

# A atuação coordenadora do governo do Rio Grande do Norte no combate à covid-19: inovação em tempos de crise?<sup>1</sup>

The coordination role of the State of Rio Grande do Norte government in response to covid-19: innovation in times of crisis?

**Sandra Gomes<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-7703-6488>  
E-mail: sgomes.vaughan@gmail.com

**André Luís Nogueira da Silva<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-0934-5350>  
E-mail: andre.n.silva@ibge.gov.br

**Catarina Ianni Segatto<sup>c</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-5094-8225>  
E-mail: catarina.segatto@gmail.com

**Anderson Santos<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0001-6359-3905>  
E-mail: andersoncsi984@gmail.com

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Políticas Públicas. Natal, RN, Brasil.

<sup>b</sup> Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Centro de Estudos da Metrópole. São Paulo, SP, Brasil.

## Resumo

A partir de um estudo de caso do Rio Grande do Norte, este artigo discute o papel dos estados na coordenação da saúde durante a pandemia do novo coronavírus. A ausência de coordenação federal no enfrentamento do surto pandêmico no Brasil tem sido compreendida por diversos analistas como algo inédito na federação brasileira, rompendo com um padrão recorrente de normatização e indução nacional por diferentes governos desde a Constituição de 1988. Nesse sentido, estados e municípios passaram a adotar iniciativas próprias para o enfrentamento da pandemia. A partir de uma pesquisa qualitativa baseada em dados documentais - mídia local, boletins epidemiológicos e regulamentações estaduais - e em entrevistas semiestruturadas com gestores estaduais e municipais, foi possível identificar mudanças na relação estado-municípios durante a pandemia no Rio Grande do Norte, caso marcado, historicamente, pela ausência de cooperação estadual. A pandemia, dessa forma, funcionou como um choque exógeno, que induziu uma mudança no padrão de atuação do governo estadual na saúde. Não está claro, porém, se essas alterações são pontuais ou permanentes, na medida em que o peso do autorreforço - especificação dos efeitos do legado histórico - atua como um mecanismo que produz dinâmicas inerciais de difícil rompimento com o passado.

**Palavras-chave:** Relações Intergovernamentais; Estados; Saúde; Federação; Covid-19.

## Correspondência

Catarina Segatto  
Av. Prof. Luciano Gualberto, 315, Sala 116 B, Butantã. São Paulo, SP,  
Brasil. CEP 05508-010

<sup>1</sup> Este artigo foi em parte financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código 001.

## Abstract

From a case study of the State of Rio Grande do Norte, in Brazil, this article discusses the role of states in coordinating healthcare with its local governments in the context of the new coronavirus pandemic and within a federal polity design. The absence of federal government initiatives in responding to the pandemic in Brazil have been acknowledged by several specialists as an unprecedented event in the Brazilian federation, breaking with a recurrent pattern of national coordination and regulation by different governments since the 1988 democratic Constitution. In this sense, states and municipalities had to adopt their own initiatives to respond to the pandemic. Qualitative research based on the collection of documents (local media, epidemiological reports, and state regulations) and in-depth interviews with state and municipal managers reveals significant changes in the state-municipal relationship throughout the pandemic period in Rio Grande do Norte, a state historically characterized by the lack of state coordination. The pandemic, thus, functioned as an exogenous shock, which induced changes in the pattern of state coordination in healthcare. It is unclear, however, whether these changes are one-off or permanent since the weight of increasing returns - a specification of a path dependency process - seem to work as a mechanism producing inertial dynamics of difficult disruption with the past.

**Keywords:** Intergovernmental Relations; States; Healthcare; Federal States; Covid-19.

## Introdução

Um dos desafios na provisão de serviços em estados federativos refere-se à cooperação entre níveis de governo que são, política e administrativamente, autônomos. De fato, a literatura sobre a relação entre federalismo e políticas públicas no Brasil mostra que, a partir da década de 1990, é inaugurado um novo padrão de relacionamento intergovernamental, com vistas à produção de maior coordenação nacional (Abrucio, 2005; Arretche, 2012), havendo um aumento da coordenação federativa por meio de diversos instrumentos de políticas públicas, sendo elas: adoção de parâmetros nacionais e de desenhos institucionais indutores da provisão de serviços por governos subnacionais, tipicamente atrelados a recursos financeiros; o fortalecimento de sistemas de avaliação e de informações; a constituição de arenas de negociação intergovernamental; entre outros. O resultado foi o crescimento do papel do Governo Federal enquanto indutor de políticas nacionais (Arretche, 2012; Bichir et al., 2020; Franzese; Abrucio, 2013).

A produção bibliográfica brasileira é rica em estudos sobre os efeitos da coordenação nacional nas políticas municipais, especialmente nas sociais. Como exemplos, podem ser citados: a expansão de matrículas nas escolas municipais (Gomes, 2009), a municipalização da atenção primária (Viana; Machado, 2009; Viana et al., 2008), a difusão dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou ainda a criação do Cadastro Único para implementação do Programa Bolsa Família (Cavalcante; Ribeiro, 2012; Licio, 2013).

