



RELATÓRIO DA OFICINA PRÉ-CONGRESSO

RELAÇÕES FEDERATIVAS E REGIONALIZAÇÃO NO CENÁRIO DA PANDEMIA DE COVID-19: EM QUE E DE QUE FORMA CONSEGUIMOS AVANÇAR?

23 de Outubro de 2020

Organização: Ana Luiza d'Ávila Viana (USP), Luciana Dias de Lima (Ensp/Fiocruz), André Bonifácio (UFPB), Helena Shimizu (UNB) e Brígida Gimenez (UEL)

Relatoria: João Felipe Marques (UEL), Ana Cassia Cople (Ensp/Fiocruz), Edjavane da Rocha R. de Andrade (UFPB), Tarcisio Almeida Menezes (UFPB)

Ementa

A regionalização é um processo complexo condicionado por vários fatores entre os quais se destacam as desigualdades regionais e as relações federativas. O SUS, ao longo dos seus 30 anos, experimentou diferentes ciclos políticos orientados pela descentralização e regionalização, com formas distintas de intervenção no âmbito da promoção, da prevenção e da assistência (incluindo a atenção primária, de média e alta complexidade). Sua última fase, constituída pela configuração de regiões de saúde e redes de atenção, avançou na construção de um espaço regional de gestão colegiada – as Comissões Intergestores Regionais (CIR) – em todos os estados brasileiros. Sua equação financeira foi favorecida pelo aporte dos entes subnacionais, em um contexto de permanente retração da esfera federal.

Entretanto, pesquisas sugerem que foram insuficientes os esforços para a conformação das regiões e redes de atenção, tanto na dimensão política – devido, principalmente, ao frágil papel assumido pela esfera estadual através de suas estruturas regionais –; quanto na dimensão da estrutura, na qual as desigualdades se evidenciam pela escassa distribuição de recursos e alta concentração de serviços em grandes cidades; ou, ainda, na dimensão da organização, em que se verifica a pouca integração dos diferentes pontos de atenção e as fragilidades do planejamento regional. Outro problema identificado foi a incapacidade de unir desenvolvimento econômico e social e esforços tecnológicos e de conhecimento em prol de regiões mais autossuficientes.

No cenário da pandemia de COVID-19 novas experiências emergem impulsionando a organização regional do SUS. Tais experiências se destacam pelo fortalecimento de uma rede de colaboração e solidariedade entre diferentes atores do Estado e da sociedade, demonstrando a força da centralidade regional em seus diferentes níveis (macro, meso e micro). Observa-se a importância do fortalecimento de arranjos cooperação federativa nesse processo (tais como o Consórcio de Governadores do Nordeste e os consórcios verticais de saúde) e da participação de organizações e movimentos diversos da sociedade nas arenas decisórias do Legislativo e do Executivo, que ampliam a base social de apoio ao SUS.

Essa oficina tem como objetivo fomentar o debate em torno dessas experiências no intuito de ampliar a capacidade de atuação de atores estratégicos e favorecer o alinhamento de esforços da sociedade e de tarefas governamentais em prol da redução das desigualdades e da melhoria das condições de vida e saúde da população. Certamente, a garantia do acesso com qualidade a uma rede de ações e serviços de saúde regionalizada é um aspecto central desse processo.



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Questões para orientação das apresentações e debates

Essa oficina parte do pressuposto que as respostas à pandemia da COVID-19 em diferentes realidades loco regionais foram apoiadas e reforçadas pelas diretrizes da regionalização. Nesse sentido questiona-se:

- A formação das regiões e sua estruturação foram importantes para construção do planejamento regional durante a pandemia?
- Qual o papel das instâncias de pactuação e colaboração intergestores nesse processo? Alguma inovação institucional foi decisiva para a melhor alocação e uso de recursos no plano regional? Como avaliam a importância da relação tripartite?
- Os consórcios horizontais e verticais supriram as deficiências no atendimento da assistência à saúde nos municípios e regiões mais carentes de recursos? Como manter e ampliar a melhoria do desempenho da assistência nos municípios e regiões após a pandemia?
- Quais aspectos do processo de regionalização contribuíram de forma mais significativa para o enfrentamento da pandemia, tais como: a coesão regional, o compartilhamento de recursos, o apoio estadual, a circulação de médicos entre os municípios de uma mesma região ou mesmo entre regiões no plano estadual? Isso será mantido e expandido após a pandemia?
- Quais lições aprendemos na pandemia e como a política de regionalização poderá ser aperfeiçoada e implementada de forma a melhor cumprir com seus propósitos de expandir a equidade na distribuição e uso de recursos e no atendimento médico?

Programa

Abertura: Rosana Teresa Onocko Campos (Unicamp)

Coordenação: Ana Luiza d'Ávila Viana (USP)

Convidados:

Cipriano Maia (Secretário de Estado de Saúde do Rio Grande do Norte)

Marcos Antonio Gadelha Maia (Secretário Executivo de Políticas de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Ceará)

Carlos Gabas (Secretário Executivo do Consórcio Nordeste)

Luiz Antonio da Silva Neves (Prefeito de Pirai e Presidente da Associação Estadual de Municípios do Rio de Janeiro)

Debatedores: Luciana Dias de Lima (Ensp/Fiocruz), André Bonifácio (UFPB), Helena Shimizu (UNB) e Brígida Gimenez (UEL)

Link para acesso do evento: <https://www.youtube.com/watch?v=oxHrYTNYqCY&t=7585s>



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Síntese da Oficina

Abertura

Rosana Teresa Onocko Campos (Unicamp):

Na abertura, Rosana Onocko inicia o ciclo de oficinas preparatórias para o 4º Congresso Brasileiro de Políticas, Planejamento e Gestão da Abrasco que acontecerá no mês de março de 2021. Afirma que as oficinas fazem parte da proposta de preparação para o Congresso, no sentido de levantar temas pertinentes para o debate da saúde coletiva. A perspectiva é que ocorra uma oficina a cada mês, até o início do Congresso, em março.

Destaca a colaboração e participação de toda a comissão científica, debatedores e demais participantes, chamando a atenção para o desafio que é trabalhar o formato de oficina, de maneira virtual. Todos os participantes receberam documentos norteadores para a discussão e a ideia é trabalhar esse material, incorporando as contribuições do debate, com vistas a produzir um documento final, a ser levado ao Congresso.

Apresentação

Ana Luiza d'Ávila Viana (USP):

Parabeniza a todos pela organização e produção do termo de referência para a oficina, produzido de forma conjunta e com seleção da lista de convidados. Destaca que, essa semana, em especial, mostrou a crise nas relações federativas que tem marcado o período recente. O país atravessa uma crise séria, que é a crise federativa, o que, para o SUS, tem um impacto federativo de grandes dimensões. Toda a engenharia institucional do sistema foi amadurecida na relação de colaboração entre os entes federativos. Esse tema das relações federativas tem sido trabalhado por vários pesquisadores brasileiros, que estudam os condicionantes desse processo.

Não dá para falar em regionalização sem falar em arquitetura e relações federativas, que são dois assuntos interligados e que, dentro da política de saúde, vêm assumindo uma grande importância pela conjuntura política atual. É dentro desse contexto, de fragmentação e de caos do sistema político que estamos inseridos. Pensar as relações federativas e a regionalização contribui muito para a compreensão do que contribui e impede o bom andamento dessas relações, na construção do direito à saúde no sistema universal. Em relação aos condicionantes desse processo de regionalização, são exemplos de temas trabalhados: a dimensão espacial da globalização; a desindustrialização; a desconcentração e descentralização das cadeias econômicas; no âmbito social, os fluxos contínuos para obtenção de renda e acesso aos serviços pelas populações; a demografia; a epidemiologia; e as relações intergovernamentais. Nesse sentido, o desafio é não só pensar nesses condicionantes, mas especificamente nesse último ciclo da regionalização da saúde, marcado pela fragmentação e pelo caos do sistema político.

