossa resposta continua sendo a mesma: o território se apresenta como aposta! Ainda mais quando a crise é provocada por um vírus de acelerada disseminação.

## Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão n°s 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais n°s 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo n° 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Brasília: Edição Administrativa do Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 8 jul. 2020.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei Complementar n° 39, de 2020. Dispõe sobre a cooperação federativa na área de saúde e assistência pública em situações de emergência de saúde pública de importância nacional ou internacional, nos termos do inciso II e do parágrafo único do art. 23 da Constituição Federal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8076822&ts=1585661043115&disposition=inline>. Acesso em: 8 abr. 2020. Texto original.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672, Distrito Federal. Brasília: Diário Oficial da União. Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF672liminar.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020. Texto original.

KLINK, Jeroen. Regionalismo e Reestruturação Urbana: uma perspectiva brasileira de governança metropolitana. **Educação**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 217-226, maio/ago. 2009. Disponível: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/5524>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL. GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. **SESED já atendeu mais de 500 chamadas relacionadas ao coronavírus**. 2020. Disponível em: <http://www.defesasocial.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=228686&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=NOT%CDIA>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SILVA, Brunno Costa do Nascimento *et al.* Perspectiva de uma metrópole em formação: cooperação e coordenação na Região Metropolitana de Natal/RN. **INTERFACES CIENTÍFICAS - DIREITO**, v. 6, p. 71-86, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/direito/article/view/5868>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SILVA, Brunno Costa do Nascimento *et al.* Desafios à implementação do Estatuto da Metrópole: o caso da Região Metropolitana de Natal/RN. In: XVIII Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, 2019, Natal. **Anais do XVIII Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional: Tempos em/de Transformação – Utopias**. Natal: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, 2019, p. 1-24. Disponível: <http://anpur.org.br/xviiienganpur/anaisadmin/capapdf.php?reqid=572>. Acesso em: 15 abr. 2020.

TUÊNIA, Kamila. Funcionários de *call centers* no RN denunciam perigos no cotidiano de trabalho em meio à pandemia. **Saiba Mais**. 2020. 24 mar. 2020. Disponível em: <https://www.saibamais.jor.br/funcionarios-de-call-centers-no-rn-denunciam-perigos-no-cotidiano-de-trabalho-em-meio-a-pandemia>. Acesso em: 16 abr. 2020.

# O território como aposta: a eclosão do conflito federativo e a gestão metropolitana como potência

---

*Sara Raquel Fernandes Queiroz de Medeiros*  
*Raquel Maria da Costa Silveira*  
*Richardson Leonardi Moura da Câmara*  
*Gabriel Rodrigues da Silva*

**Resumo:** No enfrentamento do atual contexto de pandemia provocada pela Covid-19, a dimensão do território ativou velhas e novas discussões. A imposição de barreiras, restrição à circulação e o fechamento de fronteiras são realidades que passaram a ser vivenciadas com frequência no mundo, com o intuito de mitigar a propagação do vírus. Apesar disso, o cenário de pandemia vem demonstrando que a gestão da crise provocada pelo novo coronavírus trouxe como um de seus reflexos o resgate de uma concepção jurídico-política, porém, estática do território, em contraponto ao território como objeto de estratégia política. Desse modo, a dimensão estratégica da integração territorial para o planejamento, gerenciamento e execução da política de combate ao coronavírus tem sido pouco evidenciada, assim como a coordenação federativa e a integração territorial. Nesse sentido, a abordagem do território usado deve estar presente na implementação da política e na gestão da crise instalada com a pandemia. O presente artigo abordou a temática do território na gestão da política de saúde, na Região Metropolitana de Natal, em contexto de pandemia. A metodologia foi baseada em pesquisa bibliográfica e análise documental de material jornalístico e de documentos oficiais divulgados pelo governo estadual. O artigo aponta que os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como a regionalização, a cooperação e os espaços de gestão compartilhada, a exemplo das comissões intergestores, se apresentam como aposta para o enfrentamento da pandemia no contexto metropolitano, visto que a abordagem territorial da

crise permite a adoção de ações pactuadas e, além disso, voltadas às peculiaridades de cada realidade.

**Palavras-chave:** Território. Região metropolitana. Gestão compartilhada.

**Abstract:** In the face of the current pandemic context caused by Covid-19, the dimension of the territory activated old and new discussions. Imposing barriers, restricting circulation and closing borders are realities that have come to be experienced frequently in the world, in order to mitigate the spread of the virus. In spite of this, the pandemic scenario has shown that the management of the crisis caused by the new coronavirus brought as one of its reflexes the rescue of a legal-political conception yet static of the territory, in contrast to the territory as an object of political strategy. Thus, the strategic dimension of territorial integration for the planning, management and execution of the policy to combat coronavirus has been little evidenced, as well as federative coordination and territorial integration. In this sense, the approach of the used territory must be present in the implementation of the policy and in the management of the crisis installed with the pandemic. This article addressed the issue of territory in the management of health policy in the Metropolitan Region of Natal, in the context of the pandemic. The methodology was based on bibliographic research and document analysis of journalistic material and official documents released by the state government. The article points out that the management instruments of the Unified Health System (SUS), such as regionalization, cooperation, and shared management spaces such as inter-manager commissions, are presented as a bet to face the pandemic in the metropolitan context, once that the territorial approach to the crisis allows the adoption of agreed actions and, moreover, focused on the peculiarities of each reality.

**Keywords:** Territory. Metropolitan region. Shared management.

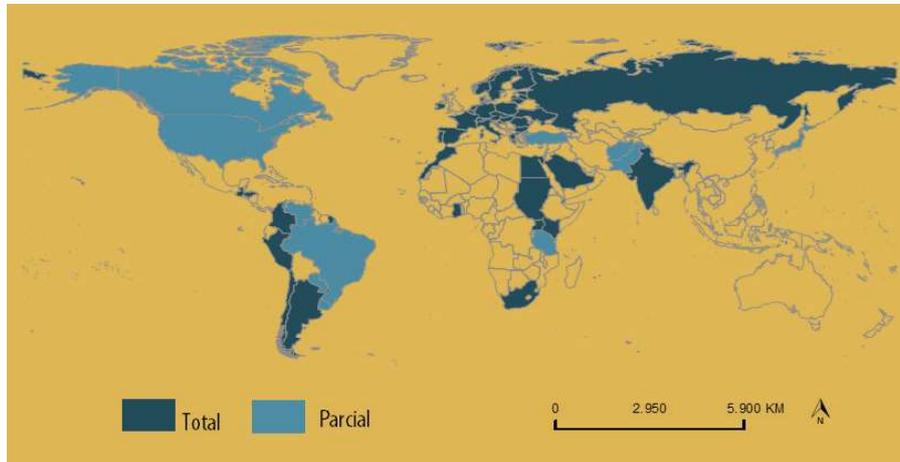
Território é um conceito caro à geografia, sendo atualizado ao longo do tempo, abrangendo concepções política ou jurídico-política, econômica, cultural ou simbólico-cultural. O cerne da discussão do território é a relação de poder «no sentido mais explícito, de **dominação**, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de **apropriação**” (HAESBAERT, 2010, p. 20, grifo nosso). Esse conceito

foi apropriado por diferentes áreas das ciências humanas e sociais, o que inclui as políticas públicas. No Brasil, a partir dos anos de 1990, a proposição de território usado de Milton Santos e Ana Clara Ribeiro (2001) é utilizada como categoria de análise para desenhar e implementar as políticas públicas. A ideia de território usado defende que esse “é construído e constituído por uma população e caracterizado por suas estruturas sociais, econômicas e produtivas, ou seja, as ações especializadas dos atores sociais” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 247). É o lugar das experiências vividas, que carrega seletivamente o passado naquilo que permanece, o presente e a perspectiva de futuro.