No entanto, a literatura tem avançado pouco sobre o entendimento da atuação dos estados brasileiros. Em sua maioria, os estudos os apontam como atores que não influenciam de maneira significativa o processo decisório nacional (Arretche, 2012), ao contrário do que havia ocorrido em outros momentos da história brasileira (Abrucio, 1998). Ademais, essa lacuna bibliográfica sobre os estados seria reflexo não só do fortalecimento de união e dos municípios na coordenação e implementação das políticas sociais, respectivamente, como também da inércia estadual ou da falta de clareza sobre suas responsabilidades. Sobre isso, o argumento é que

formas de cooperação horizontal (entre estados) e vertical (entre estados e municípios), sendo esta última uma das principais responsabilidades dos estados nas políticas sociais (Silva, 2020), não teriam entrado na agenda de políticas da maioria dos governos estaduais.

Entretanto, pesquisas mais recentes mostram que os estados podem ter maior centralidade na federação quando desempenham um papel cooperativo junto aos seus municípios, garantindo maior coordenação na prestação dos serviços; padrões mínimos de qualidade e acesso; e redução de desigualdades nas capacidades estatais locais (Gomes, 2009; Julião; Olivieri, 2020; Segatto, 2018; Segatto; Abrucio, 2018; Silva, 2020; Tandler, 1998). Essa atuação é especialmente evidente no caso do estado do Ceará, que desde a década de 1990 atua de maneira coordenadora em diversas políticas, principalmente na saúde e na educação (Silva, 2020).

A pandemia do novo coronavírus tem trazido à tona a discussão sobre as diferenças na atuação dos estados, principalmente na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). É bastante consensual entre analistas que o governo Bolsonaro alterou o padrão típico e histórico de coordenação nacional adotado por diferentes governos no pós-Constituição Federal de 1988 (Abrucio et al., 2020; Kerr et al., 2020). Tal omissão coordenativa teria o potencial não só de aprofundar desigualdades interestaduais e regionais, como também de produzir uma heterogeneidade de respostas diante da crise sanitária atual por parte de estados e municípios, tendo em vista a ausência de diretrizes comuns e nacionais.

Considerando esse novo contexto político-institucional, este artigo analisa as decisões tomadas pelo governo estadual do Rio Grande do Norte (RN) no início da pandemia - um momento crítico (*critical juncture*) no conceito do institucionalismo histórico (Pierson, 2000) - e seus efeitos na capacidade de coordenar as ações de seus municípios. O caso do RN é de interesse analítico, pois se trata de um estado cuja trajetória na política de saúde tem sido a ausência de coordenação estadual (Silva, 2020). No entanto, a pandemia abriu uma janela de

oportunidade, nos termos analíticos proposto por Kingdon (1995), para a entrada do tema na agenda do governo estadual e uma possível mudança no padrão de relacionamento subnacional.

A análise empírica foi baseada em uma estratégia de investigação qualitativa e histórica, a partir de dados coletados em mídia local, boletins epidemiológicos e regulamentações estaduais de 2020. Mapeamos programas e decisões estaduais relacionados ao combate à pandemia, buscando identificar mudanças na atuação do governo estadual junto aos municípios potiguares. Utilizamos, ainda, dados extraídos do DataSUS/Ministério da Saúde<sup>2</sup>, para ilustrar a situação da oferta de serviços de saúde de alta complexidade pelo governo estadual em seu território. Além disso, realizamos entrevistas com gestores estaduais e municipais das secretarias de saúde a fim de complementar os dados secundários coletados e analisados, buscando compreender os efeitos práticos das decisões estaduais e, principalmente, se houve mudanças no relacionamento entre estes entes federados. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e, seguindo protocolos padrões para garantir-se o anonimato das respostas.

Diante da ausência de coordenação ou normatização nacional e com uma agenda prévia de necessidade de aprofundamento da coordenação federativa subnacional, o estado do Rio Grande do Norte tomou suas próprias iniciativas, emitindo normas amplas e abrangentes de coordenação e indução para seus municípios e instituições públicas e privadas, de modo inédito (Gomes, 2020). Se, no início, porém, a estratégia adotada parecia funcionar, a partir de um determinado momento a capacidade de coordenação se esvaiu (Gomes; Santos, 2020). Em seguida, uma nova estratégia foi adotada, mudança que é explicada pela forma de produção da coordenação: inicialmente sob um viés impositivo e hierárquico e, em seguida, por meio da materialização do apoio estadual aos municípios e da busca por diálogo e convencimento. Nesse sentido, a análise mostra as mudanças que ocorreram e os aprendizados gerados, assim como as limitações.

Este texto está dividido em três seções, além desta introdução. Na primeira seção,

2 Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) e Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

resgatamos, brevemente, questões levantadas pela literatura sobre o papel dos governos estaduais no SUS. Na segunda, a partir da sistematização da literatura, apresentamos o legado histórico de ausência de coordenação e cooperação do governo estadual do RN, que age como um mecanismo de *path dependence* - ou autorreforço -, em que escolhas anteriores influenciam e limitam as futuras e produzem efeitos inerciais difíceis de romper, pois apresentam dinâmicas de retornos crescentes (*increasing returns*) (Pierson, 2000), mesmo quando a coordenação entrou na agenda estadual. Na terceira seção, discutiremos a transformação no padrão de relacionamento estado-municípios do RN durante a pandemia, com alguns exemplos empíricos que demonstram, ao mesmo tempo, mudanças e permanências. Ao final, fazemos um balanço das estratégias de coordenação e apontamentos sobre possíveis desdobramentos.

