



XIX ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR
Blumenau - SC - Brasil

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19 NO RIO GRANDE DO NORTE: UMA ANÁLISE REGIONALIZADA DO CONTEXTO PRÉ-PANDÊMICO PARA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Raquel Maria da Costa Silveira (Universidade Federal do Rio Grande do No) - raquelmcsilveira@hotmail.com
Docente do Departamento de Políticas Públicas, atuando na Graduação em Gestão de Políticas Públicas e no Programa de Pós-Graduação em Estudos Urbanos e Regionais (UFRN), Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN),

Flávio Luiz Carneiro Cavalcanti (Universidade Federal do Rio Grande do No) - flavio.carneiro.010@ufrn.edu.br
Bacharel em Direito (UnP), especializado em Gestão Pública (IFRN) e graduando em Gestão de Políticas Públicas (UFRN). Pesquisador no projeto "Controle Judicial de Políticas Públicas a partir dos reflexos da pandemia da Covid-19: o papel do Poder Judiciário"

Planejamento em saúde e a pandemia da Covid-19 no Rio Grande do Norte: uma análise regionalizada do contexto pré-pandêmico para garantia do direito à saúde

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) atribuiu ao Estado a responsabilidade pela universalidade do direito à saúde e de sua atenção integral nos termos dos seus artigos 196 e 198. E para corresponder a esse dever, legalizou-se, posteriormente, a necessária adoção de estratégias capazes de promover máxima eficiência ao processo de gestão. Para tanto, a atividade de planejamento se notabilizaria para a racionalização da operacionalização descentralizada e regionalizada plena e efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se um processo atribuído a todas as esferas de governo e seguindo suas próprias especificidades.

Entende-se que planejar consiste, basicamente, em identificar problemas atuais e futuros para decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a se deteriorar no futuro (CHORNY, 1998). Na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS, os instrumentos de planejamento em saúde qualificam as práticas gerenciais do sistema, contribuindo para o melhor aproveitamento das oportunidades e para superação de desafios.

Nessas condições, repercutem na resolubilidade de gestão e ações e serviços prestados, pois cabe ao planejamento contribuir para que o SUS responda, com qualidade, às demandas e necessidades de saúde. Por sua vez, para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos, é de esperar a mobilização de recursos e vontades.

Além disso, a política de saúde brasileira valida a regionalização como uma de suas estratégias, partindo do pressuposto de que “a localização geográfica dos equipamentos tem efeito expressivo na acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, comprometendo os ideais de universalidade e equidade no atendimento” (FEITOSA, 2013, p. 78). Contudo, antes mesmo do contexto pandêmico, a deficiência no planejamento regionalizado como parte das iniciativas de descentralização da política de saúde já comprometia a sua implementação adequada às múltiplas realidades (LIMA *et al*, 2011).

No contexto da pandemia da Covid-19, as dificuldades presentes nos estados brasileiros para planejar e operacionalizar estratégias de forma regionalizada podem ter gerado, além de uma maior dispersão da doença, a ampliação de conflitos sociais que envolviam a inadequada prestação de serviços e do atendimento do direito à saúde. Tal cenário refletiu-se não apenas

no Poder Executivo, mas, também, na transferência do debate em torno da referida política pública para o âmbito do Poder Judiciário.

A partir do exposto, a presente pesquisa objetivou compreender como o contexto de planejamento e gestão regionalizada da política de saúde no estado do Rio Grande do Norte (RN), anterior ao contexto de pandemia da Covid-19, refletiu-se em conflitos que potencializaram a complexidade da gestão da crise sanitária.

METODOLOGIA

A elaboração do presente artigo se respaldou, inicialmente, em pesquisa bibliográfica com amparo no debate teórico em torno dos temas: federalismo, planejamento, descentralização e regionalização, enquanto elementos para operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seguida, procedeu-se com a sistematização e análise de dados quantitativos relacionados ao planejamento da política de saúde nos 167 municípios do RN no contexto anterior à pandemia. Para tanto, o banco de dados foi composto por informações extraídas do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) no primeiro trimestre de 2020. O sistema foi instituído em 2019 pelo Ministério da Saúde para o registro dos dados relativos aos instrumentos de planejamento em saúde por parte dos entes federados, no âmbito do SUS e que passaram, então, a ser divulgados em boletins informativos pela Coordenação-geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (CGFIP/DGIP/SE/MS).

Ressalta-se que, nos termos da Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), a inserção dos documentos no DigiSUS, além de ser fundamental para dar transparência à execução das ações programadas, é obrigatória. Assim, em virtude do caráter obrigatório do lançamento dos dados, nesta pesquisa, partiu-se da premissa que o(s) documento(s) não inserido(s) naquele sistema indicava a inexistência do(s) respectivo(s) instrumento(s) de planejamento.

Feito isso, os dados coletados foram analisados, baseando-se, primeiramente, em estatística descritiva. O segundo passo consistiu na elaboração de um indicador aqui denominado “nível de cumprimento da expectativa de planejamento”. Essa medida considerou a composição percentual e absoluta das regionais de saúde quanto ao número de municípios e o respectivo lançamento dos três instrumentos de planejamento selecionados para esse estudo: Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021, Programação Anual de Saúde (PAS) 2018 e 2019 e Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018 e 2019 no DigiSUS.

Assim, o banco de dados utilizado possuía informações sobre aqueles instrumentos de planejamento existentes em cada um dos 167 municípios do Rio Grande do Norte (RN) nos primeiros meses de 2020, permitindo, posteriormente, o agrupamento a partir da composição das regionais de saúde e a criação de faixas percentuais referentes à proporção de instrumentos inseridos no DigiSUS, sendo elas: 0% dos três instrumentos de planejamento; 1% a 49% dos

instrumentos inseridos no sistema por município; 50% a 99% e 100% dos instrumentos cadastrados.

A representação dessa sistematização de dados permitiu visualizar, em termos absolutos e percentuais, a discrepância do nível de planejamento em saúde entre as regionais e, internamente, entre os seus municípios. Além disso, a partir da metodologia elaborada, foi possível identificar o que denominamos de pior cenário de planejamento municipal de saúde, sendo este derivado do somatório de municípios classificados nas faixas de 0% dos três instrumentos de planejamento; 1% a 49% dos instrumentos inseridos no sistema por município. Esta análise permitiu compreender o cenário do planejamento e gestão da política de saúde em âmbito municipal no RN imediatamente anterior à pandemia da Covid-19.

Em seguida, a fim de compreender como tal contexto possivelmente refletiu no enfrentamento à crise sanitária no estado, a pesquisa se amparou nas informações referentes aos números de casos confirmados de infecção pelo Sars-Cov2 nos municípios norte-riograndenses de fevereiro a dezembro de 2020, levantados nos últimos boletins epidemiológicos de cada mês que estão divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap) em sítio eletrônico próprio¹.

Adicionalmente, foram analisadas as demandas judiciais relativas à política de saúde entre março e agosto de 2020, período considerado como o primeiro pico da pandemia no estado, obtidas por solicitação da listagem de casos classificados como “Questões de alta complexidade, grande impacto e repercussão COVID-19” à Justiça Federal do Rio Grande do Norte (JFRN) e ao Tribunal de Justiça do RN (TJRN). Vale ressaltar que a referida classificação das ações é atribuída pelo representante da parte autora no momento do peticionamento eletrônico, sem que tenha sido procedida a reanálise para esta pesquisa. Em virtude dessa limitação, não é possível garantir que foi recolhida a totalidade de processos relativos ao contexto de pandemia para objeto dessa investigação. Contudo, a metodologia fornece dados para a compreensão dos tipos e objetos das demandas mais frequentes.

Os processos listados via consulta pública foram, então, acessados e os dados contidos nas decisões liminares ou de mérito, em primeiro grau, foram tabulados, realizando-se a análise de conteúdo. Dessa maneira, foram levantadas para análise 1.365 decisões proferidas no período, das quais 173 ações estavam diretamente relacionadas à saúde no recorte temporal analisado. A partir delas, buscou-se identificar a atuação do Poder Judiciário na judicialização da política de saúde em tempos de Covid-19, a sua incidência sobre diversos setores da administração pública no estado do RN e a relação com o cenário de planejamento anterior.

¹ <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/medidas/boletinsepidemiologicos/>

AS IMPLICAÇÕES DO FEDERALISMO BRASILEIRO NA DESCENTRALIZAÇÃO, UNIVERSALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

No âmbito da Ciência Política, reconhece-se a interferência da estrutura federativa da produção das políticas públicas (ARRETCHE, 1996, 1999, 2002, ALMEIDA, 2005, OBINGER; LEIBFRIED; CASTLES, 2005, SOUZA, 2005) e se vai além para investigar as diversas nuances dessa interação, principalmente quanto à determinação de competências dos entes federativos, a partilha de recursos entre eles e a dinâmica das interações intergovernamentais. À propósito, no Brasil, verifica-se uma relação de reciprocidade entre federalismo e políticas públicas que, no período pós-Constituição de 1988, foi responsável pela construção de sistemas de políticas públicas, nos quais se insere o SUS (FRANZESE; ABRUCIO, 2013).

Com o fim do regime autoritário no Brasil, “num momento de constituição de um novo pacto social do país, cresceram as articulações em torno da redefinição da política de saúde” (MENICUCCI, 2007, p. 186). O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira articulava a ideia para uma nova política de saúde efetivamente democrática, rompendo com o modelo estratificador da cidadania social que conformava a assistência à saúde. Para tanto, os princípios da descentralização, universalização, unificação e controle social foram preconizados como elementos essenciais na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e repercutidos na Constituição de 1988 (BRASIL, 1998).