Com a pandemia da Covid-19, a definição de território ativou velhas e novas dimensões. A imposição de barreiras, restrição à circulação de pessoas e fechamento de fronteiras passou a ser vivenciado com frequência (Mapa 1), quebrando modelos consolidados de livre acesso como o da União Europeia. A Alemanha restringiu a entrada de pessoas nas fronteiras com a Áustria, Suíça, França, Luxemburgo e Dinamarca, permitindo apenas o fluxo de mercadorias (SANTOS; PITEIRA, 2020). A livre circulação de pessoas foi revista, buscando conter o avanço do coronavírus. Dependendo do país, as políticas de barreiras isolaram cidades e grandes regiões.

Os vários recortes territoriais foram colocados em ação para a compreensão e delimitação do avanço da doença. Os números são apresentados por países, regiões, estados, municípios, bairros etc. Contudo, destacamos aqui que a gestão da crise provocada pelo coronavírus trouxe como um de seus reflexos o resgate de uma concepção jurídico-política, porém, estática do território, em contraponto ao território como objeto de estratégia política. Desse modo, a dimensão estratégica da integração territorial para o planejamento, gerenciamento e execução da política de combate ao coronavírus tem sido pouco evidenciada em alguns contextos, assim como a coordenação federativa e a integração territorial.

**Mapa 1: Fechamento de fronteiras**



Fonte: levantamento em portais de notícias (BBC, 16/03/20; Correio Brasiliense, 16/03/20 e Poder360, 16/03/20).

No Brasil, o pacto federativo (discutido no texto “Governança metropolitana em tempos de pandemia”, publicado no Boletim 630/2020 do Observatório das Metrôpoles) estabelece as competências da política pública de saúde, considerando a autonomia territorial dos entes. Se já era um desafio aos entes municipais a conciliação e o manejo dos aspectos orçamentário, financeiro e territorial anteriormente à pandemia, o contexto atual tem demonstrado que os instrumentos de planejamento e gestão (da própria política de saúde) parecem ter caído no esquecimento. Mas é justamente nesse contexto que as políticas de cooperação podem e devem ganhar protagonismo, com a integração territorial.

O alto poder de disseminação do coronavírus encontrou, no Brasil, um histórico de urbanização rápida e pouco planejada, que gerou uma conjuntura combinada de alta densidade populacional, pobreza e pouca infraestrutura, criando-se condições para que doenças comunicantes como a Covid-19 possam facilmente se alastrar pelo território (LEHMANN, 2020). Mesmo que exista disposição para combater a pandemia, a maioria dos municípios parece não estar preparada para lidar com os fluxos de pessoas e outras questões que transcendem as fronteiras municipais (MATKIN e FREDERICKSON, 2009; RAMIREZ DE LA CRUZ, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é composto por ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, com participação complementar da iniciativa privada (Lei Federal nº 8.080/1990). À direção nacional do SUS compete, de forma geral, a formulação de diretrizes; a participação na formulação de políticas; a normatização e estabelecimento de critérios de controle; o monitoramento e avaliação; a coordenação na execução das ações de vigilância epidemiológica, dentre outros. Quanto ao ente estadual, por sua vez, destaca-se a competência de apoiar técnica e financeiramente os municípios e de executar, supletivamente, ações e serviços de saúde, organizando o atendimento em seu território. Nesse sentido, aos entes federal e estadual, a legislação atribui ações de coordenação e suporte. Por outro lado, ao ente municipal cabe a execução de serviços de saúde, dentre os quais se destaca a vigilância epidemiológica. O modelo instituído elege o município como o ente primordial na concretização dos objetivos do SUS, tendo-se a União como principal ente financiador da saúde no país.

No que tange ao atendimento, a Constituição de 1988 estabelece que os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, formando um sistema único e pautado na descentralização, no atendimento integral e na participação da comunidade. A regionalização consiste em um eixo estruturante do SUS que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As regiões de saúde configuram-se como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, sendo delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (Decreto Federal nº 7.508/2011).

A criação da estratégia de regionalização, por sua vez, se fez acompanhar por instrumentos de gestão e mecanismos de governança aptos a possibilitar a efetivação do processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores (RESOLUÇÃO Nº 1, DE 29 DE SETEMBRO DE 2011 – Ministério da Saúde). Os chamados espaços de governança foram definidos pelo Decreto Federal nº 7.508/2011 configurando-se como comissões intergestores voltadas à pactuação consensual entre os atores. São elas: Comissão Intergestores Tripar-

tite (CIT), no âmbito da União; Comissão Intergestores Bipartite no âmbito estadual (CIB – composta paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde); e a Comissão Intergestores Regional (CIR – composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde de uma dada região). Dentre as temáticas a serem pactuadas no âmbito das comissões destacam-se os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS.

É nesse contexto que a necessidade de uma ação compartilhada a partir das diretrizes do SUS e o atual contexto de enfrentamento à pandemia de Covid-19 nos remetem à reflexão sobre o bem comum. Segundo a Teoria dos Bens Comuns (OSTROM, 1990), os bens públicos são classificados a partir de duas características fundamentais: a) a não excludibilidade (a dificuldade de exclusão de um indivíduo da apropriação do bem, devido aos custos sociais elevados, como no caso do acesso universal aos serviços do sistema de saúde brasileiro); e b) a subtrabilidade, o fato que o consumo por parte de um ator reduz a possibilidade de consumo dos demais atores, a exemplo da disputa entre os governos pelos escassos insumos de saúde necessários ao combate da Covid-19, como testes, respiradores, máscaras, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) etc.

A possibilidade de não exclusão dos indivíduos da apropriação do bem comum tem tornado clássico o dilema dos comuns. Levando em conta as externalidades causadas pelas variações de demanda por recursos comuns (fragmentação, segmentação, altos custos de transação), a ausência de cooperação pode levar à utilização de forma desordenada dos recursos prescindíveis, que tem como consequência a tragédia dos comuns (HARDIN, 1969).