## O lugar dos estados na coordenação federativa do SUS

Embora tenha ocorrido um fortalecimento da coordenação federativa nas últimas décadas no Brasil, isso variou entre as diferentes políticas públicas, tendo sido a saúde um caso exemplar. Ao longo dos anos 1990, diversas regulamentações aprovadas foram fundamentais para a construção do SUS (Viana et al., 2008). Elas ratificaram o poder normatizador do governo federal, definiram mecanismos de redistribuição de recursos, estipularam padrões mínimos nacionais e construíram arenas decisórias intergovernamentais (Franzese; Abrucio, 2013).

A regulamentação inicial do SUS (Brasil, 1990) não fora suficiente para alavancar o processo de descentralização dos serviços. Apenas a partir da instituição de Normas Operacionais Básicas (NOBs) pelo Ministério da Saúde, que vincularam o repasse de recursos à oferta de serviços pelos municípios, que o governo federal conseguiu, ao longo da década de 1990, induzir a adesão dos governos subnacionais ao SUS (Arretche, 1999). Durante esse período, o desafio era a concretização da municipalização, para garantir a oferta da atenção básica em todo o país. Também através dessas normativas foram criadas as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, incluindo os

governos subnacionais no processo decisório no âmbito nacional e estadual (Franzese; Abrucio, 2013).

Durante esse período, o desafio era a concretização da municipalização, garantindo, pelo menos, a oferta de serviços de atenção básica em todas as cidades do país. Encerrado esse processo, os esforços de normatização nacional deslocaram-se para a efetivação da regionalização dos serviços, que exigiam um maior nível de complexidade. As primeiras ações de indução à organização regional da saúde surgiram com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 02/2002, que introduziram alguns instrumentos de planejamento regional. Essas normativas, no entanto, não foram suficientes para produzir um comportamento de coordenação dos estados brasileiros na oferta regional dos serviços de saúde dentro de seu território (Viana et al., 2008).

Em 2006, o Pacto pela Saúde (Portaria Ministerial nº 399, de 22 de fevereiro de 2006) (Brasil, 2006) tentou avançar nesse processo ao criar os Colegiados Regionais de Saúde ou Comitês Intergestores Regionais (CIR) e explicitar que a coordenação da regionalização é uma função estadual. Segundo a Portaria, os estados devem assumir a responsabilidade de “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região” (Brasil, 2006). O Pacto pela Saúde também imputou aos governos municipais a responsabilidade pela integralidade do atendimento ao usuário, restando aos estados e ao Governo Federal o papel de cofinanciar e prestar os serviços de maneira complementar. Esse cenário institucional aprofundou a responsabilidade coordenativa do governo estadual, principalmente em relação à organização territorial dos serviços de média e alta complexidade - atendimento especializado que envolve, por exemplo, insumos e equipamentos que se tornaram críticos durante a pandemia, como os necessários para instalação e funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

Contudo, os estudos mostram que há uma profunda diversidade interestadual na implementação da regionalização (Lima et al., 2012; Menicucci; Marques, 2016) e, por conseguinte, da coordenação estadual (Silva, 2020). Essa heterogeneidade pode ser explicada por condicionantes históricos e político-institucionais

(Lima et al., 2012), pela escassez de recursos (Menicucci; Marques, 2016), pela trajetória anterior da política, pela existência e atuação de *policy communities* subnacionais e pelo perfil de liderança política estadual (Silva, 2020). Essas descobertas permitem afirmar que, embora o desenho institucional do SUS potencialize a cooperação intergovernamental, não é suficiente para induzir ou constranger a atuação coordenativa por parte dos governos estaduais, pois depende de fatores relacionados a seus contextos regionais.

A heterogeneidade de atuação dos governos estaduais também fica evidente com relação à adoção de medidas para o enfrentamento da covid-19 no Brasil (Moraes, 2020). Em função da omissão federal em coordenar nacionalmente as ações, os governos subnacionais, sobretudo os estados, assumiram tal protagonismo (Abrucio et al., 2020, Kerr et al., 2020). Na ausência de coordenação nacional, a minimização dos danos provocados pela pandemia implicava na necessária atuação coordenativa por parte dos governos estaduais, pelo menos no âmbito de suas jurisdições.

## Antecedentes históricos do padrão (não) coordenativo no Rio Grande do Norte

Em termos de contexto socioeconômico, assim como outros estados da região Nordeste, o RN tem um número elevado de sua população em situação de alta vulnerabilidade social e, como consequência, a maioria da população depende exclusivamente dos serviços do SUS, mais de 80%, de acordo com estimativas do Datasus. Estimativas do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS/MS), por exemplo, apontam para uma taxa de cobertura de planos privados de saúde de apenas 16% da população do RN em 2020. A despeito disto, a trajetória histórica de ações de cooperação do governo do estado com os municípios, na prática, nunca existiu antes da pandemia. Esse histórico já havia sido discutido pelo atual secretário de saúde do estado do RN, Cipriano Vasconcelos, nos idos de 1997. Vasconcelos (1997) argumenta que o estado, no período de 1989 a 1995, escolheu retardar a implantação da reforma sanitária, perpetuando-se apenas como provedor de serviços de saúde, isto é, sem um papel de cogestor.