Quanto à arquitetura institucional da estrutura federativa, Franzese e Abrucio (2013, p. 364) anotam que a Carta de 1988 concilia “uma forte diretriz pró-descentralização e um rol significativo de competências compartilhadas entre as esferas de governo”. Em razão do seu contexto histórico, à descentralização foi vinculado o significado de democratização, implicando-se na transferência do poder de decisão direcionado às instâncias locais para a construção de um novo modelo assistencial e, portanto, mais próximas das demandas e do controle social (SILVA, 1996). Dessa forma, tem-se a ambiguidade de um modelo descentralizado propício ao federalismo competitivo ao mesmo tempo que sugere uma cooperação quando da partilha de responsabilidades em diversas áreas de políticas públicas.

No que toca especialmente às políticas sociais, de fato, a restauração da tradição democrática, materializada na promulgação do texto constitucional, marcou um novo pacto político e no qual os direitos sociais foram consagrados com a cristalização do princípio, então hegemônico, da necessidade de reestruturação do sistema brasileiro de políticas sociais (MENICUCCI; GOMES, 2018).

Aquela descentralização se opõe à tradição centralizadora da assistência à saúde no Brasil e promove a noção de que o município se apresenta como melhor gestor por estar mais próximo da realidade da população. Então, ela se manifestou por meio da municipalização como principal característica e novidade político-institucional do atual federalismo brasileiro, elevando o município à condição de terceiro ente federativo ao lado de estados e da União, sendo-lhes transferidas as políticas públicas, seja na formulação ou implementação. Embora não se observe propriamente uma distribuição simétrica de poder, tampouco homogeneidade na composição socioeconômica e administrativa dos governos

locais, são conferidas àqueles autonomia política, administrativa e financeira. Dessa maneira, ainda que ignorando as fragilidades institucionais e materiais, os municípios se tornam atores-chaves no Estado de Bem-Estar Social brasileiro (FRANZESE; ABRUCIO, 2013).

Nessa nova configuração jurídico-política, a execução de políticas públicas de saúde foi prevista de maneira compartilhada entre os entes federativos. A descentralização administrativa, portanto, atribuiu aos novos atores institucionais autonomia e maior responsabilização pela gestão do sistema de saúde, que devem assumir um papel mais proativo no processo de definição das políticas públicas do setor (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA. 2002, p. 2). Nesse cenário, pode-se estabelecer, então, uma relação de causalidade entre municipalização e descentralização, na qual um fator promoveria o outro diretamente.

Nesse sentido, o SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma das suas características primordiais valorizar o nível municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, a sua implantação é impactada por dificuldades relacionadas ao seu financiamento e eficiência administrativa de sua operação. Em função disso, buscam-se ferramentas para a modernização de suas práticas administrativas e gerenciais, sobretudo com estímulo à participação social.

Para sua regulamentação, observou-se que o movimento de adesão dos municípios ao modelo descentralizado de sistema de saúde foi regulado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que instituíram o pleno exercício da competência municipal para a gestão da atenção à saúde no seu território e foram editadas pelo Ministério da Saúde ao longo da década de 1990, subjacentes às leis orgânicas do SUS – Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990) e Lei n.º 8.142/1990 (BRASIL, 1990), como resultado de um longo processo histórico-social.

Dessa maneira, os novos atores institucionais do federalismo brasileiro passaram a exercer a gestão da atenção básica de saúde em seu território. Nesse horizonte, a criação de uma rede municipal de serviços de saúde demandou contratação de pessoal, construção de estrutura física, compra de equipamentos e destinação de recursos próprios do orçamento municipal, para a satisfação da prestação de um serviço universalizado, especialmente de um público que não recebia esse tipo de atendimento anteriormente (FRANZESE; ABRUCIO, 2013).

Conforme Yunes (1999), diante da heterogeneidade da realidade brasileira, para alcançar sua efetividade se exige alterar não apenas os formatos institucionais, mas, sobretudo, os caminhos e instrumentos de gestão e gerência viáveis, reais e imprescindíveis à construção de um novo modelo assistencial, acompanhados de instrumentos e medidas legais para a sua efetividade.

É dizer, portanto, que o processo de descentralização parece não garantir, por si só, que todos os municípios realizem uma gestão eficaz posto que nem todos estão munidos das condições exigidas quanto à infraestrutura disponível, bem como do gerenciamento e apropriação dos valores inerentes à essa nova prática social. A bem da verdade, na saúde, as fronteiras territoriais, setoriais, administrativas, institucionais e disciplinares se portam de forma meramente convencional e quando se erige o município como efetivo gestor das ações e

serviços de saúde, essas fronteiras são minimizadas pela interposição da participação e controle social. Nesse sentido:

No que se refere aos recursos de saúde existentes, a concentração dos serviços em grandes centros urbanos, especialmente nos estados com economias mais avançadas, gerou desigualdades no acesso da população aos serviços, com carências acentuadas justamente nos locais com os piores indicadores de saúde, justificando amplamente a preocupação com a equidade no SUS (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004, p. 16).

Em outro viés, em função das premissas do planejamento ascendente, o processo de descentralização se mostra como elemento fundamental na formatação do modelo assistencial. Isso porque planejar a partir dos níveis iniciais da hierarquia institucional com possibilidade de participação social, construção de cidadania, democratização do exercício do poder, inclusive para definição das prioridades orçamentárias, eleva a expectativa de padrão de qualidade na prestação dos serviços ou na satisfação do usuário. Especialmente nas políticas públicas de saúde, para atingimento da eficiência administrativa e capacidade de respostas ágeis e eficazes, se exige conhecimento minucioso dos aspectos econômicos, culturais, políticos e epidemiológicos, componentes do saber técnico e também controle da qualidade pelo usuário (SILVA, 1996).

Se a descentralização expandiu a cobertura de serviços e recursos públicos provenientes dos governos subnacionais, ela não parece suficiente para tratar a iniquidade resistente quanto à oferta de serviços de saúde no Brasil. Daí, passou-se a buscar a definição de estratégias e instrumentos que estimulem a organização de redes regionalizadas, pactuação e formalização de acordos federativos como a regionalização, a exemplo da Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), e o Decreto Federal n.º 7.508/2011 (BRASIL, 2011).

Nessas condições, apresenta-se a regionalização como processo técnico-político relacionado à definição de recortes espaciais visando ao planejamento, bem como à organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde. Para tanto, considera aspectos geográficos, administrativos, demográficos, epidemiológicos, sociais e culturais (CONASEMS, 2019). Quanto à sua finalidade, busca operacionalizar a saúde e amparar o acesso dos usuários aos serviços tempestivamente, permitindo expandir espaços e canais de participação social, bem como estimular o compartilhamento de responsabilidades entre os governos e a participação da sociedade (BRASIL, 2006). Esse tema será discutido mais detalhadamente a seguir.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: PLANEJAMENTO E GESTÃO FOCADOS NO TERRITÓRIO

Como já explanado, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) se pautou na descentralização e na ampliação do papel dos municípios pela provisão dos serviços e organização de seus respectivos sistemas de saúde (LIMA *et al*, 2011). Esse roteiro descentralizador teve a pretensão de “adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas” (PAIM, 2009, p. 49). Dessa forma, o planejamento em saúde e sua evolução se relacionam com “contextos

históricos, cenários políticos e contribuições de diferentes atores e autores” (RIVERA; ARTMANN, 2012, p. 13).

Com isso, o planejamento se valida como “um meio para desenhar, organizar e acompanhar a execução de proposições destinadas a operacionalizar as decisões institucionais” (BRASIL, 2016, p. 101) no âmbito do SUS. Ou seja, não se divorcia o planejamento da gestão, buscando, assim, articular conhecimento e ação (RIVERA; ARTMANN, 2012). Portanto, o planejamento se revela como um componente instrumental-teleológico em cenário de escassez de recursos (RIVERA; ARTMANN, 2012) qualificado em um binômio gestão e planejamento que racionaliza a ação humana, como ensina Vilasbôas (2004, p.4):

Pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito, relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação.

Para fins desse estudo, considera-se a materialização do planejamento no âmbito da política de saúde brasileira por intermédio do Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que esquematizam uma sequência interligada em um processo cíclico de planejamento fundamental para funcionamento integrado, solidário e sistêmico do SUS (BRASIL, 2016).

O Plano Municipal de Saúde centraliza o planejamento, definindo a implementação de todas as iniciativas no âmbito setorial da saúde no ente federado, refletindo tanto as necessidades de sua população como as suas especificidades para direcionalizar a política municipal de saúde, seja quanto à gestão do sistema como também em termos de reorganização do modelo de atenção (CERQUEIRA, 2009). A sua elaboração é determinada para o primeiro ano da gestão em curso e sua execução se inicia no ano seguinte até o primeiro ano do mandato subsequente, com duração, portanto, de quatro anos. Sobre seu conteúdo, deve contemplar as diretrizes e objetivos orientativos da gestão da política de saúde no quadriênio de sua execução para todas as áreas da atenção à saúde (BRASIL, 2016).

A operacionalização das intenções previstas no PMS é estabelecida na Programação Anual de Saúde através de ações que contribuam para o atingimento dos objetivos e cumprimento das metas do PMS de maneira anualizada, e prevê a alocação de recursos orçamentários (BRASIL, 2016).

Para o acompanhamento da conformidade da aplicação dos recursos à programação anual aprovada e a prestação de contas dos resultados obtidos através da execução das ações do PMS operacionalizadas pelo PAS, o Relatório Anual de Gestão é submetido para análise do respectivo Conselho de Saúde.