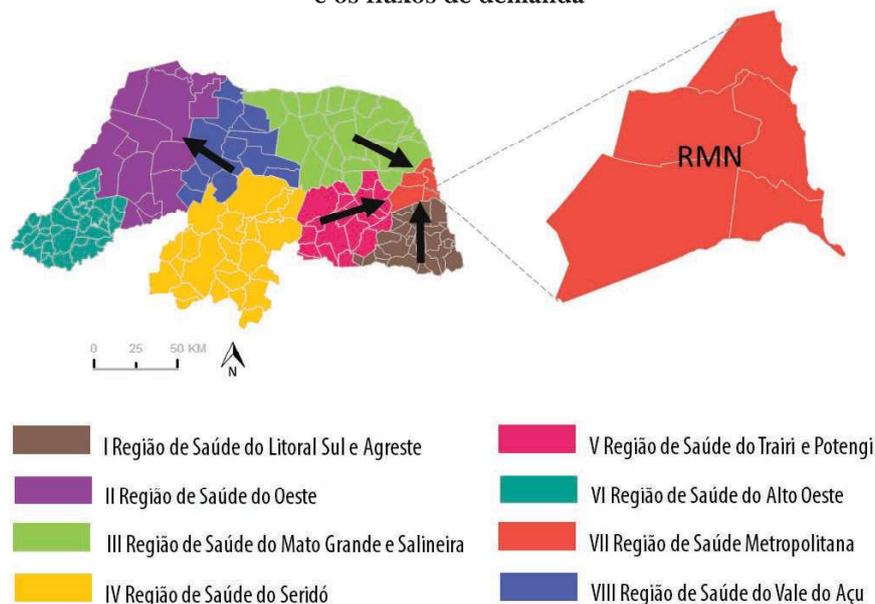
Uma das complicações reside no fato de que cada nível de governo local, seja município, vila ou distrito, tende a maximizar, em maior ou menor grau, seu controle sobre o planejamento do uso da terra, recursos naturais, serviços prioritários e finanças públicas, seja no sentido de assegurar sua autonomia garantida constitucionalmente, seja para aumentar suas chances de reeleição, ou ainda, seguindo a lógica egoísta do “meu pirão primeiro!” (BOOTHROYD, 2010, p. 431, grifo nosso). Assim, os instrumentos de gestão instituídos pelo SUS esbarram nos comportamentos autárquicos dos municípios. Por reflexo, a efetivação de uma política de saúde regionalizada condiciona-se ao poder que se expressa nos territórios.

Nesse sentido, a abordagem do território usado deve estar presente na implementação da política de contingenciamento e na gestão da crise instalada com a pandemia. O uso da autonomia territorial para construir barreiras tem pouco sentido, por exemplo, em áreas metropolitanas, cujos movimentos pendulares dos trabalhadores – as atividades essenciais continuam ativas – dificultam o isolamento de um município dos demais. Ainda, são as regiões metropolitanas que concentram o maior número de habitantes do país, inclusive no que se refere aos territórios vulneráveis à Covid-19 (alta densidade habitacional concomitante à carência de saneamento e de água tratada). As regiões metropolitanas são **epicentros da pandemia** – por seu número de habitantes e densidades demográfica – e pela prestação de serviços aos enfermos de alta complexidade que saem dos pequenos e médios municípios desprovidos de assistência médica e infraestrutura hospitalar capacitada para enfrentar a pandemia. Na área da saúde, cuja natureza impõe uma ótica regional para a política, a oferta dos serviços de alta complexidade tem adotado um padrão cada vez mais concentrado nas regiões metropolitanas.

No Rio Grande do Norte, a regionalização da saúde agrupa os municípios em oito regiões. A 7ª Região de Saúde, composta justamente pelos municípios que formam a Região Metropolitana Funcional (Natal, Paranacurim, São Gonçalo do Amarante, Macaíba e Extremoz) – Figura 1 –, é a que reúne o maior contingente populacional, concentrando 38,2% da população total do estado. Atualmente, no RN, a 7ª e a 2ª região (polarizadas por Mossoró) concentram a estrutura de atendimento da política de saúde, ofertando serviços de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. Ainda, são as regiões que concentram as estruturas laboratoriais. O LACEN localiza-se em Natal, atendendo às demandas oriundas dos municípios das 7ª, 1ª, 3ª e 5ª Regiões – Figura 2. Os Laboratórios Regionais, por sua vez, localizam-se em Mossoró (atendendo ainda às 2ª e 8ª Regiões), Caicó (atendendo aos municípios da 4ª Região), e em Pau dos Ferros (6ª Região) (SESAP, 2015). São as Regiões de Saúde Metropolitana e de Mossoró que concentram a maioria dos casos confirmados do coronavírus no estado e onde está focado o planejamento para instalação dos leitos de retaguarda e de leitos de UTI do SUS. Os demais 150 municípios que possuem casos suspeitos de Covid-19 – em todas as regionais de saúde – (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO/RN de 22/04/2020) permanecem dependentes

de sua pouca estrutura de atendimento e dos equipamentos de média e alta complexidades das 2ª e 7ª regiões.

**Figura 1 - Regionalização da Saúde no RN, destaque para RMN, e os fluxos de demanda**



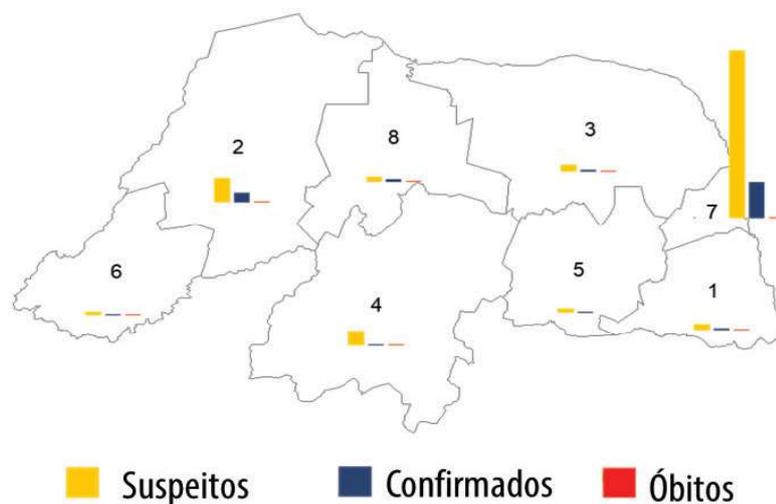
**Fonte:** elaboração com base no Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019.

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, dos 463 leitos de UTI do SUS existentes no estado, 73% deles estão localizados na 7ª Região de Saúde Metropolitana. No entanto, se os casos confirmados de coronavírus na região metropolitana (ver Figura 2) demandassem hoje leitos de UTI do SUS, não teriam como ser atendidos, estariam aguardando uma vaga ou seriam deslocados para estabelecimentos de saúde da iniciativa privada ou para outros equipamentos públicos das demais regiões de saúde.

O Plano de Contingência do Estado do RN para o coronavírus, instrumento de coordenação com os municípios, foi publicado em 10 de fevereiro e atualizado no último dia 13 março de 2020. As ações previstas incluem a contratação de profissionais para a rede básica de saúde, hospitais, maternidades e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) dos municípios, além de treinamento das equipes. O plano tem como objetivo minimizar os efeitos da disseminação do vírus, reduzir

a morbidade, fortalecer a estrutura de saúde e as ações implementadas pelos municípios, contudo, não há a indicação explícita de um enfrentamento regionalizado, inclusive em nível metropolitano, ou da utilização dos instrumentos de gestão do SUS como canais de diálogo e tomada de decisão entre os entes, seja na prevenção ao contágio ou combate à pandemia.

**Figura 2 - Suspeitos, confirmados e óbitos pela COVID-19 no RN**



Nº	Nome	Suspeitos	Confirmados	Óbitos
1	Litoral Sul e Agreste	77	23	4
2	Oeste	302	120	9
3	Mato Grande e Salineira	87	15	3
4	Seridó	179	5	1
5	Trairi e Potengi	46	10	0
6	Alto Oeste	45	10	4
7	Metropolitana	2058	435	11
8	Vale do Açu	64	31	3

**Fonte:** elaboração com base nos dados disponibilizados por LAIS (UFRN), em 24/04/2020.

Contudo, ao falarmos de Covid-19, não deve ser desconsiderada a POTÊNCIA METROPOLITANA. Argumenta-se, aqui, que as ações individuais de municípios, que não consideram a relação de continuidade do seu território usado, retiram de cena visões mais estratégicas

de combate à pandemia. Recortes como o das regiões metropolitanas precisam ser considerados nas políticas de combate ao coronavírus e de tratamento dos enfermos. Nesse âmbito específico, a menos que se estabeleçam instituições metropolitanas ou que os instrumentos de gestão da saúde já existentes sejam adequadamente manejados para moldar o desenvolvimento no interesse regional, a competição entre os interesses particulares pode se intensificar, levando à “tragédia dos bens comuns” entre os participantes.