Nesse sentido, o processo de municipalização, previsto no desenho do SUS, não foi coordenado

e muito menos induzido pela Secretaria de Saúde Pública (SESAP) do estado do RN. À época, houve a postergação da criação da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde. Segundo Vasconcelos (1997), isso foi resultado da inexistência de um movimento sanitarista estadual capaz de influenciar a agenda decisória do governo e da predisposição da elite política do estado na manutenção de práticas clientelistas.

Essa trajetória não foi alterada nos anos seguintes, nos quais ocorreram as principais reformas administrativas que, ao estipularem as atribuições das secretarias do governo do RN, não incluíram a função coordenativa do governo estadual na saúde (Silva, 2020). Além disso, não houve disposição de nenhuma estrutura ou apoio para que os municípios implantassem o Programa de Saúde da Família, principal política de atenção básica promovida pelo governo federal. A municipalização da atenção básica foi, portanto, efetivada por indução federal, ficando o governo estadual à margem de tal processo (Araújo, 2000).

A mudança na atuação do governo estadual só ocorreu durante o mandato de Wilma de Faria (2003-2010), do PSB. Com uma eleição marcada pelo rompimento da governadora com as oligarquias tradicionais, o estado passou a se aproximar de especialistas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que atuavam no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC). O NESC, capitaneado por Cipriano Vasconcelos, firmou um convênio com a SESAP e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para revisar o Plano Diretor de Regionalização, que havia sido discutido no início dos anos 2000 e publicado em 2004 (Silva, 2020). Em um dos seminários promovidos pela parceria, o então secretário adjunto, Petrônio Spinelli, apontou: “é preciso que o estado esteja voltado para o trabalho de apoio, coordenação, para construir o SUS efetivamente.” (Vasconcelos; Pinheiro, 2008, p. 88-89).

Naquele período, o estado dispôs de recursos para cofinanciar a atenção básica e farmacêutica, o que havia sido previsto no Plano Estadual de Saúde de 2010-2011 (Rio Grande do Norte, [2008]). No entanto, essa mudança não teve continuidade nos governos seguintes, não alterando a atuação do estado enquanto prestador de serviços de saúde.

Importa destacar que, em 2006, entrava em vigor o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), normativa federal que, dentre outras coisas, aprofundou a prerrogativa cooperativa dos governos estaduais e imputou aos municípios a responsabilidade pela atenção integral à saúde de sua população.

A trajetória da política de saúde do RN ficou marcada por uma omissão coordenativa do governo estadual. Não houve uma aproximação do estado com as gestões locais no apoio ao processo de municipalização da atenção básica, na medida em que optou por manter-se enquanto executor de serviços. Compactuam desse diagnóstico membros da atual burocracia de alto escalão da SESAP (Silva, 2020), o que parece ser componente essencial para as tentativas de mudanças no padrão de relacionamento entre o estado e os municípios durante a pandemia.

Nessa linha, a análise mostra que o início da pandemia e a necessidade de uma resposta rápida pelo governo estadual abriram uma janela de oportunidade para o estado tornar-se coordenador das ações de combate à pandemia no âmbito do seu território, algo que já estava presente no diagnóstico construído pelos especialistas do NESC/UFRN, e que passaram a ocupar cargos no alto escalão do novo governo, em 2019. De forma inédita, o governo do RN passou a normatizar ações perante a pandemia que seriam válidas para todos os municípios do estado. A próxima seção apresenta um breve registro do momento inicial dessas ações, que evidencia um padrão coordenativo impositivo por parte do governo estadual e da inflexão para uma coordenação negociada.

## Da coordenação federativa “imposta” à coordenação “negociada”: mudanças e continuidades na política de saúde do Rio Grande do Norte

Eleita em 2018, a atual governadora, Fátima Bezerra, do Partido dos Trabalhadores (PT), indicou para a liderança da SESAP o professor universitário Cipriano Maia, um dos fundadores do NESC/UFRN, filiado ao partido e que já havia sido secretário de saúde da capital, Natal. Ele e outros membros de sua

equipe discutiam a ausência de coordenação estadual na saúde mesmo antes do mandato e, quando iniciaram sua gestão, estabeleceram como prioridade a efetivação do processo de regionalização a ser conduzido pela SESAP (Silva, 2020).

Para alterar a trajetória anterior de “administrador de serviços”, diversas mudanças foram propostas pelo executivo estadual logo no início da gestão, em 2019, incluindo um projeto de lei dos consórcios regionais (interfederativo) de saúde e outro para a regulamentação do fundo estadual de saúde, aprovado em janeiro de 2020 (Rio Grande do Norte, 2020a) e regulamentado em março de 2020, já durante a pandemia (Rio Grande do Norte, 2020b). A norma legal que cria o Fundo deixa explícito o papel de coordenação da Secretaria estadual de saúde no gerenciamento e aplicação dos recursos (art. 3º). A Lei dos consórcios regionais de saúde (Rio Grande do Norte, 2020e), ainda que tenha sofrido algumas críticas de deputados de oposição na Assembleia Legislativa, foi aprovada no final de 2020. Um dos entrevistados aponta que a norma foi inspirada no modelo cearense, que busca expandir os serviços de saúde de média e alta complexidade de maneira regionalizada e seguir a lógica de cofinanciamento com recursos estaduais e municipais, o que, segundo os entrevistados, está sendo negociado com cada regional de saúde.