Se olharmos para os 20 anos do período de regionalização, podemos identificar quatro períodos: 1) Início dos anos 2000 até 2006: voltado para a construção de instrumentos setoriais de regulação do processo, com destaque para a NOAS em 2002; 2) 2006-2012: este tema da regionalização ganha intersetorialidade se juntando ao debate do desenvolvimento regional, questão cara a alguns estados no Brasil; 3) 2012-2015: período de desenvolvimento até o início do abalo das relações federativas, com o golpe; 4) 2018-dias de hoje: ciclo marcado por uma desordem grande no sistema político, no qual acabou o chamado “presidencialismo de coalizão” - dinâmica política que organizava as relações que se aprofundavam com o pacto federativo da Constituição Federal de 1988.

Toda a política de saúde, desde o início, tem sido exercida dentro da lógica do “presidencialismo de coalizão”. As autoridades políticas se vinculavam aos partidos e à



coalização. No entanto, pela primeira vez, temos como a principal autoridade sanitária, alguém que não é produto da dinâmica política. A área da saúde tem sido altamente atingida pelo rompimento do pacto federativo e do presidencialismo de coalizão. Debater esse tema é de extrema importância, no sentido de visualizar quais mudanças serão necessárias para uma reconstrução do sistema político brasileiro. Dentro da crise política apontada por Castells três características essenciais são pontuadas: 1) transformação caótica e fragmentada do sistema político, 2) emergência de movimentos sociais com pautas novas e 3) explosão social com início marcado semanas antes do estouro da pandemia.

Em seguida, Ana Luiza enfatiza as questões norteadoras enviadas aos participantes:

- A formação das regiões e sua estruturação foram importantes para construção do planejamento regional durante a pandemia?
- Qual o papel das instâncias de pactuação e colaboração intergestores nesse processo? Alguma inovação institucional foi decisiva para a melhor alocação e uso de recursos no plano regional? Como avaliam a importância da relação tripartite?
- Os consórcios horizontais e verticais supriram as deficiências no atendimento da assistência à saúde nos municípios e regiões mais carentes de recursos? Como manter e ampliar a melhoria do desempenho da assistência nos municípios e regiões após a pandemia?
- Quais aspectos do processo de regionalização contribuíram de forma mais significativa para o enfrentamento da pandemia, tais como: a coesão regional, o compartilhamento de recursos, o apoio estadual, a circulação de médicos entre os municípios de uma mesma região ou mesmo entre regiões no plano estadual? Isso será mantido e expandido após a pandemia?
- Quais lições aprendemos na pandemia e como a política de regionalização poderá ser aperfeiçoada e implementada de forma a melhor cumprir com seus propósitos de expandir a equidade na distribuição e uso de recursos e no atendimento médico?

Convidados

Carlos Gabas (Secretário Executivo do Consórcio Nordeste):

A experiência do Consórcio Nordeste é muito recente, mas tem enfrentado a pandemia, que é uma situação inusitada e difícil, pela conjuntura e situação em que o país vive. A dificuldade e os obstáculos que enfrentamos no combate à pandemia se repetem em alguns países de perfil parecido com o Brasil, principalmente, em termos de concepção ideológica que tem dominado o país após as últimas eleições. No entanto, é difícil separar as situações, pois o que se vive é a consequência de um processo de ruptura democrática, onde se vive um verdadeiro desmonte de uma lógica e estrutura pública, montada a partir de uma concepção de público que entende, por exemplo, que o sistema de saúde deve ser, de fato, público. O SUS foi feito numa lógica de colaboração, mas os desafios não se resolveram na Lei nº 8.080/1990; pressupunha-se avanços, tais como mais descentralização, mais colaboração, mais coordenação entre o sistema de arrecadação e a obrigação de fazer investimentos e criar as redes de proteção. O primeiro grande retrocesso, nesse sentido, é a emenda do teto de gastos que atingiu não só a saúde, mas o conjunto de políticas sociais.

O SUS não tem precedentes, é um amplo sistema com grandes desafios no âmbito da gestão e do financiamento, mas cumpre um papel muito relevante na vida das pessoas, o que ficou claro e evidente no período da pandemia. Até mesmo países declaradamente neoliberais reconheceram a importância de ter sistemas públicos de saúde, para momentos de crise como esse, como foi o caso do presidente francês Emmanuel Macron. No entanto, os retrocessos não pararam por aí, embora a pandemia tenha retido, de certa maneira, os retrocessos no SUS. A



escalada de desmonte do SUS tem várias vertentes, uma conceitual, tocada na época do ministro Luiz Henrique Mandetta, que questionava as bases públicas do sistema, ainda antes da pandemia. Além dos ataques conceituais, têm os de estrutura, de financiamento, como por exemplo, cortando e contendo o dinheiro, retendo repasses para os estados, não destinando recursos para o combate à pandemia.

Nesse contexto, o Consórcio de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste aprende com os outros consórcios e exerce um importante papel na região. O Consórcio congrega atualmente nove estados, numa lógica de pactuação interfederativa, é de natureza pública e de direito público. O Consórcio enfrenta uma percepção de parte da sociedade que, muitas vezes, entende equivocadamente que este é uma tentativa de romper, de separar o Nordeste do restante do país. Justamente para evitar esse entendimento, há o lema “Consórcio Nordeste – o Brasil que cresce unido”, com o objetivo que ao Nordeste seja dado o devido respeito à sua cultura, história, seu bioma específico, suas tradições culturais, culinária e ao próprio sentimento regional do Nordeste, que é muito forte e necessário para a sua sobrevivência. Historicamente, existe um preconceito contra o Nordeste, mas a região, nos últimos anos, cresceu quase o dobro do que o restante do Brasil, bastando dar oportunidade e olhar para a região com o seu devido valor, respeitando os seus direitos. A criação do Consórcio veio para consolidar esse conjunto de fatores e construir arranjos nos quais as políticas de sucesso que foram implementadas no Ceará, por exemplo, sejam aproveitadas para os demais estados. Se apenas fosse possível implementar as boas práticas de cada estado nos demais, já seria uma grande revolução no Brasil e o consórcio segue nessa linha, nessa prática, especialmente na produção de alimentos, no combate à fome e ao analfabetismo, na redução da distorção da idade escolar e dos alunos, ou seja, há uma gama de investimentos sendo realizados.

As experiências de consórcios municipais existentes contribuíram para que o Consórcio Nordeste aprendesse com a lógica e dinâmica de entes consorciados, orientando para onde se caminhará e quais objetivos buscar. Há o entendimento externo de que se pretende separar o Nordeste do Brasil ou, simplesmente, fazer oposição ao governo, mas não é verdade. A oposição é fruto de um pensamento diferente. Os nove governadores do Nordeste ainda que sejam de partidos muito diferentes (6 partidos), têm uma coesão muito forte no sentimento, no desafio, na necessidade, nos problemas, ou seja, há muitas coisas em comum no Nordeste que uniu os governadores e deu uma coesão grande. Estes governadores resolveram criar um instrumento de gestão, que é o consórcio, porém, não foi a partir do zero, uma vez que existia um fórum de governadores do Nordeste desde 2004. Esse fórum se reunia e discutia os desafios e encaminhamentos, mas não tinha gestão. A partir das eleições de 2018, os governadores entenderam que o consórcio poderia ser um instrumento de gestão.