O fato é que, no modelo de gestão regionalizado instituído pelo SUS, as relações intergovernamentais se apresentam como componente de destaque para a prática de uma gestão compartilhada, podendo ampliar a sua efetividade. No modelo de gestão do SUS, a titularidade é compartilhada e há uma interdependência na organização dos serviços e financiamento, requerendo uma articulação entre gestores de diferentes níveis de governo.

O fortalecimento da capacidade da governança da região metropolitana pode permitir maior alcance e potência na implementação das políticas de saúde. Isso é fundamental para que os municípios consigam combater adequadamente a disseminação do vírus e organizar ações para minimizar os efeitos econômicos e sociais provenientes da pandemia. Quando a dinâmica territorial está atrelada ao desenho regional, torna-se mais ágil o processo de implementação e gestão da política.

A atual epidemia configura-se como o momento ideal para que a gestão compartilhada seja posta em prática e para que a cooperação seja reconhecida como instrumento concreto para a gestão das políticas. Mais do que nunca, estamos diante de um problema que não reconhece barreiras, interesses e estruturas de poder. Torna-se urgente que o desenho regionalizado da política de saúde, útil na confecção de diagnósticos e planos, saia do papel viabilizando deliberações sobre o isolamento/quarentenas, atendimento, compra de equipamentos de proteção individuais. A prática tem evidenciado que a regionalização da saúde não se expressa, ainda, como uma gestão territorial, que se reflita em uma estratégia política.

A complexidade do problema e as múltiplas faces necessárias ao seu enfrentamento justificam a busca pela solidariedade territorial através da coordenação vertical (entre os entes federativos, União, estados e municípios) e horizontal (entre as secretarias do governo do estado e os municípios metropolitanos) para que não subestimemos aos efeitos e externalidades relacionadas à pandemia e para que a

prática anterior de ausência de diálogo entre os entes não gere falsas percepções sobre a possibilidade de gestão isolada da crise. A grande chave para a presente crise é a constatação de que nós já temos os instrumentos. A regionalização, a cooperação e os espaços de gestão compartilhada do SUS, a exemplo das comissões intergestores, se apresentam como aposta. A partir das pactuações realizadas nas Comissões Intergestores são emitidas deliberações, configurando-se como declaração de vontade dos agentes e atos administrativos gerais e abstratos que requerem sua observância e concretização por parte da ação dos gestores. Trata-se de ferramentas em potencial para o estabelecimento de uma governança das ações indissociáveis e singulares, pautadas nas características federativas e de participação da comunidade, grande diferencial do sistema de saúde brasileiro. O desenho da política de saúde e seus instrumentos, portanto, favorecem a gestão da atual crise.

Desse modo, a abordagem territorial da crise permite a adoção de ações pactuadas e, além disso, voltadas às peculiaridades de cada realidade concreta. Nos espaços de governança do SUS na pandemia, como as regionais de saúde, como em qualquer espaço burocrático ou administrativo de coordenação, devem ser elaboradas formas de interpretação da realidade compartilhadas em cada território, e, por conseguinte, institucionalizadas as bases para a obtenção de legitimidade de determinadas práticas, particularmente pela burocracia de linha de frente (de nível de rua) com impacto sobre o resultado da política pública.

Ocorre que, nem sempre, as variáveis político-institucionais (que levam em conta a política local e a capacidade de gestão nos municípios) são consideradas na composição de um arranjo territorial, tornando as definições de territórios meras regionalizações registradas em documentos. Porém, essa dimensão política se configura como elemento de estrangulamento de ações compartilhadas (LUBAMBO e JUCÁ, 2010). Espera-se que a vivência da crise seja capaz de estabelecer, além de sua superação, um vínculo estratégico e virtuoso entre os entes. As comissões intergestores devem ser vistas como espaço privilegiado de articulação interfederativa para que mais do que as fronteiras territoriais, os atores possam ter em comum a gestão a partir de estratégias conjuntas. A integração territorial e as regionalizações podem ser a chave para essa e outras crises, objetivando-se ações cooperadas, que podem ser vivenciadas em outras escalas, a exemplo do Consórcio Nordeste, que será discutido no nosso próximo texto.

## Referências

- BOOTHROYD, Peter. Capacitação para governança metropolitana. In: CASTRO, Erika de; WOJCIECHOWSKI, Maciej John. (Org.) **Inclusão, colaboração e governança urbana: perspectivas canadenses**. 1. ed. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2010. cap. 9, p. 181-192. ISBN 978-85-60778-51-5.
- FEIOCK, R. The Institutional Collective Action Framework. **Policy Studies Journal**, 41, p. 397-425. doi:10.1111/psj.12023. 2013.
- HAESBAERT, Rogério. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, v. 9, n. 17, 2010.
- HARDIN, G. The Tragedy of the Commons. **Science**, 162(1968), p. 1.243-1.248, 1968.
- LEHMANN, A. P. Sprawling cities, growing risks? **World Economic Forum**. 15 janeiro de 2015. Disponível em <https://www.weforum.org/agenda/2015/01/sprawling-cities-growing-risks/>. Acesso em: 22 mar. de 2020.
- LUBAMBO, K.; JUCÁ, Antônio. Estratégia política e gestão territorial. **Ci. & Tróp.**, Recife, v. 34, n. 2, p. 361-388, 2010.
- MATKIN, D.; FREDERICKSON, G. Metropolitan Governance: roles and interjurisdictional cooperation. **Journal of Urban affairs**, Volume 31, Number 1, 2009.
- OSTROM, E. **Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- RAMÍREZ DE LA CRUZ, E. Affordable housing networks: a case study in the Phoenix metropolitan region. **Housing Policy Debate**, 22(2), p. 219-240, 2012.
- RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz. **Metrópoles: entre a coesão e a fragmentação, a cooperação e o conflito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.
- SANTOS, Inês Moreira Santos; PITEIRA, Sara. **Covid-19**. A resposta da Europa ao novo coronavírus. 2020 Disponível em: [https://www.rtp.pt/noticias/mundo/covid-19-a-resposta-da-europa-ao-novo-coronavirus\\_es1217770](https://www.rtp.pt/noticias/mundo/covid-19-a-resposta-da-europa-ao-novo-coronavirus_es1217770). Acesso em: 23 abr. de 2020.
- SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Boletim Epidemiológico COVID-19 Semana Epidemiológica 01 a 17 de 2020. Disponível em: <http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000229605.PDF>. Acesso em: 22 abr. 2020
- SILVEIRA, María Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século 21 – A história de um livro (Brazil: territory and society at the beginning of the 21st century - the history of a book). **Acta Geográfica**, v. 5, n. 11, p. 151-163, 2011.
- SILVEIRA, Raquel Maria; ALMEIDA, Lindijane de Sousa Bento; MEDEIROS, Sara Raquel Fernandes Queiroz de; SILVA, Brunno Costa do Nascimento; MELO, Kassinely Souza de; SILVA, Gabriel Rodrigues. Governança metropolitana em tempos de pandemia. **Boletim Semana do Observatório das Metrôpoles**, Rio de Janeiro, v. 630, p. 1-7, 23 abril de 2020. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrosoles.net.br/governanca-metropolitana-em-tempos-de-pandemia/>. Acesso em: 23 abr. de 2020.