Segundo relatos dos entrevistados, a pandemia reforçou esses esforços de fortalecimento do papel de coordenação do governo estadual, que já estava na agenda. As medidas tomadas pela governadora em termos de normatização estadual, no início da crise pandêmica, foram inéditas na história de políticas de saúde no RN, sendo bastante abrangentes e fortemente vinculantes, inclusive para os municípios (Gomes, 2020; Gomes; Santos, 2020). Os decretos editados não apenas ampliaram a suspensão de atividades e funcionamento de estabelecimentos públicos e privados, como também acabaram por constrianger os municípios potiguares a seguir tais normatizações, que foram, na maior parte das vezes, cumpridas ou, ainda, reforçadas, como os casos de estabelecimento de *lockdown* por iniciativa própria dos municípios. A maioria das decisões do governo do RN foi tomada antes da confirmação de casos em volume significativo,



os prefeitos das três maiores cidades do estado editaram decretos que anulavam as medidas estaduais (Gomes, 2020). O prefeito da capital, Álvaro Dias, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) - polo político oposto ao da governadora -, afirmou em seu decreto municipal, que a governadora “usurpou parte das competências municipais, especificamente o horário do funcionamento do transporte público desta Capital, o funcionamento do comércio e serviços essenciais e a feiras livres” (Natal, 2020). Algo similar se observa em Mossoró, município comandado pela ex-governadora Rosalba Ciarlini Rosado (filiada ao Progressistas), e em Parnamirim, governado por Rosano Taveira (filiado ao Republicanos). Assim como Natal, Mossoró e Parnamirim também eram governados por opositores da governadora Fátima Bezerra (PT). Pela primeira vez, estado e municípios entraram em desacordo, politizando as decisões e normativas.

Aos poucos, o executivo do estado alterou a forma de produzir a coordenação estadual de medidas para combate ao novo coronavírus, ampliando a negociação com os municípios. O caso da Operação Pacto pela Vida - criado em maio de 2020 e que previa ações de fiscalização das medidas sanitárias pelas forças policiais estaduais - é um marco dessa mudança. Antes de emitir um novo decreto, a governadora passou a negociar e convencer os prefeitos do estado por meio de videoconferências até atingir a adesão de todos os 167 municípios nas oito regiões de saúde do estado. Em quatro de junho, a governadora emitiu o Decreto Estadual nº 29.742/2020 (Rio Grande do Norte, 2020d), normatizando os termos da colaboração estadual.

As instâncias formais de pactuação não foram utilizadas como mecanismos de negociação e coordenação das ações durante a pandemia, exceto para a pactuação de distribuição de alguns poucos recursos vinculados a ações de combate da covid-19. Segundo relatado por um dos entrevistados, participante desses colegiados, apesar da existência da Comissão Intergestores

Bipartite (CIB) e dos colegiados regionais de saúde, há negociações feitas fora dessas arenas entre gestores estaduais e municipais que envolvem poucos municípios. No caso da CIB, as poucas decisões relacionadas ao combate à pandemia teriam sido resultado da pressão dos municípios demandando uma tomada de decisão conjunta e de sua implementação efetiva. No caso dos colegiados regionais, ainda de acordo com o entrevistado, a participação dos municípios tende a ser maior, já que os comitês regionais incluem representantes do estado, dos municípios e das universidades que estão nos territórios das regionais. Esses fóruns regionais teriam sido fundamentais para definição dos planos de contingência, que foram elaborados conforme diretrizes do planejamento estadual.

O rompimento do padrão histórico de baixa iniciativa de pactuação entre estado e municípios no RN também produziu mudanças, embora limitadas, no que se refere à expansão das vagas de UTI durante a pandemia.<sup>4</sup> O legado histórico do estado em se perpetuar enquanto o principal provedor de serviços de saúde, com baixa capacidade de regionalização, implicou na coexistência de estabelecimentos municipais e estaduais na oferta de serviços de média e alta complexidade, concentrados em duas cidades: Natal e Mossoró.

Nesse sentido, a pandemia funcionou como uma janela de oportunidade (Kingdon, 1995) para a mudança desse quadro, permitindo a reestruturação dos hospitais regionais para recebimento de pacientes acometidos pela covid-19, com abertura de leitos clínicos e de UTI nas Regiões de Saúde do estado. Conforme relatado por um dos entrevistados, gestor estadual, o objetivo era ampliar o acesso a partir do investimento em hospitais regionais em municípios estratégicos, como Santa Cruz, São Gonçalo do Amarante e Parnamirim, a partir de cofinanciamento com municípios. Os recursos estaduais e federais passaram, assim, a ser canalizados para a materialização da regionalização dos serviços de média e alta complexidade. Embora esse movimento

---

4 Ainda em fins do mês de março, a SESAP lançou edital para instalação de um hospital de campanha na capital. No entanto, essa tentativa foi frustrada, gerando, inclusive, termo de ajustamento de conduta assinado pelo governo do estado em atuação conjunta do Ministério Público Estadual e Federal. A contratação não se efetivou, fazendo com que o governo do estado optasse por contratar leitos de hospitais filantrópicos e, também, por estruturar seus hospitais regionais.

de regionalização esteja atrelado à oferta de serviços de atendimento de pessoas contaminadas com a covid-19, é inegável que essa reestruturação dos hospitais modificou a dinâmica da atenção secundária e terciária do SUS no estado.