Como se vê, os instrumentos de planejamento em saúde tratam da situação de saúde em um determinado período e circunscritos a um território. Isso porque “o conhecimento da política, da economia, da história e da cultura de cada sociedade é fundamental não só para compreender as dificuldades e

impasses, mas também para identificar oportunidades e buscar alternativas” (PAIM, 2009, p. 17). Ou seja, nesse contexto histórico-social ao qual se vincula o processo de planejamento são incorporados os problemas e atores que se relacionam, afastando a ideia de sua neutralidade (RIVERA; ARTMANN, 2012).

Dessa maneira, os instrumentos de planejamento buscam minimizar as deficiências e avançar na oferta da promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, bem como da prestação de contas sistematizada em instrumentos setoriais e da interação entre eles depende a efetividade da política pública de saúde (BRASIL, 2002, 2016), como observado por Marengo (2020, p. 10):

Planejamento como artefato que envolve uma dimensão técnica – escolhas orientadas por evidências e não crenças, opiniões ou profecias – como também a concertação política e social necessária para administrar os *tradeoffs* gerados por prioridades governamentais.

Assim, “o planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais” (BRASIL, 2016, p. 24). Nessa perspectiva de gerenciamento das políticas públicas de saúde, Paim (2009, pp. 48-49) anota que a regionalização:

representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.

De forma aliada a essa lógica de planejamento, a regionalização busca, então, uma gestão solidária e cooperativa, figurando, portanto, como “uma ferramenta de planejamento a serviço do Estado imprescindível para organizar no território das unidades e a acessibilidade da população à rede de serviços do SUS” (DANTAS; FEITOSA, 2013, p. 22).

Nesse sentido, a regionalização pode ser compreendida como a articulação e a mobilização municipal para a gestão da saúde. Isso porque se trata de 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, conforme Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Além disso, é a definição de regiões de saúde que deve orientar a descentralização das ações e serviços, bem como os processos de negociação e pactuação entre os gestores, nos termos da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Conforme Lima *et al* (2011, p. 2), “essa agenda foi construída visando alcançar maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, e maior democratização e transparência dos processos decisórios na saúde.” Para as autoras, regionalização pode ser visualizada como:

(...) um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, organizações, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

A Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) prevê que, para a operacionalização do SUS em cada estado, devem ser definidas regionais de saúde e seus respectivos municípios-polo, ou seja, aqueles que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresentam papel de referência para outros municípios. 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. Desse modo, o planejamento e a operacionalização dos serviços devem se dar a partir do diálogo entre os municípios que compõem cada regional (MEDEIROS *et al*, 2020b).

Para um arranjo de articulação, foram criadas ainda arenas institucionais estranhas ao desenho federativo da Constituição de 1988, para representação e pactuação a respeito de política de saúde. Nelas contam com assentos gestores municipais, estaduais e federais que deliberarão sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. As Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR) “pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”, nos termos do art. 30, do Decreto Federal nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011).

Segundo Ribeiro (1997, p.89), elas “atuam como instâncias executivas dos conselhos de saúde, mas a sua composição exclusivamente governamental promove grande agilidade decisória, além da influência relevante da tecnoburocracia estatal em seu processo decisório.”

Se, por um lado, a direção do SUS no país deve ser única (art. 198, I, CF88) de modo a garantir o cumprimento de todos os seus princípios e diretrizes aos usuários, é sabido que sua realização não se opera homogeneamente em todos os municípios, em razão das distintas heranças e heterogeneidades territoriais, comprometendo a universalidade e equidade do sistema (DANTAS; FEITOSA, 2013).

Ao mesmo tempo em que dispõe de uma rica estratégia territorial de planejamento e gestão da política de saúde, o país demonstra historicamente não ter implementado adequadamente a regionalização. Para Lima *et al* (2011), é, justamente, a falta de um planejamento regional das estratégias de descentralização da política de saúde que compromete a sua implementação adequada às múltiplas realidades que se fazem presentes no território brasileiro, de forma que ainda não se pode afirmar que existe, de fato, uma diversificação de políticas e investimentos que relacione e considere as necessidades de saúde e as dinâmicas territoriais. Dessa forma:

(...) o balanço que se faz do processo de descentralização no SUS é de que o mesmo foi importante para a expansão de cobertura dos serviços de saúde e induziu os estados e municípios a aumentarem

seu peso no financiamento público em saúde. Porém, não foi capaz de resolver as imensas desigualdades presentes no acesso, utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à formação de arranjos mais cooperativos na saúde (LIMA et al, 2020, p. 5).

Tais desigualdades também se apresentam em nível intraesdual. O item que segue apresentará dados acerca da gestão regionalizada da política de saúde no RN no contexto anterior à pandemia de Covid-19, a fim de que seja possível visualizar como o estado recepcionou a crise sanitária no que tange à infraestrutura de saúde e ao planejamento da política.

A GESTÃO DA SAÚDE NO RN NO CONTEXTO PRÉ-PANDEMIA

Em 2008, foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Rio Grande do Norte, com base na Norma Operacional da Assistência à Saúde /SUS (NOAS) 01/2001, publicada na Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Isso se deu, portanto, antes mesmo da expedição do Decreto Federal n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). A norma federal ratifica a concepção de federalismo cooperativo, promovendo relações intergovernamentais por intermédio de dispositivos organizacionais, gerenciais e assistenciais. Para isso, dispõe sobre a organização do SUS e planejamento da saúde, como também regulamenta a regionalização estabelecida no art. 198 da Constituição Federal² (BRASIL, 1998).

De acordo com aquele PDR, foram estabelecidas oito regiões de saúde no estado com o propósito de aumentar a resolutividade às demandas em saúde em seus diversos níveis de complexidade como eixo estruturante da organização do SUS estadual.

A operacionalização das políticas de saúde no RN, a partir dessas oito regiões distribuídas em seu território, sobrepõe-se à divisão jurídico-administrativa dos municípios na execução de fluxos e ações de respostas oferecidas pelos serviços de saúde uma vez que não obedecem a limites territoriais (GUIMARÃES, 2008). Nesses termos, reforça-se a busca por uma estrutura marcadamente coesa e solidária, na qual cada ente federado reafirma seu caráter complementar (FEITOSA, 2013)

Entende-se, aqui, que a infraestrutura hospitalar e os instrumentos de planejamento existentes em nível local e regional foram o suporte do combate à pandemia no Brasil. Em sentido oposto, a ausência dessa estrutura ocasionou maiores entraves na gestão da crise sanitária.

² De acordo com art. 2º, I, do referido Decreto, considera-se Região de Saúde “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

Nas condições reveladas nessa pesquisa, aquela desigualdade de infraestrutura hospitalar e essa deficiência no planejamento da política de saúde compuseram o contexto para desenvolvimento epidemiológico da Covid-19 no RN. Tais elementos foram somados para que a desigualdade de índices de contágio nos municípios e de medidas para seu enfrentamento ampliasse a crise sanitária no estado.

De acordo com Medeiros *et al* (2020), com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, no contexto pré-pandemia, dos 463 leitos de UTI do SUS existentes no estado do RN, 73% deles estavam localizados na 7ª Região de Saúde (Metropolitana), denotando o vazio assistencial nas demais regiões.

Nesse sentido, antes mesmo da pandemia, Feitosa (2013, p. 78) já evidenciava que “boa parte do componente físico de que se serve o SUS estadual concentra-se em alguns poucos municípios, sobretudo os da região de saúde metropolitana”. Como apontado, aquelas oito regiões de saúde no RN apresentam desigualdades em sua infraestrutura de suporte, de modo que, no contexto pandêmico, esse cenário se mostrou mais evidente e representou um entrave para o enfrentamento à doença: “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” (MEDEIROS *et al*, 2020, p. 38).

Nesse particular, o aparato infraestrutural da saúde no RN se distribui desigualmente e a insuficiência daqueles leitos já estava diagnosticada no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 (GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2016, p. 45): “A insuficiência de leitos de cuidados intensivos vem sendo um dos grandes entraves no cuidado, uma vez que, no RN existe um déficit de 237 leitos de terapia intensiva, tornando-se ainda mais grave a situação pela inexistência desse cuidado em cinco regiões de saúde.”

A necessidade de superação dessas desigualdades assistenciais não representa novidade para o governo. O Plano Estadual de Saúde do RN 2016-2019 (GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2016, p. 87) advertiu sobre a necessidade de fortalecimento da gestão pública para a operacionalização adequada do SUS estadual:

Cabe destacar que diante das diferenças entre os municípios do RN é preciso que sejam adotados mecanismos de fortalecimento da gestão pública, de coordenação da rede e de promoção do acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde.

Dessa forma, a ausência de meios capazes de dar concretude ao que está formulado nos planos e projetos dos gestores compromete a universalidade e integralidade da assistência em saúde. Ou seja, a localização geográfica dos equipamentos traz reflexos em relação ao acesso aos serviços de saúde (FEITOSA, 2013), tornando-os mais ou menos seletivos.