---

Regionalização do SUS no enfrentamento  
da Covid-19: urgências e desafios

---

*Sara Raquel Fernandes Queiroz de Medeiros*

*Raquel Maria da Costa Silveira*

*Lindijane de Souza Bento Almeida*

*Richardson Leonardi Moura da Câmara*

*Gabriel Rodrigues da Silva*

*Kassinely Souza de Melo*

*Brunno Costa do Nascimento Silva*

**Resumo:** A política de saúde brasileira concretiza-se a partir do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os instrumentos de gestão para operacionalização do SUS, no Brasil, destaca-se a regionalização, compreendida como a articulação e a mobilização municipal, que leva em consideração, principalmente, a vontade política expressa de estabelecer relações de caráter cooperativo. Trata-se de uma ferramenta voltada a orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Contudo, experiências locais de regionalização podem evidenciar as dificuldades existentes na sua implementação. O presente artigo objetivou apresentar o contexto da regionalização da política de saúde no Rio Grande do Norte (RN), tendo como pano de fundo da análise o contexto de pandemia provocada pelo novo coronavírus. Para tanto, além da pesquisa bibliográfica, a análise documental foi fundamental para o estudo, considerando-se como elementos principais da pesquisa os decretos estaduais e municipais publicados no contexto de pandemia e os planos de contingência para infecção humana pela Covid-19 divulgados pelo governo estadual. Tais documentos evidenciaram as medidas adotadas para o enfrentamento à pandemia no estado, que foram analisadas à luz da infraestrutura de atendimento existente. Os resultados apontaram que, a despeito da potencialidade do instrumento de gestão proposto pelo SUS, o RN ainda apresenta um contexto de implementação incompleta da regionalização, o que trouxe

maiores implicações para o gerenciamento da crise ocasionada pela Covid-19.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Regionalização. Covid-19.

**Abstract:** The Brazilian health policy is based on the Unified Health System (SUS). Among the management instruments for the SUS operationalization in Brazil, regionalization is highlighted, which is understood as the articulation and municipal mobilization, mainly takes into account the expressed political desire to establish cooperative relations. It's an appliance aimed at guiding the decentralization of health actions and services. However, regionalization local experiences can highlight the difficulties in its implementation. This article aimed to present the regionalization context of health policy in Rio Grande do Norte (RN), having as background of analysis the context of a pandemic caused by the new Coronavirus. Therefore, in addition to bibliographic research, documentary analysis was fundamental to the study, considering state and municipal decrees published in the context of the pandemic and contingency plans for human infection by Covid-19, released by the state government, as the main elements of the research. Those documents showed the measures adopted to face the pandemic in the state, which were analyzed in the light of the existing service infrastructure. The results pointed that, despite the potentiality of the management instrument proposed by SUS, the RN still presents a context of incomplete implementation of regionalization, which brought bigger implications for the management of the crisis caused by Covid-19.

**Keywords:** Unified Health System. Regionalization. Covid-19.

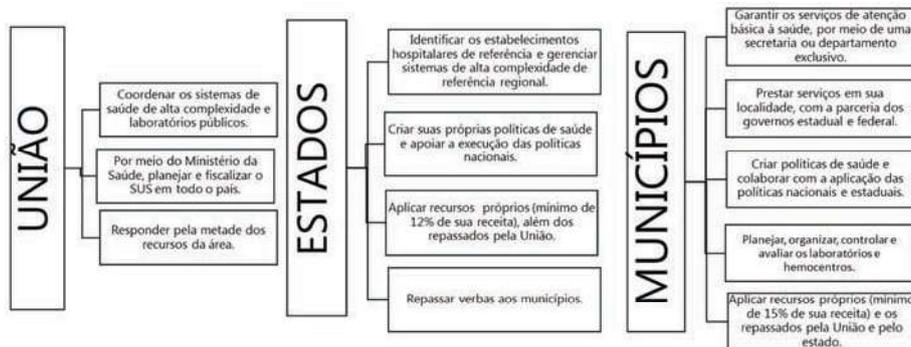
O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro se caracteriza como sendo uma política ampla e complexa, em seu desenho e em seu processo de implementação, em virtude da multiplicidade de atores envolvidos. Entre os seus princípios estão a universalidade, a igualdade, a equidade, a integralidade, a intersetorialidade e a resolutividade – todos amparados no direito à informação. O gerenciamento desse sistema complexo se ancora na descentralização, na hierarquização e no pressuposto de existência de um único gestor em cada esfera de governo.

A Lei Federal nº 8.080/1990 estabelece as atribuições comuns entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, e, também, as competências específicas de cada ente. O desenho da

política de saúde brasileira evidencia que o formato institucional do SUS abrange um conjunto de atores que não possuem, individualmente, recursos e competência suficientes para prover a atenção integral à população e impor novas estratégias. Assim, a interdependência é, sem dúvidas, uma das características do sistema de saúde brasileiro, requerendo o exercício da integração e o aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão existentes a fim de que sejam capazes de ampliar o potencial de consenso (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

Em sua gestão, o SUS conta com uma organização hierarquizada em níveis de complexidade crescente, sendo exercida em cada esfera de governo: pelo Ministério da Saúde; por Secretarias Estaduais de Saúde ou órgão equivalente; e pelas Secretarias Municipais de Saúde. Cumpre à União a coordenação, a formulação de diretrizes, a normatização e a fiscalização a partir de critérios de controle. Aos estados cabe apoiar técnica e financeiramente os municípios e executar, supletivamente, ações e serviços de saúde. Às entidades municipais, por sua vez, compete a implementação das ações de saúde, a partir de estratégias regionalizadas de planejamento e gestão (Figura 1).

**Figura 1 - O Pacto Federativo no âmbito da saúde**



Fonte: elaboração própria a partir da Lei Federal 8.080/1990.

A regionalização, compreendida como a articulação e a mobilização municipal, é uma ferramenta fundamental para o sistema de saúde brasileiro, que leva em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciarem ou de estabelecerem qualquer outra relação de caráter cooperativo (Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993 – Ministério da Saúde - MS). É esse instrumento que deve orientar a descentralização

das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 - MS).

Para fins de operacionalização, devem ser definidas regionais de saúde e seus respectivos municípios-polo, que devem ser aqueles que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresentem papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção (Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001 - MS). Desse modo, o Plano Diretor de Regionalização de cada estado deverá definir a organização do território estadual em regiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede, municípios-polo e dos demais municípios abrangidos. O planejamento e a operacionalização dos serviços ocorrerão a partir do diálogo entre os municípios que compõem cada regional. Nesse sentido, o desenho da política requer o planejamento e a articulação estratégica para o emprego dos recursos, a negociação e a pactuação de metas, além da resolução mediada de conflitos (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

Considerando o desenho da política de saúde e os desafios para a sua efetivação, a pandemia do novo coronavírus se apresenta como crise comum a todos e oportunidade para que o objetivo partilhado de enfrentamento possa instituir uma governança capaz de concretizar o formato institucional, a gestão compartilhada e regionalizada prevista pela Lei Federal nº 8.080/1990.