A Tabela 1 mostra essa ampliação a partir do número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) habilitados nas três esferas de governo e por regiões de saúde, em janeiro de 2020 - portanto, antes da pandemia - e fevereiro de 2021.

**Tabela 1 – Número de Leitos habilitados de Unidade de Terapia Intensiva adulto (I, II, III e covid) no Rio Grande do Norte em janeiro de 2020 e fevereiro de 2021, por Região de Saúde**

Região de Saúde	Período	Federal	Estadual	Municipal	Total
1 Região de Saúde - São José de Mipibu	Jan/2020	0	0	0	0
	Fev/2021	0	6	0	6
2 Região de Saúde - Mossoró	Jan/2020	0	9	0	56
	Fev/2021	0	18	0	105
3 Região de Saúde - João Câmara	Jan/2020	0	0	0	0
	Fev/2021	0	0	5	5
4 Região de Saúde - Caicó	Jan/2020	0	0	0	0
	Fev/2021	0	35	0	35
5 Região de Saúde - Santa Cruz	Jan/2020	0	0	0	0
	Fev/2021	0	6	5	11
6 Região de Saúde - Pau dos Ferros	Jan/2020	0	6	0	6
	Fev/2021	0	16	0	16
7 Região de Saúde - Metropolitana	Jan/2020	25	62	10	145
	Fev/2021	25	113	20	212
8 Região de Saúde - Açu	Jan/2020	0	0	0	0
	Fev/2021	0	10	0	10
Total	Jan/2020	25	77	10	207
	Fev/2021	25	204	30	400

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES<sup>5</sup>

Como se observa, cinco regiões de saúde não dispunham de nenhum leito de UTI antes da pandemia. No ano seguinte, havia leitos desse tipo instalados em todas as regionais. A quantidade total de leitos nos hospitais estaduais cresceu cerca de 165% (criação de 127 leitos). Na rede municipal, por sua vez, verificou-se que o número de leitos saiu de 10, no início de 2020, para 30, em fevereiro de 2021 (200%). Nesse caso, houve a abertura de UTI nos hospitais da região metropolitana - de Santa Cruz e de João Câmara. Portanto, o governo estadual optou pela expansão de sua própria rede de serviços nas regionais e, somente em alguns casos, houve uma expansão de serviços municipais.

É possível, assim, dizer que há um reforço de padrões históricos anteriores - de retardamento da municipalização da saúde no estado e de baixa institucionalização cooperação estado-local (Silva, 2020) -, que resultam na monopolização da oferta de média e alta complexidade pelos estabelecimentos estaduais. Mesmo com a ampliação da atuação coordenativa estadual, a existência de hospitais estaduais nas regiões de saúde do RN parecer ter sido situação primordial na decisão tomada pela SESAP quanto ao formato da regionalização escolhida.

Ainda assim, a proeminência estadual em coordenar as ações de combate à pandemia inaugurou um novo padrão de atuação do governo estadual

<sup>5</sup> Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 18 jul. 2022.

nas políticas de saúde local, mesmo que limitada. Esse momento pode ser entendido como o de abertura de uma janela de oportunidade para a mudança na agenda governamental. Contribuiu, para isso, a falta de interesse do governo federal em promover uma coordenação e normatização nacional das ações de combate à pandemia, expandindo o espaço para coordenação interfederativa por parte dos estados.

De acordo com um dos entrevistados, gestor estadual:

*a pandemia trouxe a necessidade de fortalecimento do pacto federativo. [...] O estado teve que assumir medidas e ações que eram para ser conduzidas a nível nacional. Então, mudanças quatro vezes de ministro da Saúde frente a um contexto de pandemia, além disso, ausência em vários momentos de ajudas emergenciais, mudanças na condução da política, ausência de protocolos claros e questões ideológicas perpassando a discussão sobre evidências científicas, elas atrasaram e fizeram com que os estados tivessem que assumir outras coisas. (Entrevistado 1)*

No entanto, apesar de fortalecer seu papel enquanto coordenador de ações no início da pandemia, a estratégia inicial de decisões hierárquicas, impositivas e sem articulação prévia com os municípios gerou uma reação contrária nos gestores municipais, a de não adesão às medidas. O fracasso dessa primeira experiência coordenativa parece ter levado ao aprendizado do governo estadual, que passou a promover ações a partir de negociações e pactuações com os municípios, dispondo de efetivos policiais para a fiscalização das medidas sanitárias e, também, ampliando a oferta de serviços de média e alta complexidade nas diversas regiões de saúde.

Apesar dessas mudanças, a desconsideração da CIB como arena de pactuação e deliberação e a manutenção do governo estadual como principal provedor de serviços deixam claro o efeito do *path dependence* nas decisões relacionadas ao combate à pandemia proferidas pela SESAP.