A finalidade do Consórcio é disseminar boas práticas de gestão, construir arranjos e fontes de financiamento, que não dependam do governo federal, o que é essencial para o Consórcio. O governo federal, para ser econômico, tem empreendido ações prejudiciais para o Nordeste por questões políticas. Por exemplo, o corte de políticas públicas, como o Bolsa Família, tem afetado mais o Nordeste do que o restante dos estados do país. Há também problemas distributivos, uma vez que, no nível federal, não necessariamente as desigualdades regionais têm sido consideradas no momento de se definir os cortes nos recursos para as políticas públicas. O programa de aquisição de alimentos (Programa de Alimentos Saudáveis - PAS) – oriundo do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), que acabou no âmbito federal – foi continuado no Nordeste na perspectiva do Consórcio. Criaram também o Sistema de Informação Regional da Agricultura Familiar do Nordeste (Siraf/NE), que é um sistema regional em que, de forma automatizada, usando-se aplicativos ou computador, identifica-se quem está produzindo, quem vai comprar e como ocorre a logística de distribuição;



tudo de forma remota, via internet. Esses são avanços realizados no Nordeste, no contexto de pandemia. Criou-se tudo isso, a partir da necessidade e de ausência de coordenação das ações de combate à pandemia e em meio às práticas negacionistas do governo federal, deixando de cumprir o seu papel de liderar o processo de combate à pandemia.

Embora tenha havido pressão dos governadores para que o governo central adotasse ações de coordenação, a proposta foi negada. Nenhum dos ministros que assumiu tomou medidas nesse sentido. Os estados foram abandonados à própria sorte. Os estados tiveram que fazer ações para as quais não estavam preparados, como, por exemplo, as compras internacionais. Muitos estados foram vítimas de golpes nessa área de compras, porque não tinham expertise nenhuma, nem experiência sobre isso. Num mercado totalmente contaminado, os fabricantes, que não tinham produtos para entregar, ficaram à mercê dos atravessadores. Não houve um processo de liderança e os governadores tiveram que se organizar. Para além do Consórcio do Nordeste, foi criado o Consórcio da Amazônia Legal, se estimulou também o funcionamento de um que já existia, que é o Consórcio Brasil Central, foram criando outros consórcios e reativaram o fórum nacional de governadores. A questão atual sobre a vacina (episódio triste), foi resultado de grande articulação feita a partir do Consórcio Nordeste, através do governador Wellington Dias, junto aos demais governadores, ao Presidente da República e ao Ministro da Saúde, para a compra das vacinas, de acordo com a necessidade do país, não importando a origem, desde que comprovada a segurança. Feito o acordo, houve um encontro em Brasília no Ministério da Saúde, ocasião em que estava a ANVISA e a Fiocruz. Tudo estava acertado, mas, por pressão dos seguidores e por pressão internacional, o Presidente voltou atrás e negou a compra da vacina chinesa. Isso tudo aumenta o desafio, pois os governadores passam a se organizar para a necessidade eventual de ter que comprar diretamente.

O Consórcio entende que não pode ser um “salve-se quem puder”, pois existe um Ministério da Saúde que tem responsabilidade constitucional, legal, e é necessário cobrar essa postura; não se pode adotar um comportamento de naturalizar a barbárie. A sociedade brasileira (mídia e judiciário, principalmente) está naturalizando a barbárie, mas essa é uma responsabilidade coletiva. Quando se naturaliza um processo como esse na saúde, pode significar a vida ou a morte de pessoas. Portanto, se tivéssemos um processo coordenado, liderado, organizado por quem tem que liderar, que é o Ministério da Saúde, a situação seria diferente. A lição é, o Consórcio existia e vai continuar existindo, mas deve-se provocar a discussão do pacto federativo que, com o maior protagonismo dos consórcios, será impulsionado. Existem muitas distorções no pacto federativo, que precisam evoluir e, atualmente, está se passando por um retrocesso. É preciso enxergar quais são os pontos fracos, onde pode avançar e organizar-se como sociedade para avançar. O pensamento tacanho que impera nos governantes, não vai nos levar para nenhum outro lugar que não seja a barbárie. É preciso, como sociedade, nos organizar.

A ABRASCO tem um papel fundamental nesse processo quando junta pesquisadores, cientistas e operadores da política de saúde pública. É necessário resistir. Para isso, precisamos ter aliados e trazer a sociedade para essa compreensão de que o SUS é um dos melhores sistemas públicos de proteção social do mundo e que precisamos aperfeiçoar o sistema e não o destruir. O que estamos vivendo na pandemia é o aprendizado na lógica dos consórcios, da colaboração, da gestão compartilhada, da visão sem barreiras, sem fronteiras, da visão de sociedade, da visão humana, de que o foco é cuidar da saúde das pessoas. No Nordeste a lógica adotada é que não tem fronteiras quando se trata da saúde, por isso, há interrelações com outros estados; tem-se uma visão de país, apesar das limitações.



Luiz Antônio da Silva Neves (Prefeito de Pirai e Presidente da Associação Estadual de Municípios do Rio de Janeiro):

A proposta da participação é passar um pouco da experiência do Rio de Janeiro, enquanto prefeito de município da região do Médio Paraíba, mas também como presidente da Associação Estadual de Municípios do Rio de Janeiro (AEMERJ). É fundamental um debate como esse, no âmbito da ABRASCO, que trata das relações federativas, de regionalização, sobretudo, num momento tão difícil de pandemia. Fica cada vez mais evidente a importância de ter um sistema de saúde público forte e que, de fato, atenda aos interesses do povo brasileiro. Precisamos caminhar ainda muito com relação a essa questão, para que ele possa atender às necessidades em cada região, e resistir aos enfrentamentos sofridos a cada dia.

Inicialmente, situa a questão do Rio de Janeiro. Afirma que é notório olhar para o Rio de Janeiro como um estado rico, pujante, com características culturais, mas o que se vive, de fato, há alguns anos, é bastante problemático, sobretudo no aspecto do federalismo fiscal. Agora vem a discussão da reforma fiscal, e é preciso entender qual o papel do município nesse processo, porque se fala em mexer na arrecadação sem antes discutir as responsabilidades de cada ente federativo e essa é uma questão que deveria prescindir a discussão da fatia do bolo que cabe aos municípios, aos estados e à União. Cada vez mais atribuições são repassadas aos municípios e algumas aos estados e o bolo continua centrado em Brasília, daí ser um aspecto importante que precisa ser revisto. O Rio de Janeiro, embora seja um dos maiores estados em termos de riqueza, tem um PIB privado, altamente concentrado. É um estado de profunda desigualdade social em que, quando olhamos a arrecadação *per capita* por estado, é o 17º estado da federação em arrecadação. A máquina pública do Estado do Rio de Janeiro e dos seus municípios vem passando por um sofrimento grande na capacidade de honrar com seus serviços públicos e na capacidade de investimento. Essa situação já é insustentável, principalmente se considerarmos o grande déficit e dívidas do estado, além da questão da lei do petróleo, que precisa ser revista. Isso significa que financiar o SUS no Rio de Janeiro tem sido um desafio muito grande e, às vezes, tem-se a impressão de que a arrecadação pública no Rio de Janeiro acompanha o PIB, mas não é verdade.

Quando entra a pandemia, todos os entes tinham a expectativa de que, apesar do que se apontava no governo federal, haveria uma coordenação nacional para enfrentar a pandemia, para que todos tivessem uma concertação estadual que ajudasse os municípios nas suas regiões a organizar esse enfrentamento e, particularmente, não foi isso o que aconteceu no Rio de Janeiro. Embora o estado tenha nove regiões de saúde organizadas, conte com Comissões Intergestores Regionais (CIR) em todas as regiões, tenha um sistema de vigilância, núcleos de vigilância, uma inteligência e organização regional em todas as regiões do estado, estas não foram suficientes para ajudar os municípios a organizar de forma regional esse enfrentamento. Embora haja pontualmente alguns consórcios bem-sucedidos, com avanços e organização de algumas regiões, não é a realidade de todo o estado. Cita como exemplo um hospital regional construído no âmbito do consórcio que deu estabilidade para a região do Médio Paraíba e que, no momento da pandemia, inclusive atendeu a outras regiões do estado do Rio de Janeiro. Fora essas iniciativas, não houve um debate que, de fato, tivesse uma governança regional sobre a epidemia.