Diante do atual contexto, faz-se oportuno realizar uma reflexão sobre a operacionalização do instrumento de regionalização. Para isso, será utilizada a situação do Rio Grande do Norte (RN), considerando-se as fragilidades dos territórios e a infraestrutura disponível nos municípios-polo.

Seguindo as diretrizes do SUS, o RN possui a regionalização da assistência em saúde como estratégia de hierarquização dos serviços, objetivando maior equidade e integração (RIO GRANDE DO NORTE, 2004; 2016). O Plano Diretor de Regionalização (PDR) define oito regionais de saúde, a partir da prioridade de intervenção, que devem se apresentar de forma coerente com as necessidades de saúde da população e com a garantia de acesso.

As oito regiões do PDR do SUS no RN apresentam especificidades, considerando o tamanho da população e suas fragilidades econômicas. A população total de cada região oscila entre 168.920 habitantes, na 8ª região (com polo em Assú), e 1.357.366 habitantes na 7ª região (metropolitana), que tem Natal como polo e representa 39%

da população total do RN. No que se refere à fragilidade econômica, as regiões com menor número de habitantes figuram entre as regiões com maior proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família (BF), o que permite identificá-las como pertencentes a um contexto de vulnerabilidade socioeconômica (Figura 2).

**Figura 2 - Regiões e municípios-polo**



Região	Pop. Estimada [IBGE]	Pop. Bolsa Família	BF/Pop
<b>1ª São José de Mipibu</b>	385.562	54.485	<b>14%</b>
<b>2ª Mossoró</b>	489.496	49.500	<b>10%</b>
<b>3ª João Câmara</b>	341.598	47.000	<b>14%</b>
<b>4ª Caicó</b>	311.037	33.680	<b>11%</b>
<b>5ª Santa Cruz</b>	201.256	31.833	<b>16%</b>
<b>6ª Pau dos Ferros</b>	251.618	36.718	<b>15%</b>
<b>7ª Metropolitana</b>	1.357.366	87.349	<b>6%</b>
<b>8ª Assú</b>	168.920	23.265	<b>14%</b>
<b>Total RN</b>	<b>3.506.853,00</b>	<b>363830</b>	<b>10%</b>

Fonte: elaboração própria a partir de dados do IBGE e SIBEC/Caixa Econômica Federal, 2020.

No contexto da Covid-19, essas variáveis (número populacional e vulnerabilidade econômica) possuem rebatimento no sistema de atendimento à saúde (hospitais, número de leitos – UTI e outros), configurando o cenário posto para o enfrentamento da doença nas regionais. Tais elementos são úteis à análise das dificuldades a serem vivenciadas em cada realidade.

Conforme levantamento realizado em portais de notícias (entre 5 a 12 de maio de 2020), as carências de UTI, equipamentos, medica-

mentos e insumos, bem como problemas de regulamentação dentro da perspectiva regional, já se configuravam como notícias frequentes nas regiões de Assú, Mossoró, João Câmara e Pau dos Ferros em anos anteriores à pandemia.

A fim de conhecer a infraestrutura de saúde existente no RN, tendo como parâmetro o documento Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Covid-19 (de 2 de abril de 2020), foram sistematizados, no Quadro 1, os dados relativos a cada região e à perspectiva de novas instalações.

As informações dispostas na Figura 2 e no Quadro 1 evidenciam que as regiões mais carentes (considerando-se a relação entre o número de habitantes e o de beneficiários do Bolsa Família) apresentam as menores condições infraestruturais para o enfrentamento da Covid-19. Na 8ª região, com polo em Assú, tem-se o panorama mais problemático, que é o total desprovimento de qualquer estrutura hospitalar. Tal situação se agrava com o fato de que a regional de Assú vem apresentando a quarta maior taxa de incidência (104,5 por 100.000/hab.) de coronavírus, refletindo-se na segunda maior taxa de mortalidade por Covid-19 do RN (8,2 por 100.000/hab.) e na terceira maior taxa de letalidade do estado (7,9) (RIO GRANDE DO NORTE, 2020 – Boletim Epidemiológico nº 68, 21/05/2020) (Quadro 2). A região dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que, no contexto da Covid-19, realiza o encaminhamento dos casos para o município de Mossoró, sobrecarregando a 2ª regional, que já enfrenta um quadro dificultoso, inclusive em função da fronteira com o Ceará (onde os números são mais preocupantes do que os do RN).

**Quadro 1 - Infraestrutura hospitalar pública por Região do SUS no RN, em abril de 2020**

	1ª São José de Mipibu	2ª Mossoró	3ª João Câmara	4ª Caicó	5ª Santa Cruz	6ª Pau dos Ferros	7ª Metropolitana	8ª Assú
Hospitais		2		2		1	7	
Leitos de UTI		20		20		5	58	
Leitos de UCI/clínico		20		12			56	
Hospitais REFORÇO	1	1		5			2	
Leitos de UTI REFORÇO		10					63	
Leitos de UCI REFORÇO			2	60				
Leitos de enfermagem REFORÇO	7	12	8				47	
Leitos Gerais de Observação REFORÇO				154	7			

**Fonte:** elaboração própria a partir do Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pela Covid-19, 2 de abril de 2020.

Quadro 2 - A Covid-19 por Região do SUS no RN

	1ª São José de Mipibu	2ª Mossoró	3ª João Câmara	4ª Caicó	5ª Santa Cruz	6ª Pau dos Ferros	7ª Metropolitana	8ª Assú	Total RN
Casos suspeitos	485	1672	479	654	266	301	8326	388	12571
Casos suspeitos - taxa de notificação por 100.000 hab.	125,8	341,6	131,7	218,1	132,2	119,6	613,4	245,7	358,5
Casos descartados	516	1588	477	438	320	438	4892	414	9083
Casos confirmados	182	1093	153	63	67	103	2220	165	4046
Casos confirmados - incidência por 100.000 hab.	<b>47,2</b>	<b>223,3</b>	<b>42,1</b>	<b>21</b>	<b>33,3</b>	<b>40,9</b>	<b>163,6</b>	<b>104,5</b>	<b>115,4</b>
Óbitos em investigação	2	11	3	0	2	2	19	0	39
Óbitos descartados	8	21	13	11	4	13	43	9	122
Óbitos	15	51	12	3	2	9	70	13	175
Mortalidade por 100.000 hab.	<b>3,89</b>	<b>10,42</b>	<b>3,3</b>	<b>1</b>	<b>0,99</b>	<b>3,58</b>	<b>5,16</b>	<b>8,23</b>	<b>4,99</b>
Letalidade	<b>8,2</b>	<b>4,7</b>	<b>7,8</b>	<b>4,8</b>	<b>3</b>	<b>8,7</b>	<b>3,2</b>	<b>7,9</b>	<b>4,3</b>

Fonte: elaboração própria a partir do Boletim Epidemiológico n. 68, de 21 de maio de 2020.