## Considerações finais

A pandemia funcionou como um choque exógeno que induziu uma mudança no padrão de atuação do governo do RN na política da saúde. O cenário de crise

sanitária combinado à presença de especialistas no alto escalão da secretaria estadual, que historicamente compactuavam com o diagnóstico de uma fragilidade de coordenação estadual, explicam essa mudança na agenda estadual. A ausência de uma coordenação nacional também impulsionou esse processo, fazendo com que, desde o início da pandemia, o RN e outros estados brasileiros dessem respostas próprias de combate à pandemia. O caso do estado estudado, no entanto, mostra que a simples abertura de uma janela de oportunidade (Kingdon, 1995) para a mudança não produz, automaticamente, os resultados desejados. Este artigo mostra que o peso do autorreforço (ou *increasing returns*) - especificação dos efeitos do legado histórico (Pierson, 2000) - atua como um mecanismo que produz dinâmicas inerciais difíceis de romper com o passado. No início da pandemia do novo coronavírus, a centralização das decisões no executivo estadual gerou uma inédita atuação coordenadora no estado.

Momentos de crise são, potencialmente, capazes de gerar ação coletiva e maior cooperação (Agranoff, 2012; Migone, 2020). A crise sanitária surgiu em um momento em que os gestores em ascensão no governo e na secretaria de saúde do RN, em 2019, eram membros de uma comunidade de atores sanitaristas com uma visão comum de que era preciso romper com o padrão de não coordenação no estado. O combate à pandemia funcionou como uma janela de oportunidade para o avanço dessa agenda. A cooperação, porém, além dos fatores e condições institucionais necessários, é também resultado das estratégias escolhidas. No início, o governo do RN adotou normatizações de natureza mais impositiva e hierárquica do que colaborativa, o que não produziu a adesão esperada dos municípios, visto que estes têm autonomia política e administrativa na federação brasileira. A identificação desse gargalo foi central para que o executivo estadual alterasse sua estratégia de coordenação, ao adotar princípios mais afeitos ao federalismo brasileiro e à própria estrutura de governança do SUS: indução por meio do diálogo e de pactuações.

Ainda que a liderança estadual e a pandemia tenham levado a uma inédita coordenação estadual, prevalece a ausência de mecanismos de coordenação que fortaleçam a capacidade administrativa, financeira e de provisão de serviços dos municípios. No entanto,

o aprendizado da colaboração estado-município durante a pandemia, no caso do RN, parece resultar em uma experimentação necessária para, potencialmente, produzir novas formas de interação e diálogo mais perenes. Nesse sentido, a crise sanitária parece contribuir para uma mudança do cenário de relações entre o governo do RN e seus municípios. Resta saber se isto será permanente ou transitório, e se fenômenos similares estão ou não ocorrendo em outros estados brasileiros.

## Referências

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 24, p. 41-67, 2005. DOI: 10.1590/S0104-44782005000100005
- ABRUCIO, F. L. *Os barões da Federação: Os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- ABRUCIO, F. L. et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: Um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020. DOI: 10.1590/0034-761220200354
- AGRANOFF, R. *Collaborating to Manage: A primer for the Public Sector*. Washington, DC: Georgetown University Press, 2012
- ARAÚJO, M. S. de S. *Água mole em pedra dura? As mudanças organizacionais na Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte após a implantação do programa de saúde da família*. 2000. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.
- ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999. DOI: 10.1590/S0102-69091999000200009
- ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- BICHIR, R.; JUNIOR, S. S.; PEREIRA, G. Sistemas Nacionais de Políticas Públicas e seus efeitos na implementação: O caso do Sistema único de Assistência Social (Suas). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 35, n. 102, p. 1-23, 2020. DOI: 10.1590/3510207/2020
- 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto399_22_02_2006.html). Acesso em: 18 jul. 2022
- CAVALCANTE, P.; RIBEIRO, B. B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1459-1477, 2012. DOI: 10.1590/S0034-76122012000600003
- FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos Recíprocos entre Federalismo e Políticas Públicas no Brasil: os casos do sistema de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. de. *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 363-392.
- GOMES, S. Políticas nacionais e implementação subnacional: uma revisão da descentralização pós-Fundef. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 659-690, 2009. DOI: 10.1590/S0011-52582009000300004
- GOMES, S. *As ações de combate e prevenção ao COVID-19 no município de Natal e as estratégias de indução do governo do Rio Grande do Norte*. Natal: NEPOL - Portal do Núcleo de Estudos sobre Política Local, 2020. Disponível em: <https://nepolufjf.wordpress.com/2020/04/11/as-acoes-de-combate-e-prevencao-ao-covid-19-no-municipio-de-natal-e-as-estrategias-de-inducao-do-governo-do-rio-grande-do-norte/> Acesso em: dd mmm aaa.
- GOMES, S.; SANTOS, A. C. dos. Gargalos de implementação: a hora e a vez dos pobres, negros e vulneráveis na pandemia do Rio Grande do