À medida em que o tempo foi passando e cada um ficou por conta própria, o Estado do Rio de Janeiro sofre, ao mesmo tempo, um problema na SES de desmonte, de desvio de verba e prisões, o que não aconteceu por acaso. Temos um COSEMS muito forte e atuante e que estava o tempo todo dialogando para a solução de parceria com o governo do estado. E o estado saiu do processo, começando a tomar decisões sozinho. Ignorou os municípios, concentrando seus



recursos na alta complexidade, na formação de hospitais de campanha e, hoje, nos perguntamos se tudo isso já não foi pensado para poder fazer contratos indevidos, como aconteceu com réus confessos no Estado do Rio de Janeiro. A situação no Rio de Janeiro foi bastante difícil, com este elemento estadual, a partir de um determinado momento, sendo um desagregador, deixando os municípios absolutamente sozinhos. A proposta era fortalecer a coesão regional, mas isso não aconteceu. Cabe pontuar que a desorganização nacional deixou todos inseguros, gerando ações predatórias, na lógica do pensamento “farinha pouca, meu pirão primeiro”.

As decisões começaram a ser isoladas, com os municípios tomando decisões e comportamentos midiáticos (como, por exemplo, lavando ruas e pneus de carros para evitar a epidemia, ou fazendo grandes barreiras físicas e policiais, impedindo a entrada nas cidades, exceto para moradores), dificultando as ações, uma vez que diversas cidades são polo para serviços sociais, além da saúde. O estado tomou a decisão isolada de suspender linhas de ônibus sem se preocupar com profissionais de saúde que transitam de uma cidade para outra e foi necessário contratar vans para atender às necessidades essenciais dos municípios. Ou seja, não houve colaboração ou instância de pactuação nesse processo e continua muito parecido até o presente momento. Além disso, o estado tem uma particularidade que é a rede federal de saúde, herança da capital da federação, que tem plena capacidade de atender a demanda de alta complexidade - bastaria uma pequena organização de sua rede -, sem necessidade de hospital de campanha, mas não foi, em hipótese nenhuma, ativada. Esta continua sem funcionar adequadamente e nunca houve uma relação tripartite no estado; o que seria fundamental.

Antes mesmo da pandemia, foi feita a tentativa para que o estado participasse de um consórcio com os municípios, mas, para surpresa de todos os municípios, apesar de ter sido feito um acordo, quando o processo foi pra ALERJ a lei não avançava e descobriu-se uma grande pressão do governo do estado para a lei não ser aprovada. Ou seja, há um discurso e uma prática completamente diferentes.

A regionalização é um bom caminho, mas é preciso que haja lideranças sérias. O líder tem que estar, de fato, comprometido politicamente com o processo, não basta estar no cargo. É necessário avançar para a responsabilidade sanitária, pois não é possível pactuar de determinada forma e depois não acontecer absolutamente nada. São os municípios que estão na ponta, que têm que responder à população as suas necessidades. Não foi eficaz essa situação no Rio de Janeiro durante a pandemia, não houve coesão regional adequada. Os municípios estão atuando isoladamente por falta de uma liderança estadual comprometida e que seja capaz de estimular o debate regional e de fortalecer o comprometimento com esse processo.

Houve muita dificuldade financeira no início, tendo-se que rever todo o planejamento, retendo os recursos de todas as outras áreas e comprometendo a execução de outros serviços. Essa situação fica grave, porque o Ministério da Saúde se compromete a mandar insumos, que não chegam, se compromete a mandar kits de exames e eles não chegam. Os municípios são obrigados a lidar com o mercado com preços abusivos, ainda que o tenham denunciado. Não se sabe como os órgãos de controle vão olhar para as compras realizadas nesse período, embora tenha se tentado dar a devida transparência do processo.

Agora começam a ser depositados recursos exclusivos para a COVID-19, com data marcada para devolver o dinheiro no final do ano. Além disso, há um represamento grande de todas as outras doenças (condições crônicas que estão se agudizando), por isso, muitos retomaram as atividades rotineiras, como as cirurgias eletivas, ainda que com restrição, por causa da pandemia. É um desafio enorme poder fazer isso. É preciso discutir sobre as relações federativas e construirmos uma governança regional baseada em responsabilidade sanitária. O COAP não andou e precisa ser retomado, embora talvez não da mesma forma, mas é importante. É preciso



que o estado compreenda que ele tem esse papel de indutor, mas também de ser o guardião dessa coalizão. Não pode estar descolado desse processo. Além disso, as instituições de saúde, de pesquisa, precisam se dobrar sobre esse tema para fortalecermos o SUS e a APS, que tem dado conta de grande parte dos casos de COVID-19 e de outros casos nos municípios. Quem tem uma APS forte e organizada é quem conseguiu conter a pandemia melhor com as suas estruturas. Temos que avançar nesse caminho, no sentido de construir a regionalização de fato.

Cipriano Maia (Secretário de Estado de Saúde do Rio Grande do Norte):

Traz reflexões a partir da vivência prática, de quem está à frente da gestão e precisa dar resposta aos problemas de saúde. Tem sido uma experiência muito sensível, dolorosa, sofrida, mas também com alguns ganhos. A pandemia pôs os estados à prova, em cheque. Particularmente, o estado do Rio Grande do Norte, em 2019, estava literalmente falido, com dívidas acumuladas e salários atrasados. E o contexto nacional, desde a ruptura democrática, com o governo Temer e depois o Bolsonaro, foi rompendo as frágeis relações federativas assentadas no pacto constitucional de 1988 que, embora tenha vivido momentos mais cooperativos, não tinha um pacto consolidado. A partir da restrição de recursos, essa situação vai agravar os tensionamentos existentes.

Há que se destacar também o condicionamento histórico das relações do sistema político, marcadas pelas relações entre executivo e legislativo profundamente vinculadas a um arranjo no qual o apoio a projetos e ações esteve condicionado por contrapartidas nem sempre muito saudáveis para a cidadania. Há também outro condicionante fundamental e que cada vez mais interfere decisivamente na estruturação do SUS que é a judicialização, subtraindo parcela significativa de recursos orçamentários, mas sem nenhum pacto, sem nenhuma lógica racionalizadora e que distorce qualquer planejamento realizado.

Assim, é importante refletir na maneira como se reagiu à situação da pandemia. Na prática, o estado não tem experiência de consórcio interfederativo instituído. Tem basicamente um consórcio intermunicipal que tem alguma funcionalidade, mas uma restrita compra de serviços e com uma rede regional muito frágil e baixa capacidade de responder às demandas de saúde. O subfinanciamento nas ações de saúde deixa o estado muito crítico. Mas, como se reagiu à pandemia?

O primeiro ponto a destacar é que, identificada a pandemia e o risco que ela trazia para a população, desde o seu início, a governadora assumiu a saúde como a agenda prioritária e mobilizou todo o governo de forma intersetorial para apoiar as ações de estruturação do sistema, do ponto de vista orçamentário, de recursos e de pessoal (mais de 2.000 profissionais contratados temporariamente). A gestão trabalhou mobilizando os poderes, inclusive os prefeitos, para construir o “Pacto pela Vida” desenvolvido em todas as regiões (fortalecimento da vigilância em saúde, cumprimento das normas e decretos) e instituiu um comitê que trabalhava semanalmente (Ministério Público e seus ramos, além da Assembleia Legislativa). Foi proposta a construção de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o Ministério Público, para viabilizar as principais ações de contratação dos serviços, aquisições, no intuito de evitar a criminalização da gestão. Foram realizadas parceria com os municípios, com as forças de segurança e com a vigilância, para fazer valer as regras de distanciamento e dos decretos. Essas ações foram muito significativas, apesar da pressão do comércio.