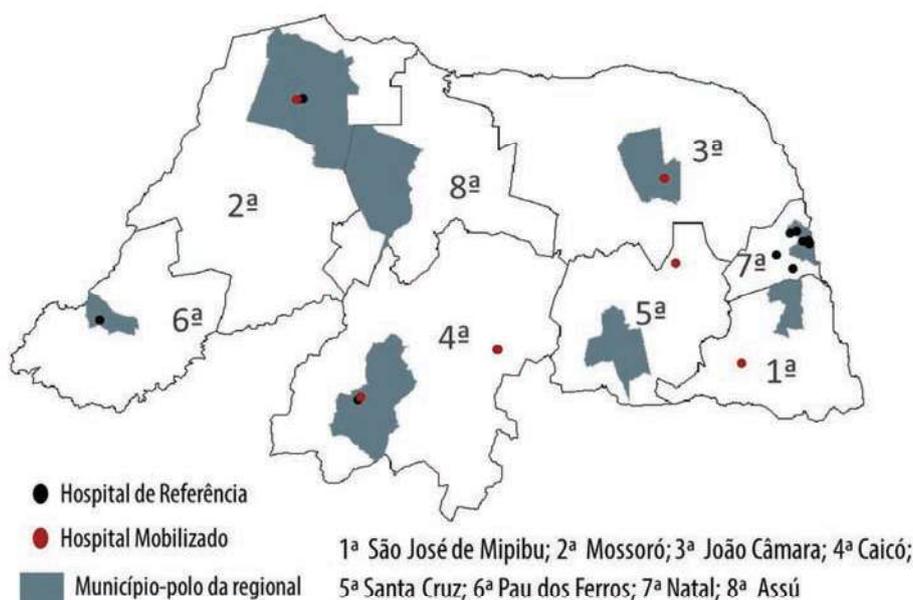
A fragilidade da rede de atendimento de média e alta complexidade no Rio Grande do Norte é evidenciada pelas ocorrências de denúncias, convertidas em matérias de jornais e *blogs* de alto alcance. A partir de um levantamento realizado na mídia do RN, foram identificadas 24 reportagens que mencionavam o déficit de infraestrutura dos hospitais dos municípios-polo e as condições de enfrentamento à Covid-19. Figuram nas ocorrências a falta de UTI (ausentes ou lotadas); a provisão de novos leitos; a falta de equipamentos, medicamentos e insumos; doações de recursos e/ou equipamentos aos hospitais; falta de médicos, entre outras.

Destaca-se, na análise, a ocorrência de municípios-polo sem capacidade para assumir a função, tanto pela carência quanto pela ausência de infraestrutura. Na época em que foi lançado o primeiro Plano de Contingência para o enfrentamento à Covid-19 no RN (publicado em abril de 2020), alguns municípios-polo sequer dispunham de hospitais. No atual contexto, para suprir a ausência de capacidade de alguns polos, a estrutura de outros municípios foi mobilizada. Dessa forma, nas regionais I e V, os hospitais mobilizados estão fora dos respectivos polos (Figura 3).

Na versão mais atualizada do Plano de Contingência (7 de maio de 2020), o Hospital mobilizado pela 1ª regional continua sendo o de Santo Antônio, considerando a ausência de infraestrutura em São José de Mipibu (município-polo). A 5ª regional, com polo em Santa Cruz, mobilizou o hospital de São Paulo do Potengi (na primeira versão do Plano de Contingência, e nos documentos mais recentes também é citado o Hospital Municipal de Santa Cruz). Em Assú, o Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos é citado na versão mais

atual do Plano de Contingência, mas com todos os seus leitos contabilizados como “expansão”, ou seja, inativos (Quadro 3).

**Figura 3 - Hospitais por Regionais**



**Fonte:** elaboração própria a partir do Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pela Covid-19, 2 de abril de 2020.

**Quadro 3 - Infraestrutura Hospitalar por Região do SUS no RN, maio de 2020**

	1ª São José de Mipibu	2ª Mossoró	3ª João Câmara	4ª Caicó	5ª Santa Cruz	6ª Pau dos Ferros	7ª Metropolitana	8ª Assú	Total RN
Hospitais	1	8	2	3	2	1	17	1	35
UTI Adulto EXPANSÃO	5	25	15	37	16	8	146	5	257
UTI Pediátrica EXPANSÃO		3		5			7		15
Leito Clínico EXPANSÃO	6	140	10	64	35	8	293	10	566
Leito de Estabilização EXPANSÃO		7		22			1	1	31
UTI ATIVA		47				9	61		117
UTI Pediátrica ATIVA									0
Leito Clínico ATIVO		40		12		15	30		97
Leito de Estabilização ATIVO	1	7	2	1	3		6		20

**Fonte:** elaboração própria a partir do Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pela Covid-19, 2 de abril de 2020.

O cenário do início de maio de 2020 é: duas regionais (São José de Mipibu e João Câmara) enfrentando a pandemia da Covid-2019 com apenas um e dois leitos de estabilização, respectivamente. A regional de

Assú continua sem nenhum leito ativo – nem mesmo de estabilização. Somando a população dessas três regionais (Assú, João Câmara e São José de Mipibu), são mais de 896 mil habitantes que estão precariamente assistidos pela política do SUS na atual pandemia. Torna-se importante destacar que se trata das três regionais que apresentam o terceiro maior percentual de beneficiários do Programa Bolsa Família (em relação ao total da população), o que faz com que a situação seja mais preocupante. O Quadro 4 evidencia, ainda, a premência da expansão e os esforços que estão sendo levantados pelo governo estadual, considerando que a expansão irá ocorrer em todas as regionais.

Deve-se considerar que o enfrentamento ao coronavírus no RN tem priorizado as áreas com maior ocorrência de casos confirmados e óbitos, concentrando-se nas regiões 7<sup>a</sup> (Metropolitana) e 2<sup>a</sup> (Mossoró) (Quadro 2). No entanto, a pandemia possui um padrão de avanço e letalidade maior em áreas mais pobres. Sendo assim, a interiorização da Covid-19 no território brasileiro tem gerado um alerta – ver as análises da Baixada Fluminense de Fortes, Oliveira e Sousa (2020)–, tornando-se necessário um olhar para áreas mais vulneráveis.

A partir do contexto apresentado no RN, e considerando o instrumento da regionalização da política de saúde, evidencia-se a necessidade de fortalecimento das regionais que ainda não apresentaram grandes números de notificação e incidência do novo coronavírus, mas que podem sofrer com altas taxas de letalidade por não deterem as condições de enfrentamento da pandemia. Soma-se, ainda, a estratégia de não sobrecarregar outras regiões. Os dados apresentados denotam que o estado do RN já não apresentava infraestrutura suficiente e adequada para a gestão da política de saúde em tempos de normalidade, déficit que se tornou mais grave e evidente em um contexto de pandemia.

A partir do seu estabelecimento, a regionalização pressupõe a efetivação de uma gestão compartilhada entre os entes, orientando ações comuns e soluções partilhadas, sob o planejamento e coordenação do governo estadual. Tal modelo de gestão, portanto, se mostraria ideal para a solução de um problema que atinge a todo o território potiguar: a atual pandemia. Além da indiscutível necessidade de que o RN disponha da adequada infraestrutura para atendimento, a existência de ações coordenadas e compartilhadas é componente importante. A fim de compreender as estratégias de gestão da atual crise no RN, e

como forma de identificar consonâncias e dissonâncias das ações, foi realizado um levantamento dos decretos estaduais e municipais.

O governo estadual tem atuado com diretrizes publicadas por meio de decretos. Entre os dias 13/03/2020 e 04/05/2020, foram editados 23 atos normativos para o enfrentamento da atual pandemia. Após análise do conteúdo, evidenciou 39 temas alvo de regramento e 75 medidas, considerando-se novos decretos e alterações.