- Norte. Rio de Janeiro: Especial ABCP, 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-acoes-rio-grande-norte-enfrentamento-pandemia>. Acesso em:
- JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 1-12, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00037519
- KERR, L. et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 4099-4120, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202510.2.28642020
- KINGDON, J. *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Pearson Longman, 1995.
- LICIO, E. C. Contribuições do Programa Bolsa Família para a gestão das políticas sociais. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 64, n. 3, p. 309-326, 2013. DOI: 10.21874/rsp.v64i3.126
- LIMA, L. D. de. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700030
- MENICUCCI, T.; MARQUES, A. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016. DOI: 10.1590/00115258201693
- MIGONE, A. R. Trust, but customize: federalism's impact on the Canadian COVID-19 response. *Policy and Society*, Oxford, v. 39, n. 3, p. 382-402, 2020. DOI: 10.1080/14494035.2020.1783788
- MORAES, R. F. de. *Nota Técnica nº 16*. Medidas Legais de Incentivo ao Distanciamento Social: Comparação das Políticas e Governos Estaduais e Prefeituras das Capitais No Brasil. Brasília, DF: Ipea, 2020.
- NATAL. Decreto nº 11.939, de 9 de abril de 2020. *Estabelece novas medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia decorrente do novo coronavírus (Covid-19), e define outras medidas*. *Diário Oficial do Município*, Natal, p. 1, 9 abr. 2020.
- PIERSON, P. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, Ann Arbor, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000. DOI: 10.2307/2586011
- RIO GRANDE DO NORTE. *Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte: gestão 2008/2010 - vigência 2010/2011*. [2008].
- RIO GRANDE DO NORTE. Lei Complementar nº 663, de 13 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte (FES/RN). *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte*, Natal, 14 jan. 2020a.
- RIO GRANDE DO NORTE. Decreto nº 29.543, de 20 de março de 2020. Regulamenta o Fundo Estadual de Saúde, de que trata a Lei Complementar Estadual nº 663, de 13 de janeiro de 2020. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte*, Natal, 21 mar. 2020b
- RIO GRANDE DO NORTE. Decreto nº 29.630, de 22 de abril de 2020. Declara Estado de Calamidade Pública nas áreas dos Municípios do Estado do Rio Grande do Norte afetados por desastre natural biológico por epidemia de doenças infecciosas virais que provoca o aumento brusco, significativo e transitório da ocorrência de doenças infecciosas geradas por vírus (COBRADE/1.5.1.1.0 - Doenças Infecciosas Virais), e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte*, Natal, 22 abr. 2020c.
- RIO GRANDE DO NORTE. Decreto nº 29.742 de 4 de junho de 2020. Institui a política de isolamento social rígido para enfrentamento do novo coronavírus (COVID-19) no Estado do Rio Grande do Norte, impõe medidas de permanência domiciliar, de proteção de pessoas em grupo de risco e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte*, Natal, 4 jun. 2020d.
- RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 10.798 de 16 de novembro de 2020. Dispõe sobre a participação do Estado do Rio Grande do Norte nos consórcios interfederativos de saúde, nos termos da Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte*, Natal, 16 nov. 2020e.

SEGATTO, C. I. Policy diffusion in subnational governments: state-local relationships in the Brazilian education policy. *Regional & Federal Studies*, Abingdon, v. 28, n. 1, p. 79-100, 2018. DOI: 10.1080/13597566.2017.1409732

SEGATTO, C. I.; ABRUCIO, F. L. Os múltiplos papéis dos governos estaduais na política educacional brasileira: os casos do Ceará, Mato Grosso do Sul, São Paulo e Pará. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1179-1193, 2018.

SILVA, A. L. N. da. *Os Estados Importam!* Determinantes da cooperação subnacional nas políticas de educação e saúde do Brasil. 2020. 324 f. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2020.

TENDLER, J. *Bom Governo nos Trópicos: Uma visão crítica*. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, 1998.

VASCONCELOS, C. M. *Atores e interesses na implementação da reforma sanitária no Rio Grande do Norte*. 1997. 200 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1997.

VASCONCELOS, C. M.; PINHEIRO, T. X. de A. (Org.). *Implementação da Regionalização da Saúde no RN*. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2008. Disponível em: [http://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/201922222027436263549c549fecbe7d7/Livro1\\_Implementacao\\_Regionalizacao\\_RN.pdf](http://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/201922222027436263549c549fecbe7d7/Livro1_Implementacao_Regionalizacao_RN.pdf). Acesso em: 17 jul. 2022

VIANA, A. L. D'Á. et al. Novas perspectiva para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, A. L. D'Á.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300016

---

## Agradecimentos

Os autores agradecem as críticas e sugestões de Telma Menicucci e Damião Ernane de Souza a versões preliminares deste texto, assim como pelas valiosas recomendações de ajustes feitas pelos pareceristas anônimos da Revista *Saúde e Sociedade*.

## Contribuição dos autores

A concepção do estudo e a estruturação dos tópicos foram feitas pelos quatro autores em comum acordo. Gomes e Santos coletaram e analisaram os dados epidemiológicos do RN. Silva e Segatto redigiram o arsenal teórico e analítico. Gomes, Silva e Segatto produziram a coesão do texto e redigiram a introdução e conclusão.

Recebido: 19/01/2022

Reapresentado: 20/10/2021; 19/01/2022

Aprovado: 21/02/2022