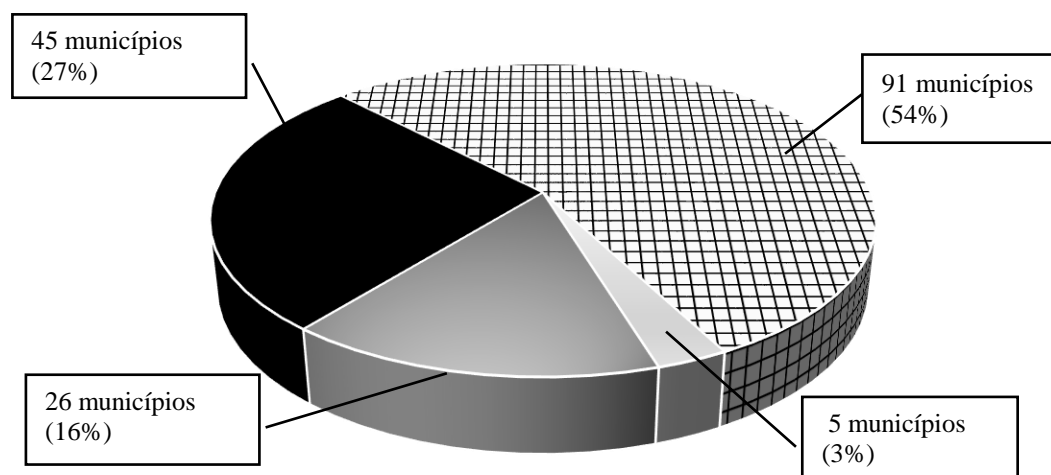
Nessas condições, a pandemia da Covid-19 representou um desafio em termos de gerenciamento do sistema de saúde diante da ameaça de colapso a partir do exponencial número de infectados que requerem atendimento e internação em leitos de cuidados intensivos.

Tal cenário de desigualdades se agrava quando são considerados os dados relativos ao planejamento da política de saúde nos 167 municípios norte-riograndenses no primeiro trimestre de 2020. Trata-se, então, de um contexto anterior ao Decreto Estadual n.º 29.513, de 13 de março de 2020 (GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2020), que regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, o disposto na Lei Federal nº 13.979/2020 que dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus.

Para visualização daquele cenário, extraiu-se do Sistema DigiSUS dados referentes à situação da elaboração, entrega e apreciação no primeiro trimestre de 2020 dos três instrumentos de planejamento da política de saúde pelos entes municipais do RN selecionados para esse estudo, repita-se: Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Naquele cenário, dois anos após à expectativa do início de sua vigência, observou-se, então, que apenas 54% dos Planos Municipais de Saúde (PMS) 2018-2021 estavam aprovados e outros 27% restavam com status “não iniciada ainda inserção” (Gráfico 1). Esse dado revela um déficit contínuo de planejamento que não é resultado apenas da urgência do período de pandemia, mas que, por sua vez, representa uma prática na gestão da política de saúde municipal.

Gráfico 1 - Status dos Planos Municipais de Saúde nos municípios do RN (2018-2021), dados do primeiro trimestre de 2020

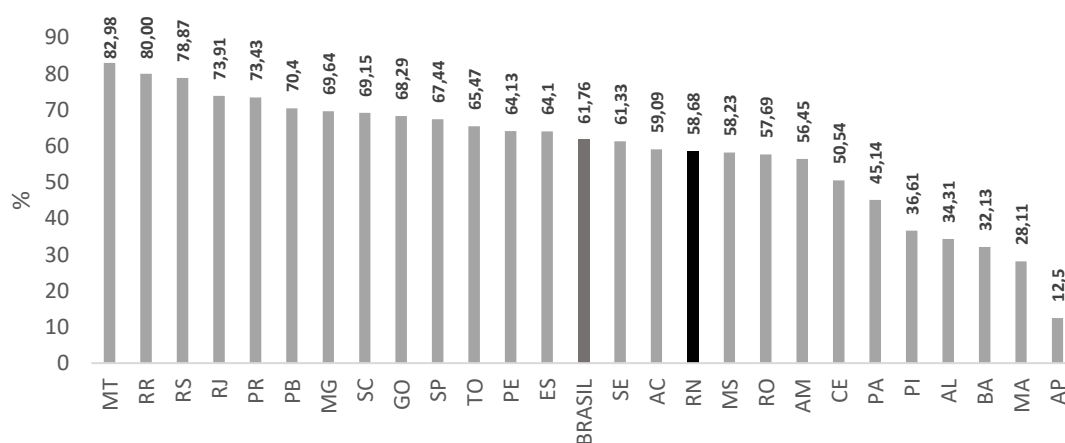


- PMS 2018-21 com status: "Aprovado" no DigiSUS
- PMS 2018-21 com status: "Em apreciação pelo Conselho de Saúde" no DigiSUS
- PMS 2018-21 com status: "Em elaboração" no DigiSUS
- PMS 2018-21 com status: " Não iniciada inserção do PMS" no DigiSUS

Fonte: Elaboração própria (2021), a partir de DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP)/Ministério da Saúde (2020)

Na primeira quinzena de maio de 2020, essa situação relativa à inserção de informações dos Planos Municipais de Saúde (PMS) 2018-2021 e sua aprovação pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde (Gráfico 2) nos municípios do RN aumentou para 58,68%. Mesmo assim, o estado se encontrava abaixo da média nacional (61,76%), ocupando a 16ª posição no país, de acordo com Boletim Informativo da Coordenação-Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Gráfico 2 - Percentual de municípios que registraram informações de aprovação e análise do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, dados da primeira quinzena de maio de 2020

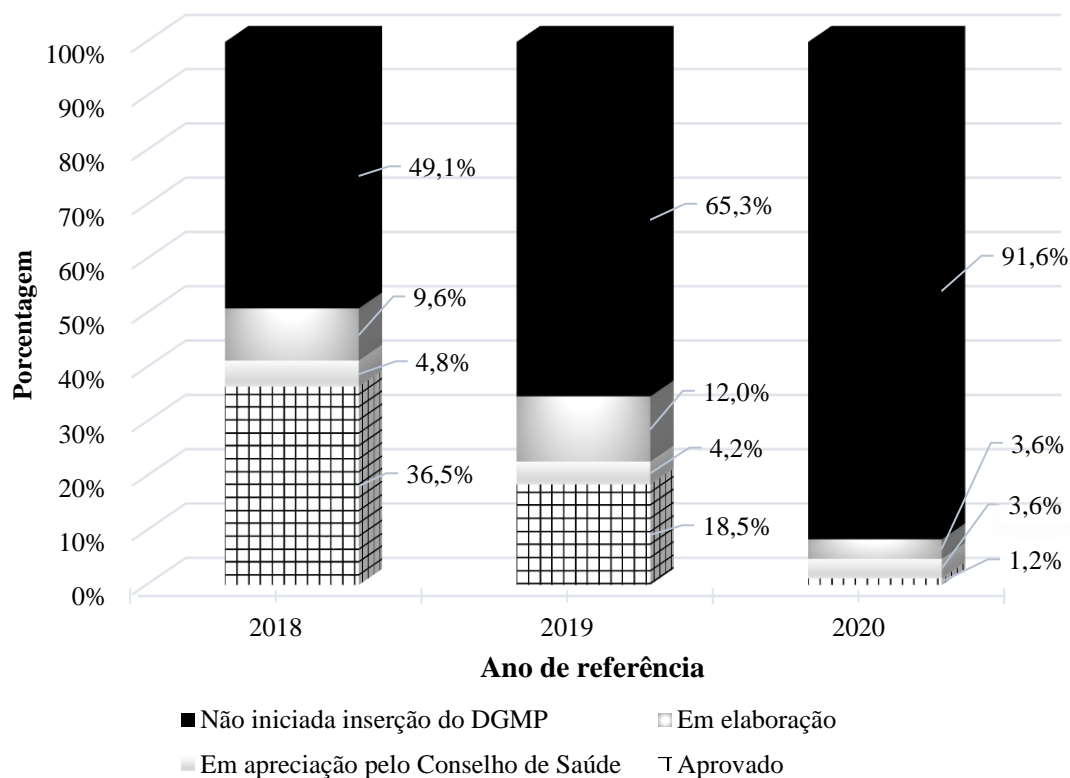


Fonte: Elaboração própria (2021) a partir de DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP)/Ministério da Saúde (2020)

Como já dito sobre a sequencialidade dos instrumentos de planejamento, o preenchimento das informações do PMS 2018-2021 é essencial para que sejam disponibilizados os componentes da Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) no município, uma vez que estes estão interligados.

É o que se constata com os níveis decrescentes dos índices de aprovação correspondente à PAS nos anos que seriam de vigência do PMS 2018-2021: 36,5% em 2018, 18,6% em 2019 e apenas 1,2% em 2020 (até o primeiro trimestre), conforme Gráfico 3.