Para avaliar se as determinações estaduais vinham orientando as medidas adotadas em nível municipal, bem como se a regionalização se configura como estratégia de gestão da crise, os decretos municipais foram analisados à luz dos normativos estaduais e das principais medidas publicadas. O recorte para o estudo das medidas municipais foram os polos das oito regiões de saúde do RN, considerando-se que os municípios-polos são aqueles que deverão apresentar papel de referência para outros entes locais, em qualquer nível de atenção. Para a análise foi adotada uma classificação contendo medidas consonantes, parcialmente consonantes e dissonantes, e contendo, também, ausência de regramento em relação aos decretos do governo estadual (Quadro 4).

Os dados demonstram, a partir das consonâncias parciais e das dissonâncias destacadas, que a coordenação parece não ser o principal componente que caracteriza a gestão da atual crise no RN. Embora em menor quantidade, as dissonâncias existem e, somadas às consonâncias parciais, denotam a ausência de alinhamento entre alguns municípios e o ente estadual, responsável pela coordenação da política de saúde.

A ausência de uma coordenação federal no combate à pandemia tem evidenciado a divisão de competências entre os entes da Federação. Com o contágio se tornando mais problemático, os governadores têm tomado suas próprias decisões, em forma e contextos diferenciados, alguns adotando medidas mais rigorosas, como o uso dos decretos para fechar estabelecimentos e aplicar o distanciamento social, outros ignorando a necessidade de ações mais imediatas. Muitos governadores e prefeitos ainda têm relutado em invocar esses poderes e sofrem os custos políticos sem uma orientação clara do nível federal. A divisão política também define a forma como os partidos percebem a ameaça da pandemia, como mais ou menos séria. Partidos aliados ao governo federal têm sido mais reticentes ao adotar medidas mais rigorosas e necessárias à contenção da disseminação da Covid-19.

Quadro 4 - Consonâncias e dissonâncias das ações de prevenção ao contágio no RN

AÇÃO	1ª São José de Mipibu	2ª Mossoró	3ª João Câmara	4ª Caicó	5ª Santa Cruz	6ª Pau dos Ferros	7ª Natal	8ª Assu
Isolamento								
Quarentena								
Instaurar Comitê								
Fechamento de escolas								
Proibir realização de eventos								
Fechamento de academias								
Decretar calamidade								
Fechamento de shoppings								
Fechamento de Restaurantes e de bares								
Proibir realização de Festas								
Fechamento de parques públicos								
Regulamentar o funcionamento de Mercados e supermercados								
Regulamentar o transporte coletivo								
Regulamentar as feiras livres								
Uso de máscaras para funcionários								
Obrigatoriedade do uso de máscaras pela população								
Estabelecimentos fechados nos domingos e feriados								

Consonância
  Parcialmente
  Dissonância
  Nenhuma ação

Fonte: elaboração própria a partir de pesquisa em decretos e jornais, publicados de março a maio de 2020.

No RN, a lógica se repete quanto à adesão às decisões tomadas pelo governo do estado. São diversos os motivos para a existência de dissonâncias em um momento em que o compartilhamento de decisões se mostra fundamental. Apesar da tentativa da atual gestão estadual de estabelecer uma relação federativa mais coordenada e horizontalizada, no sentido de otimizar a utilização de recursos comuns, apoiando os municípios em ações de contenção do vírus, há prefeitos que adotaram, como principal estratégia, o reforço de sua autonomia por meio de medidas que, apesar de se restringirem fisicamente a um único município, podem impactar no sentido de um maior contágio em cidades vizinhas, sobrecarregando as respectivas regionais de saúde.

Assim, a concretização do instrumento de regionalização é, também, um problema de cooperação e coordenação. Na medida em que aumenta a percepção do prefeito de que os problemas de coordenação e cooperação podem criar obstáculos às suas perspectivas de carreira política e administrativa ou de reeleição (principalmente em ano de eleições municipais), o governante local tende a não cooperar e a se isentar do problema, passando a “batata quente” para outras jurisdições, o que inviabiliza as estratégias de pactuação.

No caso do RN, o ambiente da pandemia evidencia que o instrumento de regionalização não está devidamente maduro, o que traz implicações para o gerenciamento da política nesse contexto de pandemia: apesar da potencialidade da regionalização, a fragilidade dos polos dificulta a operacionalização das pactuações. Vale ressaltar que esse cenário reflete anos de implementação inadequada da regionalização no estado, gerando um contexto ainda mais desafiador para a atual gestão. Além disso, as dissonâncias e a não observância das diretrizes do governo do estado enfraquecem territórios já fragilizados e sobrecarregados.

A partir do exemplo apresentado, é possível apontar que, apesar de constituir um importante instrumento de gestão previsto pela política de saúde no Brasil, a regionalização pode se esvaziar em sua funcionalidade, configurando-se, tão somente, como elemento meramente burocrático, ou recorte para produção de sínteses. As dificuldades para a efetivação de redes na regionalização, aliadas à insuficiência da infraestrutura pública, à falta de planejamento ascendente e aos impasses para a mudança dos

modelos de atenção e das práticas de saúde, vêm, durante os 30 anos do SUS, influenciando negativamente na garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (PAIM, 2018). A regionalização, ao mesmo tempo em que se constitui como uma das molas para a concretização da política de saúde, se configura como grande desafio para a operacionalização do sistema, principalmente em tempos de pandemia.

## Referências

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 11 de maio de 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html). Acesso em: 11 de maio de 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 11 de maio de 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em: 11 de maio de 2020.

FORTES, Alexandre; OLIVEIRA, Leandro Dias de; SOUSA, Gustavo Mota de. A COVID-19 na Baixada Fluminense: colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. **Espaço e Economia**. Revista brasileira de geografia econômica, n. 18, 2020.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. E **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão** [online]. 2012, vol.11, n. 2-3, p. 74-83. ISSN 1645-4464.

GARSON, Sol. **Regiões Metropolitanas: por que não cooperam?** 1. ed. Belo Horizonte: Letra Capital, 2009, 249 p. v. 1. ISBN 978-85-7785-031-0.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Coordenadoria de Planejamento e Controle do Sistema de Saúde (CPCS). **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Natal. 2004. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000090284.PDF>. Acesso em: 8 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **Plano estadual de saúde. PES 2016 – 2019.** Natal/RN – 2016. Disponível em: [https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/RN\\_PES%202016-2019%20VERSAO%20FINAL.pdf](https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/RN_PES%202016-2019%20VERSAO%20FINAL.pdf). Acesso em: 8 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico n° 68** – informação que esse boletim trata. Natal/RN, 14 de maio de 2020. Disponível em: link. Acesso em: <http://www.saude.rn.gov.br/>. Acesso em 21 maio 2020.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Contingência para Infecção Humana pelo COVID-19, 1. ed.** Natal-RN, 11 de março de 2020. Disponível em: <http://procons.e-webportal.com.br/ejemplos/s5/wp-content/uploads/2020/03/Plano-de-Conting%C3%Aancia-COVID-19-Rio-Grande-do-Norte-1.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Contingência para Infecção Humana pelo COVID-19, 3. ed.** Natal-RN, maio de 2020. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=7543&ACT=&PAGE=0&PARM=&LBL=Gest%E3o+e+Planejamento>. Acesso em: 11 de maio de 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acesso em: 6 maio 2020], p. 1.723-1.728. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.