Este foi um dos estados do Nordeste que retomou mais tardiamente às atividades, mas de forma mais controlada. Contudo, enfrenta dificuldades grandes pelo clima de confrontação do país no qual a principal liderança política assume uma atitude negacionista e seus seguidores, em todos os estados e entre profissionais de saúde, passaram a ter essa postura. Muito municípios também



se colocaram nessa postura de confrontar, de negar, de se contrapor ao governo do estado, principalmente no caso, o prefeito da capital Natal, que é médico.

Há uma grande dificuldade da relação dos estados com a União, mesmo no primeiro momento, quando ainda havia um diálogo com o Ministro Luiz Henrique Mandetta. A dificuldade foi vista na incapacidade de responder às necessidades dos estados, como na compra de respiradores, que exigia a presença do Estado nacional, mas que não teve a resposta necessária. Estados e municípios tiveram que correr atrás da aquisição de equipamentos, com ofertas duvidosas. Mesmo na existência de uma estrutura organizacional anterior, como as CIR, o desempenho foi diferenciado, com algumas regiões com maior sucesso na negociação (com recursos para apoiar os hospitais regionais) e em outras, não. Se destaca, principalmente, a parceria com as universidades públicas e instituições privadas no estado que, tanto no processo de capacitação profissional e cessão de espaço e de profissionais, foi algo muito relevante. Nesse clima de cooperação e de apoio da sociedade, inclusive, houve muitas doações.

Foi constituído um comitê científico com representantes das instituições para analisar cenários, analisar as pendências. Esse cenário deu resultados muito concretos no campo da vigilância, como por exemplo, foi desenvolvido um indicador composto para monitorar o conjunto dos municípios (do verde ao vermelho, com cinco tonalidades) que é apurado semanalmente, para além do monitoramento da taxa de ocupação de leitos e nível de transmissibilidade da doença. Foi desenvolvido um software específico, fruto das parcerias, para a regulação dos leitos de COVID-19, com o tempo de regulação, de transferência e tem contribuído bastante para os resultados diferenciados do estado.

O arranjo regional, mesmo frágil, foi importante, pois trabalharam a ideia do plano de contingência regional e a mobilização dos recursos existentes na região. Além da vigilância em saúde, da organização da testagem, apesar de dificuldades no início, hoje tem-se testagem em todo o estado (pelos dois tipos de teste RTP-CR e sorológico). O apoio do estado à VS e à APS tem se dado com a contratação de sanitaristas que estão atuando como apoiadores nos municípios, mas que enfrentam ainda muita dificuldade. Para além disso, há um problema estrutural dos municípios e do estado do ponto de vista da disponibilidade de servidores, da existência de organização mais funcional, da disposição de meios tecnológicos e da capacitação da gestão. Há um problema estrutural crítico em todos os municípios e no estado, nesse sentido. As estruturas regionais são muito frágeis, foram esvaziadas ao longo dos últimos anos. O estado concentrou muitos recursos e investimentos na estrutura hospitalar que ele gerencia e não na gestão da política de saúde, na coordenação do sistema, no trabalho de regionalização, o que tem sido revertido nessa nova gestão.

Em meio às dificuldades, há ganhos a apresentar. Foi feita a opção pela estruturação da rede, a começar pelos hospitais próprios, mas estruturaram leitos de UTI em todas as regiões. Melhoraram a estrutura, equipamentos e repuseram equipes nos hospitais, além de contratar leitos para suprir as necessidades nos momentos mais críticos e conseguiram, apesar do atraso, suprir a necessidade. Estão tendo bom desempenho, tanto no âmbito da assistência, da testagem, da vigilância, quanto no da oferta.

Tem clareza de que nessa negociação pela organização regional há regiões com mais sentimento de pertencimento e de organização e outras mais difíceis. O que se observa, em geral, é que as regiões mais distantes da capital têm mais capacidade, se mobilizam, porque elas têm que resolver os problemas ali, uma vez que a capital fica mais distante. Já as regiões mais próximas da capital não se estruturaram como poderiam. O estado, por outro lado, não investia nas regiões de saúde. Porém, recentemente, conseguiram organizar-se e retomar o programa de cirurgias eletivas e a perspectiva é que tenham oferta cirúrgica nas oito regiões de saúde, inclusive usando



o investimento que foi feito com recursos COVID-19, possibilitando que tenham boa estrutura e equipamentos modernos para atender às necessidades locais e a contratação de equipes.

O que a pandemia pode apontar como grande ganho, somado à recente lei do consórcio aprovada no estado – inspirados pelo Ceará – é o investimento no modelo de implantação de policlínicas regionais, o que está no projeto de governo para resolver o gargalo da média complexidade ambulatorial e especializada. O estado tem esse grande desafio e, embora não tenham tido recursos suficientes, estão pensando em políticas e desenhando iniciativas para realmente investir na APS. A situação financeira do estado ainda não tem permitido investir nessa área da forma como se deveria. No entanto, sabe-se que este é um investimento decisivo porque, sem melhorar a qualificação da APS, com resolutividade, capacidade de resposta e a integração na rede, não terão muito sucesso nesses investimentos que serão feitos na média complexidade, pois tudo cairá sobre as policlínicas. Em geral, o estado não tem problemas de cobertura da APS, mas sim com a resolutividade e qualidade, ainda muito baixas.

Marcos Antonio Gadelha Maia (Secretário Executivo de Políticas de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Ceará):

O processo de regionalização no estado do Ceará tem um histórico que antecede a gestão atual e que tem ampla experiência na APS. O estado já vinha de uma experiência de descentralização da média e alta complexidade para os territórios, com hospitais regionais de referência, com a experiência do consórcio público de saúde, com as policlínicas regionais e os centros de especialidades odontológicas e com a descentralização da Rede de Urgência e Emergência e UPA. A gestão atual herdou uma estrutura regional, mas esse processo de regionalização nunca acaba, é um processo contínuo e, na gestão atual, estabeleceu-se dentro da estratégia o objetivo de trabalhar o processo da regionalização. Obviamente que, nesse processo, todos foram surpreendidos com a questão da pandemia, mas é verdade que a estrutura existente ajudou, principalmente, os hospitais macrorregionais que o estado já tinha, assim como as policlínicas.

Pontua também a questão do cenário da pandemia da COVID-19. Nesse período que se passou de experiência da pandemia, pode-se identificar algumas fragilidades, como a questão da liderança a nível nacional, principalmente, que foi uma fragilidade na condução dessa pandemia e da articulação federativa. No entanto, no caso da articulação federativa, foi algo que aconteceu de maneira mais tranquila no estado do Ceará em termos de liderança. Houve uma boa liderança entre o governador e o secretário de saúde que desenvolveu comitês científicos e intersetoriais para orientar na condução da pandemia da COVID-19, sendo uma estratégia fundamental para conduzir esse processo.

Na pandemia também se enxergou algumas oportunidades no sentido de descentralizar mais ainda alguns serviços, principalmente, devido ao déficit de leitos de UTI. Sabe-se que existem vazios assistenciais no interior do estado e o secretário de saúde, junto com o governador, conseguiu com parceria com os prefeitos e secretários dos municípios, levar e montar UTI em unidades distantes no interior do estado do Ceará, o que ajudou na condução da pandemia. A pandemia também trouxe aprendizados, principalmente, a questão de trabalhar de forma a juntar os atores sociais e de buscar sempre dados científicos na condução da pandemia. Fica esse aprendizado não só para o estado, mas para todo o Brasil. Todas as decisões que o gestor precisa tomar nesse contexto não podem ser tomadas por ele sozinho, é preciso inserir pessoas com diversas expertises, principalmente, no cenário difícil como foi nessa pandemia, para chegar nas melhores decisões possíveis nesse processo tão traumático para todos os estados.