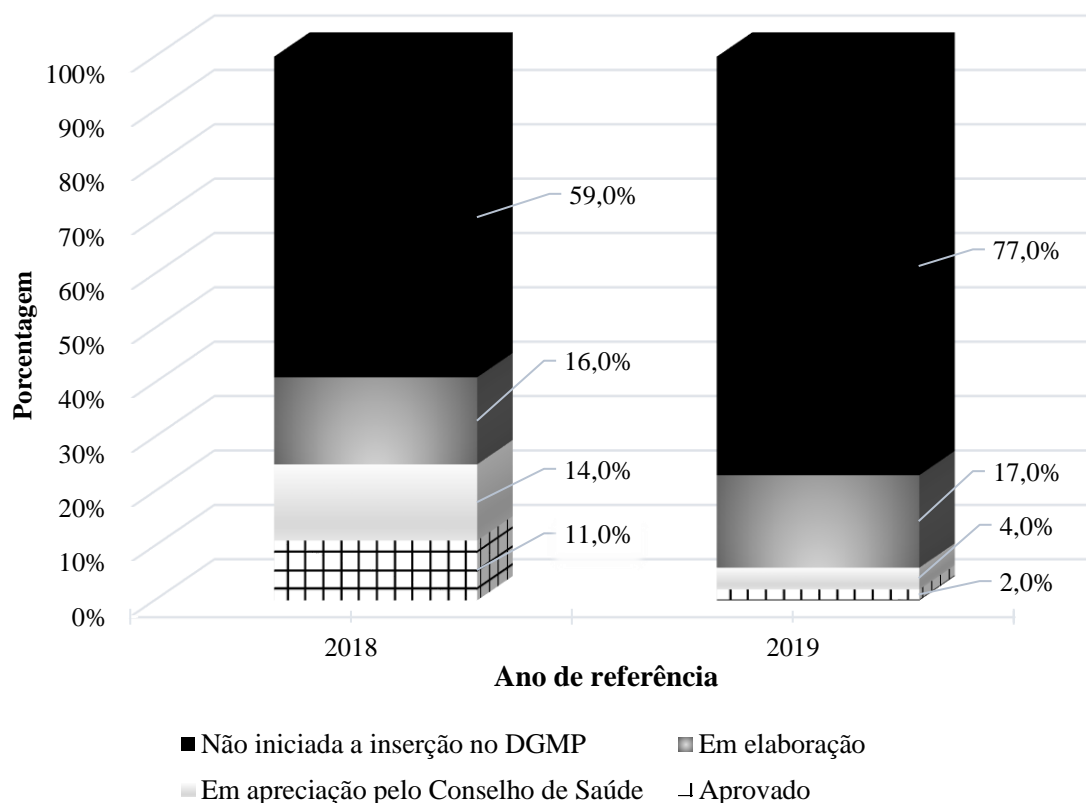
Gráfico 3 – Status da Programação Anual de Saúde (2018-2020) nos municípios do RN, dados do primeiro trimestre de 2020



Fonte: Elaboração própria (2021), a partir de DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP)/Ministério da Saúde (2020)

Quanto ao Relatório Anual de Gestão – RAG, encontrou-se tão somente 11% aprovados em 2018 e meros 2% em 2019, destacando-se, portanto, o baixo percentual de elaboração de tais instrumentos (Gráfico 4). Percebe-se, então, um impacto decrescente nos índices de aprovação em períodos até mesmo anteriores a 2020 quanto à aprovação dos demais instrumentos a partir do índice de aprovação do PMS 2018-2021.

Gráfico 4 – Status dos Relatórios Anuais de Gestão nos municípios do RN (2018-2019), dados do primeiro trimestre de 2020



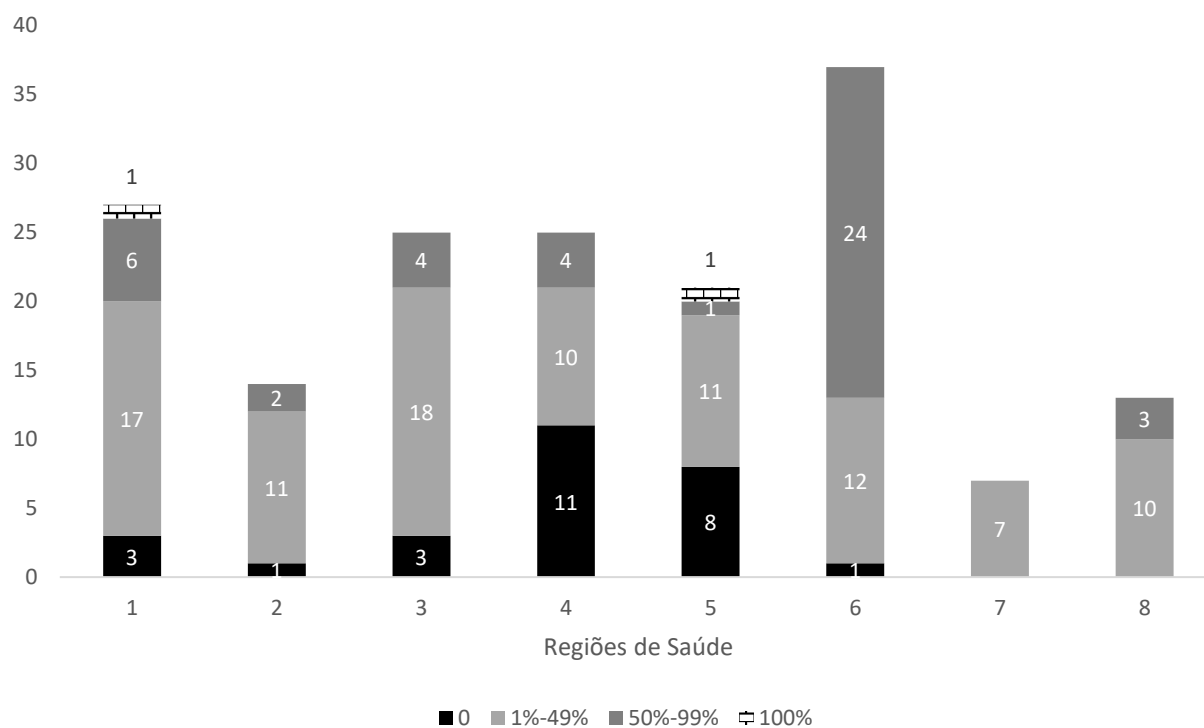
Fonte: Elaboração própria (2021), a partir de DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP)/Ministério da Saúde (2020)

Nos dados acima, constata-se, igualmente, que a mesma interligação entre os instrumentos se evidencia quando considerados aqueles 27% referentes aos PMS 2018-2021 com status “não iniciada ainda inserção” no DigiSUS, que repercutiu em uma inércia municipal crescente ainda mais acentuada nos anos de 2018 e 2019. Nesses dois anos anteriores ao primeiro trimestre de 2020, encontrou-se, respectivamente, 49,1% e 65,3% das Programações Anuais de Saúde e 59% e 77% dos Relatórios Anuais de Gestão sem inserção no sistema.

Partindo para uma perspectiva regionalizada da saúde no RN, o gráfico que segue demonstra que a ausência de planejamento era uma característica de todas as regionais de saúde, as quais, em maior ou menor grau, apresentavam deficiências. Os gráficos 5 e 6 apresentam o nível de cumprimento da expectativa de planejamento pelas regionais de saúde em termos absolutos e percentuais. Tais elementos representativos foram construídos a partir das

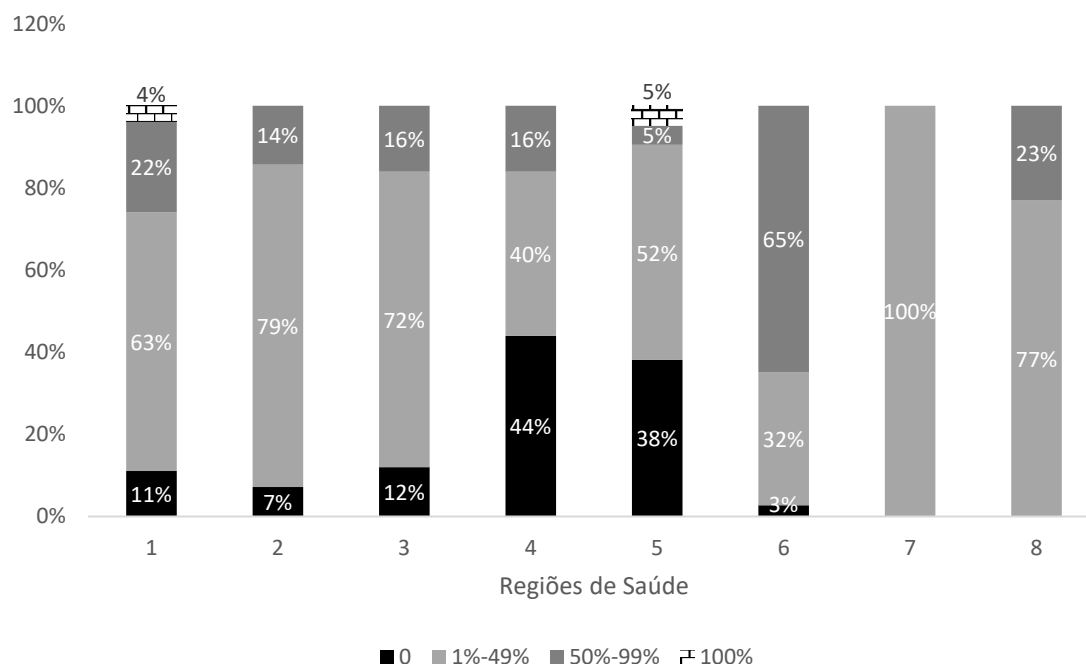
composições quantitativas de municípios em cada regional de saúde no RN e de suas respectivas situações de planejamento (existência dos instrumentos de planejamento aqui considerados), a partir dos dados extraídos no DigiSUS.

Gráfico 5 – Distribuição quantitativa de Municípios do RN por nível de cumprimento da expectativa de planejamento em saúde por região de saúde, dados do primeiro trimestre de 2020



Fonte: Elaboração própria (2021), a partir de DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP)/Ministério da Saúde (2020)

Gráfico 6 – Composição percentual das regiões de saúde por nível de cumprimento da expectativa de planejamento, dados do primeiro trimestre de 2020



Fonte: Elaboração própria (2021), a partir de DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP)/Ministério da Saúde (2020)

Como já citado, em primeiro lugar, observa-se uma discrepância quantitativa de municípios na composição de cada região de saúde. Para a análise do nível de cumprimento da expectativa de planejamento em saúde por região de saúde foram consideradas, então, as distribuições percentuais e absolutas. O melhor cenário de planejamento considerou as faixas de 50% a 99% e 100% de instrumentos registrados. Já, no pior cenário, considerou-se a soma dos municípios das faixas de 0 e 1% a 49% de instrumentos cadastrados. A 6ª regional de saúde foi aquela que apresentou melhor cenário de planejamento, seguida pela 1ª regional. Com número maior de municípios em sua composição (37), a Região de Saúde 6 tem 65% deles (24) com nível de cumprimento da expectativa de planejamento entre 50% e 99%. Em patamar oposto, a 4ª regional de saúde do RN tem o maior percentual de municípios sem cumprimento de planejamento (44%), representando, também, a maior quantidade de cidades nessa situação (11) dentre todas as oito regiões.

O passo seguinte foi analisar como esse contexto de planejamento se refletiu na gestão da saúde durante a crise sanitária provocada pelo novo coronavírus.

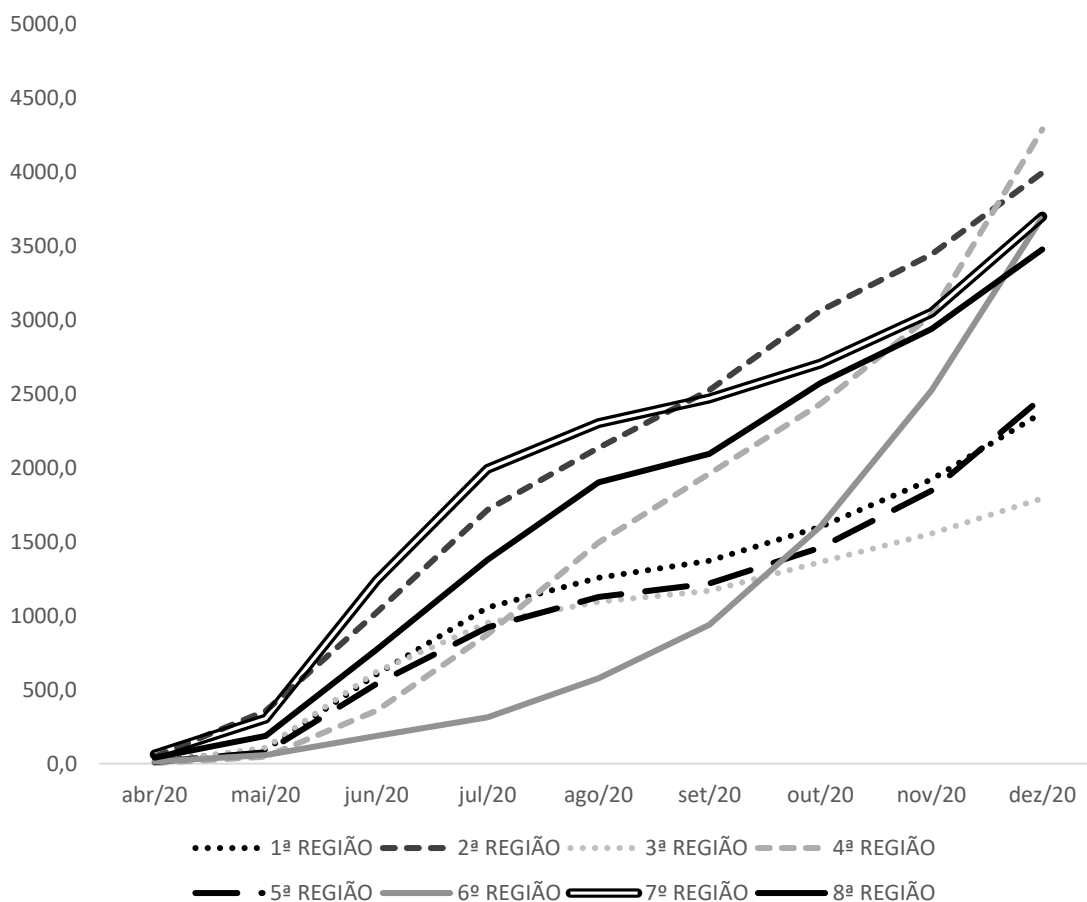
A COVID-19 NO ESTADO DO RN: A GESTÃO REGIONALIZADA DA CRISE SANITÁRIA E OS CONFLITOS DECORRENTES

O início da pandemia da Covid-19 no estado do Rio Grande do Norte ocorreu em 13 de março de 2020, data de publicação do Decreto n.º 29.513/2020

(GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE, 2020). Ao longo dos meses, o contágio acelerou no RN, porém, de forma distinta nas oito regionais de saúde.

O gráfico 7 demonstra que, até o mês de junho de 2020, a curva de casos de infecção pelo novo coronavírus se manteve ascendente em todas as regionais de saúde do RN, o que exigia medidas coordenadas de combate e prevenção ao contágio. A partir do mês de julho de 2020, mas, principalmente, em setembro do mesmo ano, as curvas de casos confirmados apresentaram variações, a exemplo da 6ª regional de saúde que, até então, apresentava um quantitativo menos acentuado de casos e que passou a evidenciar elevação considerável. Por outro lado, a 7ª regional experimentou diminuição do número de infectados no mesmo período. Tal cenário apontava para a necessidade de que, naquele segundo momento, medidas específicas fossem adotadas em cada regional, a partir do diálogo entre os entes federados.

Gráfico 7 – Evolução dos casos confirmados de Covid-19 nas regionais de saúde do RN (abril a dezembro de 2020)



Fonte: Elaboração própria (2021), a partir dos dados divulgados pela Secretaria Estadual de Saúde Pública (2020)

O gráfico 7 deve ser analisado considerando-se os dados sobre o planejamento da política de saúde aqui apresentados. É possível perceber que a 6ª regional de saúde, a qual apresentou melhor cenário de planejamento por

parte dos municípios que a compõem, teve um avanço mais lento do contágio, alcançando o nível de casos das demais regiões apenas em outubro de 2020, o que coincide com o período eleitoral e momento em que as campanhas políticas corpo a corpo foram realizadas em todos os municípios potiguares. As demais regionais, que apresentaram a maior parte dos seus municípios com nível de cumprimento da expectativa de planejamento de até 49%, apresentaram semelhante elevação de casos já em maio de 2020.

Embora não se possa considerar o número de casos como uma decorrência direta do planejamento existente, é possível inferir que a existência dos instrumentos de planejamento contribui com a criação de um cenário menos adverso ao enfrentamento de crises sanitárias, já que planejar implica em “organizar atividades, buscar melhores resultados, reduzir conflitos e incertezas” (BRASIL, 2016, p. 55).

Além de tal contexto, como demonstrado por Silveira *et al* (2020a) e Barros *et al* (2020), a gestão da pandemia no RN foi marcada por conflitos federativos e políticos. A determinação de medidas restritivas por parte do governo estadual nem sempre eram seguidas pelos municípios, os quais, por vezes, adotaram medidas mais flexíveis e contrárias ao cenário de crescimento do contágio. Nesse sentido, destacaram Silveira *et al* (2020a, p. 28):

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.

Em reforço a tais elementos, Barros *et al* (2020, p. 20) concluíram que a gestão da crise no estado foi marcada por dissonâncias das ações visando o protagonismo político, principalmente, no período pré-eleitoral, de forma que as ações de enfrentamento à pandemia foram influenciadas pela publicação de pesquisas de opinião em relação às ações dos gestores no enfrentamento da Covid-19. Como destacaram os autores, “as principais dissonâncias ocorreram no conteúdo dos decretos estaduais e municipais, nas medidas de flexibilização e restrição das atividades econômicas e sociais”.

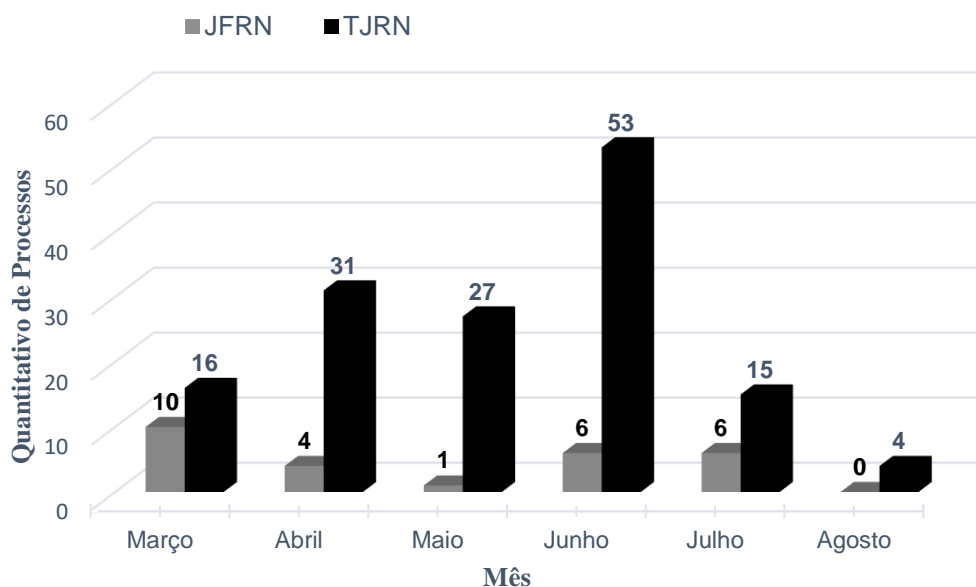
As medidas adotadas e a demora no atendimento de todas as demandas causadas em virtude da pandemia geraram não somente conflitos políticos, mas também sociais. Desde o início da pandemia do novo coronavírus, a sociedade brasileira buscou o Poder Judiciário como forma de sanar as omissões do Executivo em relação a políticas diversas, mas, principalmente, na área da saúde.