Existe uma fragilidade e dificuldade no entendimento do modelo federativo. Sabe-se que nesse processo de regionalização, há a dificuldade de entendimento de alguns gestores, por isso, é



necessário esclarecer que processos de gestão precisam ser conduzidos de forma colaborativa, daí o papel da governança regional. Assim, é fundamental o papel de liderança, de desenvolver uma estratégia para poder fazer esse processo de regionalização, de definir mecanismos e de gerar informação para a gestão. Obtendo essas informações, deve-se transparecer, colocar de forma transparente para a sociedade, de forma que ela participe desse processo decisório. Uma vez enxergando essas informações dos estados, sobre as inequidades do sistema, cabe aos gestores liderar esse processo e estabelecer a direção para a equidade.

É importante trabalhar a regionalização não só de forma setorial na saúde, mas caminhar para a construção de uma rede de serviços do setor saúde junto com o processo de desenvolvimento regional. Atividades de saúde não podem ser pensadas apenas de forma setorial; essa concepção precisa ser pensada de forma mais ampliada na região. Dentro desse pensamento e da plataforma de modernização da saúde do estado do Ceará, está previsto levar o desenvolvimento da atividade econômica do setor saúde para as regiões, usando a temática da saúde. Isso significa que não podemos pensar o setor só como uma atividade prestadora de serviços e que gera despesa, mas também a atividade do setor saúde pensada como uma atividade econômica que gera emprego, gera renda, gera conhecimento e melhora a qualidade de vida das pessoas e, como consequência disso, gera mais saúde para as pessoas. Dentro dessa lógica do processo de regionalização da saúde no Ceará, a proposta é construir polos de desenvolvimento econômico do setor saúde, pensando na expectativa da inovação urbana, econômica e social.

Para poder dar resposta a toda essa proposta de modernização da saúde, foi preciso mudar a estrutura organizacional da SES/CE. Dentro desse processo, se fala muito da questão da gestão por resultados, mas a gestão de resultados para essa gestão é o resultado para o cidadão, que está no foco, no sentido do resultado que se quer levar para a política pública nas regiões, no sentido de levar mais acesso, mais atenção integral para a saúde. No entanto, é preciso que essas mudanças realmente cheguem e sejam benéficas para o cidadão.

Já era proposta antes da pandemia a estruturação de um programa de ampliação das residências em saúde (médicas e multiprofissionais). Também vem sendo desenvolvida uma política para trabalhar a força de trabalho dentro da lógica regional. Como fazer com que um médico que terminou uma residência vá para o interior e chegue a trabalhar num município polo? Hoje a realidade é que os gestores municipais fiquem competindo do ponto de vista salarial, ou seja, de quem paga mais para ter médico em todas as especialidades. O estado do Ceará tem a proposta de assumir essa demanda de média e alta complexidade e, dentro dessa proposta, pretende desenvolver um plano de cargos e de salários e incentivar para que se consiga levar esses profissionais até a ponta. A estrutura da SES/CE mudou e foi baseada na regra de *compliance* com uma secretaria executiva que faz o planejamento da organização, outra que faz o planejamento das políticas públicas, uma secretaria que trabalha a vigilância e regulação, outra que executa as ações de saúde (execução programática), uma secretaria de ensino e pesquisa, e uma de execução da organização. A estrutura da SES/CE era muito verticalizada e agora se torna horizontalizada na perspectiva de *compliance*.

Foi discutida a questão do consórcio, pois o estado tem alguma experiência das policlínicas e dos centros de especialidades odontológicas, nesse sentido. Dentro dessa experiência, há algumas oportunidades de melhoria dos consórcios. Isso porque veem os consórcios como uma forma de operacionalizar a governança, mas ele não é a governança em si. É um modelo de gestão que facilita a operacionalização da governança. Esse é um entendimento difícil, mas reforça a necessidade de trabalhar um planejamento regional e de que tudo o que acontece dentro de uma unidade (independente do modelo de gestão), que precisam vir do planejamento regional.



Dentro da estratégia de modernização da saúde a proposta é melhorar a regionalização da saúde no estado do Ceará, para isso, estão criando as agências regionais de saúde, que significam a descentralização administrativa de estado dentro das regiões de saúde. Historicamente, o estado do Ceará tinha cinco macrorregiões de saúde e 22 regiões de saúde. Hoje, se chama área descentralizada de saúde o que antes era considerado região de saúde. O que era macro, hoje é região de saúde, portanto, atualmente tem-se cinco regiões de saúde no estado.

O processo de governança tem levado em consideração a transparência e demais princípios da administração pública. A operacionalização da governança, nesse sentido, precisa se tornar uma realidade acessível a todos os cidadãos, daí a necessidade de haver algumas prioridades, como, no caso do Ceará, as doenças crônicas, a atenção materno-infantil, a urgência e emergência. Existe a perspectiva de se trabalhar a governança e a gestão e melhorar a expertise de articulação federativa do estado com os municípios, o que é uma preocupação da gestão atual junto ao mapa estratégico vigente. É preciso também avançar no modelo de regulação, assim, tem sido priorizado o registro eletrônico de saúde, o prontuário eletrônico, o centro de regulação, laudos e inteligência e a telemedicina, que tem representado uma quebra de paradigma no período da pandemia e que precisa evoluir.

O Programa IntegraSUS foi uma experiência importante no Ceará para tornar acessível ao cidadão todas as informações relativas à COVID-19 e que se fortaleceu no período da pandemia. Essa experiência será expandida, principalmente no planejamento regional e no que será pensado para cada uma das cinco regiões de saúde. Nessa perspectiva de regionalização, algumas leis foram aprovadas, como a Lei 17.006/2019 que é uma lei própria para o processo de regionalização e dispõe sobre a integração das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde no Ceará e se articula com a proposta da agência reguladora, que trabalhará a qualidade da atenção à saúde nas regiões de saúde. Finalmente, espera-se que, com essas inovações, ocorra um processo de inovação no repasse do ICMS aos municípios, como já havia ocorrido com a área da educação, atrelando o repasse do estado ao município a partir da apuração de um conjunto de indicadores para avaliação do desempenho de municípios, individualmente, e também do desempenho regional.

Debatedores

Luciana Dias de Lima (Ensp/Fiocruz):

Enfatiza a importância do avanço da regionalização, do fortalecimento da coordenação e da cooperação intergovernamental e da atuação dos governos estaduais em articulação com os municípios no enfrentamento à COVID-19.

As ideias que nortearam a oficina foram a de que temos que aprender, extrair ao máximo aprendizados desse momento que estamos vivendo. De que a compreensão dos limites e possibilidades da atuação do Estado na sua interação com os movimentos e organizações da sociedade no cenário da pandemia da Covid-19 ajudam na formulação de propostas e projetos de futuro para o nosso país. E de que os espaços de diálogo, de interação entre academia, gestão, serviços e movimentos sociais são propícios e devem ser valorizados na construção dessas propostas.

Que aprendizados, então, podem ser extraídos do enfrentamento da COVID-19, para melhorar a dinâmica de organização e funcionamento dos arranjos de governança federativa e territorial das políticas públicas e de saúde, para os avanços da regionalização do SUS e para a redução das desigualdades em saúde, que é o principal objetivo do processo de regionalização?