No Rio Grande do Norte, a realidade não foi diferente: as crises ocasionadas pela pandemia alcançaram o Judiciário. No que tange aos conflitos que envolvem políticas públicas, este contexto foi agravado pela ausência de um

cenário prévio adequado no que diz respeito ao planejamento e à gestão do SUS no estado, bem como de infraestrutura de serviços públicos de saúde. Os dados previamente apresentados denotam que o RN já não vinha sendo capaz de gerir o sistema de saúde e garantir uma rede de atenção suficiente. Além disso, o planejamento também não era uma prática uniforme em todo o território. A soma desses elementos, por sua vez, foi o contexto encontrado pela pandemia, resultando em inúmeras demandas que o Executivo não foi capaz de solucionar, principalmente, no momento inicial de crise sanitária.

A fim de contribuir com essa reflexão, foi possível observar as demandas judiciais que envolveram a política pública de saúde no Rio Grande do Norte entre março e agosto de 2020, tanto na Justiça Federal, quanto na Justiça Estadual. Com base na metodologia aplicada, foram identificadas 173 ações relativas à saúde no contexto de pandemia entre março e agosto de 2020. A partir dos dados coletados, identificou-se que houve um aumento de demandas judiciais no RN entre os meses iniciais da pandemia (março a junho de 2020), momento em que a transmissão crescia, enquanto o Poder Executivo ainda se equipava e buscava estratégias para enfrentar a crise (Gráfico 1). Nesse sentido, a solução encontrada foi a transferência dos conflitos ao Judiciário, tanto pela sociedade, quanto pelos entes públicos (Gráfico 8).

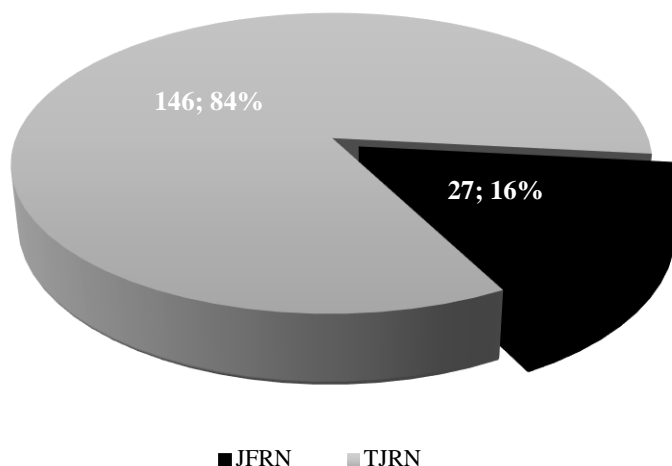
Gráfico 8 - Evolução das demandas judiciais na Justiça Federal e Estadual do RN, entre março e junho de 2020



Fonte: Elaboração própria (2021), a partir de dados da JFRN e TJRN (2020)

A maior parte das ações relacionadas à política de saúde foi protocolada no Justiça Estadual, (146; 84%), o que se explica até mesmo em virtude da restrita competência da Justiça Federal, que atua, regra geral, em demandas em que a União figura como parte (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Demandas judiciais na área da saúde e relativos à Covid-19, na Justiça Federal e Estadual do RN, entre março e junho de 2020

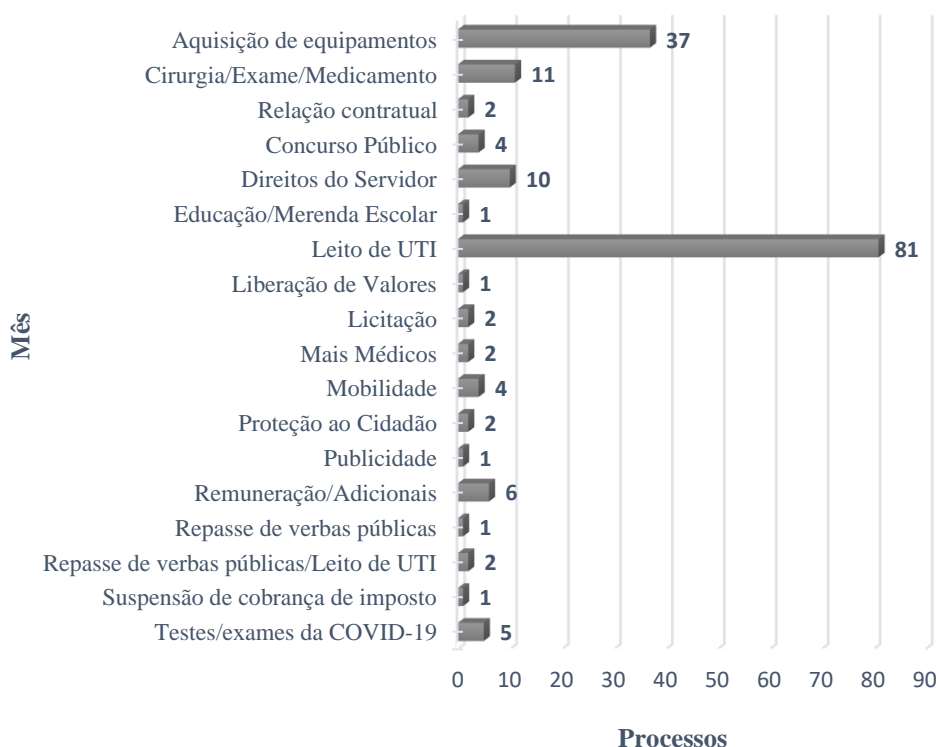


Fonte: Elaboração própria (2021), a partir de dados da JFRN e TJRN (2020)

Tal dado também pode ser explicado a partir da competência estadual e municipal para operacionalização da política de saúde, o que direcionava as demandas recorrentes para a Justiça Estadual.

Além disso, foi possível identificar que 81 processos (do total de 173) tinham como objeto a demanda por leitos de UTI. Tal resultado revela que a ausência de gestão da estrutura de saúde já constatada por Medeiros *et al* (2020a) desaguou no Judiciário e revelou a ineficiência administrativa por parte do Poder Executivo (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Classificação das demandas judiciais na área da saúde e relativos à Covid-19, na Justiça Federal e Estadual do RN, entre março e junho de 2020



Fonte: Elaboração própria (2021), a partir de dados da JFRN e TJRN (2020)

Em segundo e terceiro lugares, as demandas judiciais versaram sobre pedidos de aquisição de equipamentos para hospitais e cirurgias, exames e medicamentos. O fato é que a pandemia encontrou no RN um cenário de gestão deficitário quanto aos leitos e infraestrutura, mas, igualmente, quanto aos serviços e disponibilidade de profissionais de saúde, notadamente nos territórios distantes da capital. Algumas medidas urgentes foram adotadas para tentar sanar a omissão de longas datas. Dentre elas, pode-se citar a contratação de profissionais de saúde recém-formados, que precisaram antecipar a colação de grau, para atuarem na linha de frente da Covid-19 no estado. Tais profissionais, por sua vez, encontraram um cenário novo, de muitas incertezas, tendo reportado à pesquisa realizada por Silveira *et al* (2020b) que os novos desafios envolvem tensões psicológicas, dificuldades para o uso de EPIs, além dos novos protocolos de saúde.

Considerando os 173 processos analisados, 113 foram propostos por pessoas físicas e os atores mais demandados foram o ente estadual e os municípios potiguaros, os quais figuraram em 107 e 102 demandas respectivamente, existindo casos de ações propostas contra o ente local e estadual conjuntamente (o que faz com que o número de vezes em que tais entes foram demandados ultrapasse o número de casos).

Além dos elementos já observados, foi possível identificar, territorialmente, quais municípios foram mais demandados. Dentre os casos estudados, algumas demandas estavam direcionadas à União (3 casos) e ao ente estadual (96 demandas), resultando em um reflexo territorialmente abrangente. Entretanto, em outros casos, as demandas estavam pontualmente orientadas a municípios onde os conflitos se destacaram. Dentre eles, podemos apontar o município de Natal com 27 demandas exclusivas e Parnamirim com 7 casos.

Outros 11 municípios potiguares foram demandados, e estão distribuídos por 6 das 8 regionais de saúde da seguinte forma: 1ª (Nova Cruz); 2ª (Areia Branca, Mossoró); 3ª (Macau); 4ª (Acari, Currais Novos, Caicó); 7ª (Natal, Parnamirim, Extremoz, Macaíba) e 8ª (Afonso Bezerra, Ipanguaçu). A partir das análises realizadas, foi possível perceber que a regional em que mais conflitos foram identificados foram a 4ª, 7ª e 8ª, as quais são marcadas por contextos distintos, mas possuíam, de forma semelhante, déficits na gestão e no planejamento da saúde. Além disso, essas três regionais apresentaram curva ascendente de casos já desde o mês de maio de 2020.

A 8ª regional foi apontada por Medeiros *et al* (2020b, p. 65) como território que não possuía, em abril de 2020, “nenhum leito ativo – nem mesmo de estabilização”. Quanto ao planejamento, 77% dos municípios apresentaram nível de cumprimento menor que 50%, o que significa que a maior parte deles não havia submetido e aprovado nem metade nos instrumentos de gestão da política.

A 7ª Região de Saúde, por sua vez, é composta pelos municípios que formam a Região Metropolitana Funcional (Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Macaíba e Extremoz) e que reúne o maior contingente populacional, concentrando 38,2% da população total do estado e que também recebe a demanda de regionais desprovidas de leitos como era o cenário da 1ª e 3ª regionais em abril de 2020, as quais tinham apenas um e dois leitos (somente de estabilização) respectivamente (MEDEIROS *et al*, 2020a).

Como demonstraram Medeiros *et al* (2020a, p. 39), “dos 463 leitos de UTI do SUS existentes no estado, 73% deles estão localizados na 7ª Região de Saúde Metropolitana”, a qual suportou o déficit de gestão e planejamento das demais regionais durante o contexto inicial da pandemia. A despeito de ser dotada da maior parte da infraestrutura de saúde, 100% dos municípios dessa regional apresentaram percentual de cumprimento na faixa entre 1%-49%, indicando que, novamente, nem metade dos instrumentos haviam sido elaborados e aprovados.

A 4ª regional de saúde apresentou déficit no planejamento da política de saúde. Observando-se os dados extraídos do Sistema DigiSUS, 84% de seus municípios apresentam nas faixas mínimas entre 0 a 49% dos instrumentos de planejamento em saúde esperados em âmbito municipal.

O cenário menos desfavorável quanto ao planejamento encontrava-se na 6ª regional, na qual 65% dos municípios apresentaram entre 50%-99% dos instrumentos analisados, o que pode ter gerado reflexos positivos durante o enfrentamento à pandemia, já que o aumento mais considerável do número de casos confirmados de Covid-19 nos municípios desta regional se deu apenas em setembro de 2020, durante a campanha eleitoral, quando houve uma maior ocorrência de eventos presenciais em todo o estado. Entre abril e agosto, a linha

de ascendência relativamente às infecções pelo Sars-CoV-2 na 6ª regional permaneceu mais tímida em relação às demais regiões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo demonstrou que, particularmente no âmbito da política setorial de saúde, o planejamento parece se revelar como uma ferramenta potente e estratégica de gestão, pela qual cada esfera de governo deve nortear a observância dos princípios e execução de diretrizes operacionais que fundamentam a oferta eficiente de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde de sua população. Como forma de robustecer o atendimento a este direito universal, a estratégia de regionalização se apresenta como um elemento facilitador para gestores e beneficiários. Tal percepção, entretanto, ainda se mantém distante da realidade de muitos municípios do RN, conforme demonstrado neste artigo.

Foi possível perceber que a inadequada atenção dos gestores públicos potiguares aos instrumentos de planejamento e gestão regionalizada da política de saúde se refletiu em uma maior complexidade para o enfrentamento da crise sanitária. Foi possível verificar que os municípios e, conseqüentemente, as regiões de saúde do estado não estavam preparadas para um contexto de crise como a decorrente da pandemia do novo coronavírus, tanto em relação à estrutura de atendimento, quanto à realização do planejamento.

Os reflexos foram sentidos não somente pelo Poder Executivo, que, no início da pandemia, sofreu maior pressão para o atendimento do déficit, mas, foram transferidas ao Poder Judiciário, o qual atuou como um mediador-gestor durante os primeiros meses de crise sanitária. Os principais efeitos dessa atuação descoordenada em torno da saúde, por sua vez, foram sentidos pela sociedade, que se amparou no Poder Judiciário para o atendimento do seu direito.

A partir dos elementos apresentados, o planejamento salta e se impõe, mais uma vez, a partir do reconhecimento da importância de seu processo e respectivos instrumentos para a gestão, requerendo tanto uma postura individual e técnica dos gestores, quanto mobilização, engajamento e decisão de todos os atores que perpassam a política de saúde. Assim, vislumbra-se a necessidade de um movimento contínuo, articulado, integrado e solidário para a reunião de condições para a práxis em plenitude da universalidade, integralidade e equidade do sistema de saúde a partir do planejamento e da concretização do instrumento da regionalização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, pp. 29-40, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100004>. Acesso em 27 ago. 2021.

ARRETCHE, Marta. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 14, n.º 40, junho, 1999.

ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação & Sociedade*, v. 23, n. 80, pp. 25-48, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302002008000003>. Acesso em: 27 ago. 2021.

ARRETCHE, Marta. Mitos da Descentralização: Maior Democracia e eficiência nas políticas públicas". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.11, n.31, São Paulo, jun. 1996. Disponível em: http://www.anpocs.com/images/stories/RBCS/rbcs31_03.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. *Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde*. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar., 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 ago. 2021.

BARROS, Terezinha Cabral de Albuquerque Neta; SILVEIRA, Raquel Maria da Costa; MEDEIROS, Sara Raquel Fernandes Queiroz de; ALMEIDA, Lindijane de Souza Bento; CÂMARA, Richardson Leonard Moura da; CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda; MELO, Kassinely Souza de; QUEIROZ, João Victor Rocha de; SILVA, Gabriel Rodrigues da. The Covid-19 pandemic, the political dispute and the 2020 elections in the Metropolitan Region of Natal (RN, Brazil). *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e1689108530, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8530. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8530>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. *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/l8080.htm. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. *Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *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: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília, 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BRASIL. *Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Fundação Oswaldo Cruz. -1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019*. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Informativo da Coordenação-Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS*, 2020. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/ZTbdGfHYGP6FDpFkg8i5sL26eeJvBjmAYRPFRsCG.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2021.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, pp. 105-121, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000100008>. Acesso em: 27 ago. 2021.

CERQUEIRA, Sara Cristina Carvalho. *O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador*. 202 fls. Salvador. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.

CHORNY, Adolfo H. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médico Sociales. Argentina, v. 73, p.23-44, maio, 1998. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planificacion_em_salude__vieja_ideas_em_nuevas_ropajes/578. Acesso em: 17 nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Regionalização da Saúde. Posicionamento e orientações*. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-1.pdf>. Acesso em 27 nov.2021.

DANTAS, Aldo; FEITOSA, Luciana da Costa. A efetividade do Plano Diretor de Regionalização do SUS no Rio Grande do Norte. *Revista da ANGEPE*, v. 9, n. 11, p. 21-26, jan/jun, 2013. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/anpege/article/view/6488>. Acesso em: 05 nov. 2021.

FEITOSA, Luciana da Costa. *A regionalização da saúde no Rio Grande do Norte: elementos para a compreensão da dinâmica dos lugares*. Dissertação Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013.

FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando Luiz. *Efeitos Recíprocos entre Federalismo e Políticas Públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação*. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil – Rio de Janeiro*, Editora FIOCRUZ, 2013.

LIMA, Luciana Dias; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FERREIRA, Maria Paula. *Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de gestão regional*. Anais do XIV ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, 2011.

GUIMARÃES, Raul Borges. *A Regionalização da Saúde no Brasil: da escala do corpo à escala da nação*. São Paulo: USP, 2008. Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001732079>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MARENCO, André. In: *Planejamento e políticas públicas: intencionalidades, processos e resultados*. LIMA, Luciana Leite; PAPI, Luciana Pazini (Orgs.) – Porto Alegre: Jacarta, 2020.

MEDEIROS, Sara; SILVEIRA, Raquel; CÂMARA, Richardson; SILVA, Gabriel. O território como aposta: a eclosão do conflito federativo e a gestão metropolitana como potência. In: *Em tempos de pandemia: contribuições do Observatório das Metrópoles: núcleo Natal*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020a.

MEDEIROS, Sara; SILVEIRA, Raquel; ALMEIDA, Lindijane; CÂMARA, Richardson; SILVA, Gabriel; MELO, Kassinely; SILVA, Brunno. *Regionalização do SUS no enfrentamento da Covid-19: urgências e desafios*. Em tempos de pandemia: contribuições do Observatório das Metrópoles: núcleo Natal. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020b.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MENICUCCI, Telma; GOMES, Sandra. *Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. *Federalism and the welfare state. new world and european experiences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

RIBEIRO, José Mendes. *Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,

13(1):81-92, jan-mar, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/1997.v13n1/81-92>. Acesso em: 27 ago. 2021.

GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. *Plano Estadual de Saúde (PES 2016 – 2019)*, 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/RN_PES%202016-2019%20VERSAO%20FINAL.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

GOVERNO DO RIO GRANDE DO NORTE. *Decreto Estadual n.º 29.513, de 13 de março de 2020*. Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, o disposto na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, e dá outras providências. Disponível em: http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20200314&id_doc=677162. Acesso em: 05 nov. 2021.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. *Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas* – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

SILVEIRA, Raquel; ALMEIDA, Lindijane; MEDEIROS, Sara; SILVA, Bruno; MELO, Kassine; SILVA, Gabriel. Governança metropolitana em tempos de pandemia. In: CLEMENTINO, Maria do Livramento; ALMEIDA, Lindijane; SILVA, Bruno. *Em tempos de pandemia: contribuições do Observatório das Metrópoles: núcleo Natal*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020a.

SILVEIRA, Raquel; ALMEIDA, Lindijane; QUEIROZ, João Victor; SILVA, Bruno; OLIVEIRA, Pedro Henrique. 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. In: *Em tempos de pandemia: contribuições do Observatório das Metrópoles: núcleo Natal*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020b.

TANCRREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. *Planejamento em Saúde* – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

VIANA, Ana Luiza, Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Públicas*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 5-43, 1996. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8095>. Acesso em: 10 nov. 2011.

VILASBÔAS, Ana Luíza Queiroz. *Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. *Estudos Avançados* [online], v. 13, n. 35, pp. 65-70, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100006>. Acesso em: 18 ago. 2021.