Destaca 5 aprendizados:



- 1) A necessidade de compreensão dos problemas e da formulação de soluções de forma multiescalar. Esse é um conceito caro ao planejamento urbano e regional, mas que também se expressa de forma importante no planejamento da saúde. O planejamento multiescalar deve orientar os processos de centralização e descentralização de responsabilidades e funções entre os entes, de desconcentração e concentração administrativa em um mesmo nível de governo, de forma a adequar melhor as políticas e ações às escalas requeridas pelo problema. É importante, portanto, valorizar o enfoque territorial no planejamento e na gestão da saúde.
- 2) A necessidade de considerar a multidimensionalidade da atenção à saúde. A atenção à saúde não é apenas assistência médica, envolve uma diversidade de outras ações incluindo a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, que devem ser tratadas de forma mais articulada nesse processo de planejamento territorial e regional da saúde;
- 3) A importância da intersetorialidade nos processos de formulação e implantação de políticas. Apesar de valorizarmos a determinação social do processo saúde-doença, de fato, a institucionalidade do SUS acabou se constituindo de forma muito insulada e dificulta pensar soluções de forma mais abrangente e voltadas para as reais necessidades da população. Temos que ousar nesses esforços de articulação entre as políticas em prol de um desenvolvimento regional voltado para o bem-estar da população. Tais processos devem ser aprimorados nos arranjos de governança territorial nas políticas públicas e no SUS;
- 4) A necessidade de implantação de arranjos mais adequados à diversidade territorial do país. Algumas particularidades colocam requisitos diferenciados para esse processo de planejamento e gestão territorial, tais como: as metrópoles e as periferias urbanas, em que se destacam as desigualdades e uma proporção significativa da pobreza; as regiões de fronteira internacional; as regiões rurais e remotas; e a Amazônia Legal, com toda sua diversidade territorial interna;
- 5) A necessidade de incorporação de novos atores por meio da criação de comitês de assessoramento em temas específicos, com participação de interlocutores técnicos e com representações de organizações e movimentos diversos da sociedade.

André Bonifácio (UFPB):

A pandemia revelou-se como uma força sem tamanho, uma situação mundial que trouxe componentes de diversas ordens (econômica, social e ambiental) e que impactou profundamente o sistema de saúde, mas também alçou o SUS a um patamar outro com relação à sociedade. Destaca a importância de se apostar na experiência que pode influenciar outros e não na ideia de separação entre estados.

A responsabilidade sanitária e a transparência, com a retomada da proposta de um contrato, como o COAP, foi comentada nas falas. Nessa mesa se encontra exatamente a experiência do Ceará que tem longa trajetória e que foi um dos que assinou o COAP, na época. Todas as ações apresentadas pelos palestrantes nas experiências só podem ser viáveis na medida em que há acordo entre as partes. E, o que a experiência do Ceará mostra é que o que se tem hoje é fruto de maturidade local e da produção científica e técnica de uma relação entre gestores. Destaca a importância de retomar as propostas do Decreto nº 7.508/2011, que já colocava a expressão de um contrato federativo. Se esta proposta está num decreto presidencial, há um desafio a ser implementado. Não há por que não discutir esses temas num debate nacional sobre o que é possível realizar, nesse sentido, as experiências do Rio Grande do Norte e do Ceará, são exemplos do que é possível fazer.

Perguntas: 1) Gabas: como vê a articulação entre as diversas políticas dentro de um consórcio dessa ordem? Como estão conseguindo articular esses elementos? Que estratégias estão usando para que haja certa calibração e que dê condições de ser impulsionado? 2) Luiz Antônio: Quais



os elementos importantes da relação federativa que os governos estaduais deveriam investir nesse momento de transição e da pandemia, que não acabou? Isso no sentido de garantir uma sustentabilidade na transição, que muitas vezes traz desmontes, descontinuidade, quebra. 3) Cipriano: Como vê hoje o papel do CONASS na relação com os outros entes nesse movimento de organização dessa transição? 4) Gadelha: Que elementos acha que, do ponto de vista do que o Ceará desenvolveu, poderia ver como iniciativas importantes do fortalecimento desses espaços de gestão regional, para que fortaleça a ideia de pertencimento regional, que pode transbordar na relação de uma bipartite e chegar até o fortalecimento de pactuações nacionais? Como estão vendo esse dispositivo regional dessa conformação?

Helena Shimizu (UNB):

A institucionalidade da regionalização é estruturante e importante, apesar da falta de diálogo com o governo federal para continuar com o desenho. Destaca a importância e fragilidade das CIR dadas as outras forças políticas. É importante resgatar o que temos investido, como a governança regional, a institucionalidade e outras estratégias que devem vir juntas entre estados e municípios. A pandemia mostrou uma resposta e um sucesso nesse sentido.

O desmonte conceitual é um desafio grande para pensar o período posterior à pandemia, embora tenha havido avanços na média e alta complexidade nesse período da pandemia.

Brígida Gimenez (UEL):

O federalismo depende da cooperação e das ações coordenadas entre os entes autônomos. Enfrentamos uma crise desse federalismo que se devem a práticas de competição por recursos e por incentivo, e menos por cooperação. Essa crise se reforça com a crise de financiamento na saúde, principalmente, após o congelamento dos recursos com a definição do teto de gastos, aprovado pela EC nº 95.

Especialmente, cabe destacar a falta de coordenação pelo ente federal, do Ministério da Saúde, mas também uma falta de coordenação de muitos estados que, endividados, abandonaram na última década a agenda da saúde e não têm conseguido cumprir um papel estratégico de coordenar políticas regionais com vistas a garantir a equidade no acesso e a atenção à saúde. As comissões intergestores são espaços importantes, mas foram pouco mencionados pelos palestrantes e parece ser um espaço muito esvaziado nesse momento da pandemia. Questiona como os palestrantes veem o resgate do espaço de governança interfederativa, especialmente a CIT nesse contexto.

Respostas e Considerações Finais

Carlos Gabas (Secretário Executivo do Consórcio Nordeste):

No âmbito do Consórcio do Nordeste, em contraposição ao comportamento do governo central, de negar a ciência, foi constituído um comitê científico, composto por nove cientistas, um de cada estado. Esse comitê começou a identificar as entradas da COVID-19 no Nordeste, quais pontos de entrada, como se disseminava no interior, fez rotas através de cálculos, usando computadores etc. Os governadores começaram a reagir e agir positivamente a essas ações. Identificou-se que a COVID-19 estava chegando pelas vias aéreas, daí foi solicitado que fossem fechadas as fronteiras pelos aeroportos e isso foi negado pelo governo federal. O Consórcio agiu de acordo com a ciência, mas o desafio é pensar como articular com as demais políticas.

Outra experiência foi o estabelecimento de câmaras temáticas que envolvem os secretários de cada estado (de saúde, segurança pública, meio ambiente). A premissa básica é que ninguém é obrigado a fazer ou a aderir, e todos são convidados a participar da elaboração dos projetos. Cada governador indicou para essas câmaras alguém da mais alta confiança, pois representa-se



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

o estado dentro do Consórcio e precisa-se de agilidade. Os segmentos têm vida própria e os secretários precisam estar envolvidos, caso contrário, as ações são inviabilizadas. A lógica de sentimento de estado deve ser respeitada, deve-se dialogar com ela, para isso, é necessário trazê-la para dentro do arranjo que está sendo construído em cada um dos estados. A premissa e fator a ser observado é a independência dos estados e o desafio é fazer cada estado ser corresponsável pela proposta que está sendo construída, para que se possa ter um trabalho coletivo. Não há protagonismo no Consórcio Nordeste, este é um trabalho de todos; os sucessos e insucessos são coletivos, dividido entre os diversos atores.

Marcos Antonio Gadelha Maia (Secretário Executivo de Políticas de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Ceará):

Como melhorar os espaços de governança? Quais elementos precisamos trabalhar para fortalecer a governança do SUS, nas CIB e CIR? Primeiramente, reconhece que a governança é fundamental dentro do modelo federativo e isso precisa ser entendido amplamente. Segundo, é preciso inovar dentro desse processo e entender o que é que estão pactuando nesses locais. Isso porque, se não existe um planejamento prévio, o que vai ser pactuado? Daí a importância de trabalhar o planejamento da região, porque, o que será pactuado e quem vai compartilhar a responsabilidade quando for construído o contrato, vai depender do que foi definido como prioridade para a região, junto com os outros entes. Precisamos entender as necessidades de saúde; o município, particularmente, precisa entender a necessidade de saúde da sua região e saber o que levar para o planejamento regional para dividir essas responsabilidades.

A CIR não pode ser somente um local de discussão de portarias, precisa evoluir no sentido de antes construir um planejamento regional. A Lei da regionalização do estado do Ceará é uma lei específica de integração das ações de saúde. Ela fala do planejamento regional integrado (Plano de Saúde Regional) no qual os gestores assumem responsabilidades. Assim, entende-se que em cada região terão objetivos comuns a ser atingidos e, uma vez assumida essa responsabilidade, assinarão o COAP. Nesse processo, fica mais fácil de entender os vazios assistenciais, de entender o subfinanciamento do SUS, que é verdadeiro, mas é verdade também que até para redimensionar esse subfinanciamento é difícil. É preciso aperfeiçoar o processo de planejamento integrado junto com os outros gestores. O estado com a União precisam assumir suas responsabilidades também e não podem deixar os municípios à deriva.

É importante entender que a responsabilidade de coordenar esse processo é do estado e ele precisa liderar esse processo, estabelecer junto com outros entes e atores sociais quais são as prioridades que serão trabalhadas. E, a partir daí, tudo o que for pactuado, dentro dessas instâncias de pactuação, precisa evoluir e ser aperfeiçoado, inclusive aumentando a transparência dessas instâncias de participação e de como funciona o sistema de saúde. Todos criticam o SUS, mas não entendem como ele funciona e precisamos trabalhar isso também, fazer a sociedade entender como o SUS funciona, que ela precisa participar e que estamos dispostos a dar as informações para que ela participe do processo decisório da política pública.

Cipriano Maia (Secretário de Estado de Saúde do Rio Grande do Norte):

Para além do arranjo organizativo possibilitado pelo Consórcio do Nordeste, o diálogo e a articulação política dos governadores foram decisivos em todas as iniciativas durante a pandemia, inclusive na construção de articulações e posições comuns. A importância do planejamento escalar e as diferenças regionais, inclusive com a consideração das desigualdades, é fundamental. Ficou evidente o preço da desigualdade na mortalidade por COVID-19, algo que ressalta aos olhos. Precisamos fazer mais esse debate na discussão da política. É necessário reconhecer que realmente não superamos o modelo do federalismo competitivo, principalmente



pela competição por recursos escassos, ou seja, a cooperação ainda precisa ser reconstruída fortemente, embora não seja fácil, pois existem conflitos e disputas de todas as ordens.

Os fóruns intergestores, realmente, têm sido bastante esvaziados, a CIT é uma figuração, não existe mais enquanto espaço de discussão sobre a implementação de políticas. Além disso, a articulação com as instâncias de controle social no âmbito nacional também tem sido extremamente tensionada. O estado do Rio Grande do Norte tem tido uma relação com o CES bastante positiva, desde a elaboração do PPA e aprovação de algumas medidas de difícil aprovação pelo controle social, como a contratação de entes privados com preços diferenciados para viabilizar a oferta de serviços.

Qual o papel do CONASS, do CONASEMS, dos gestores? É preciso reinventar essa relação, porque o contexto não é de normalidade, como se vinha trabalhando desde a Constituição Federal de 1988, quando os entes se respeitavam, tinha conflito e disputa de projetos, mas num clima de diálogo, o que não existe hoje. Mesmo quando há um ministro que se abre ao diálogo, ele é ao mesmo tempo desautorizado pelo Presidente da República e cria uma insegurança e desconfiança total, uma crise todos os dias na relação. Esses são fatores que precisam ser trabalhados.

O CONASS e o CONASEMS, historicamente, intervinham para influenciar as políticas, embora o ente de maior posse de recursos sempre tivesse sido a União, ditando as regras das políticas. No entanto, não tivemos ao longo da história recente essa capacidade dos entes formularem política para propor ao ente maior que tem o dinheiro, mas temos hoje esse desafio, seja dos municípios se articularem para, na região de saúde, ter uma proposta, seja no âmbito dos estados para construir alternativas. A partir do compromisso dos entes, é possível manter as políticas de forma local, mas enquanto se considera o ente nacional, essas políticas estão à deriva e não se sabe o que vem. O desafio para todos os entes é tentar se articular para responder a esse desafio maior de formular políticas, daí o diálogo com a academia é fundamental, porque no Brasil há um descompasso. A formulação é feita no espaço acadêmico, mas não é incorporada na gestão e fica como uma formulação de gaveta, vazia.

Deve-se fortalecer essa atuação dos espaços regionais, estaduais e nacional para, a partir daí, recorrer aos entes nacionais como o CONASS e CONASEMS para ser porta-vozes e propositores de política, defendendo que o financiamento do SUS seja destinado em função dessas políticas e prioridades. Sabe-se que não é fácil, não há unidade, apesar de terem uma capacidade técnica boa. Precisam traduzir numa decisão política de propor e de reunir essa capacidade técnica dos estados para a proposição de políticas, programas e ações defendendo a utilização dos recursos que estão sendo subtraídos para financiar essas políticas, programas e ações. Esse é o grande desafio e só haverá sucesso se for com a ampliação da articulação política dos gestores, do espaço de controle social, do segmento do parlamento que defende o projeto do SUS, com a academia. Esse é o momento de somar forças contra uma lógica instituída de governo autoritário e centralizador, que não considera as políticas sociais e os direitos como algo prioritário a ser mantido, aprimorado e consolidado. Não é um desafio pequeno, mas é o papel a trabalhar.

Luiz Antônio da Silva Neves (Prefeito de Pirai e Presidente da Associação Estadual de Municípios do Rio de Janeiro):

Os estados devem realmente ser mediadores da questão pós eleições. Os prefeitos que encerram o mandato finalizarão com muitos problemas os seus mandatos, dado que a lei tem uma exigência grande no ano de encerramento de mandato. Mas, quem se elege, está na esperança da renovação e com gás de fazer coisas novas. É importante que o estado faça essa mediação



4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

política, sobretudo, para tentar organizar a região. A CIR tem uma fragilidade, necessidade e importância, mas a questão da COVID-19 colocou uma questão acima da CIR, porque essa dicotomia que foi saúde versus economia colocou o prefeito no centro da questão para poder decidir. O secretário de saúde não tem ingerência sobre as outras áreas de governo, pois a sociedade faz pressão, então, é importante que o estado seja um mediador nesse momento, pois não é para haver essa dicotomia.

Nesse sentido, deve-se reforçar a APS e a regionalização com foco na COVID-19, mas também considerando as necessidades das outras áreas de saúde que estão se acumulando e se colocando todos os dias. Fortalecer o apoio técnico aos municípios é fundamental, o estado sempre tem que cumprir esse papel, mas em parceria com o COSEMS, no âmbito da institucionalidade, junto da CIB e se possível em nível tripartite, e nos estados onde a União tem instituições importantes. Se possível, como é o caso do Rio de Janeiro, contar com a associação de municípios em que os prefeitos podem dialogar de forma coletiva, pois isso é fundamental e aponta para uma esperança. O individualismo e competição que vemos entre os municípios também foi fruto do processo político equivocado que partiu do governo federal e que foi se arrastando até os municípios.