

A EXPERIÊNCIA DO PARTIDO DOS TRABALHADORES NA CONSTRUÇÃO DE PROCESSO E PRÁTICAS DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS

Silvana Souza da Silva Pereira¹

André Luís Bonifácio de Carvalho²

Rogério Carvalho dos Santos³

Jorge Solla⁴

Heider Aurélio Pinto⁵

Sandra Maria Sales Fagundes⁶

Károl Veiga Kabra⁷

Alcindo Antônio Ferla⁸

Cipriano Maia⁹

A trajetória histórica dos governos do PT à frente das gestões estaduais mostra a sua importância na construção e fortalecimento do SUS como política de Estado, na perspectiva de uma construção sistêmica, com abordagem voltada para a intervenção sobre os determinantes sociais de saúde, aspectos que serão destacados no delineamento das experiências dos governos estaduais do Rio Grande Sul, Bahia, Sergipe e Rio Grande do Norte, abordadas neste artigo.

Tal escolha justifica-se por ter sido o Rio Grande Sul um dos primeiros estados a experienciar uma gestão do PT no final da década de 1990; a Bahia, por ter sido o estado com o maior período de gestões ininterruptas; Sergipe,

por ter imprimido um conjunto de mudanças na legislação estadual, trazendo um novo ordenamento jurídico-legal com a instituição do contrato de ação pública; e o Rio Grande do Norte, por ser o mais novo estado a ser governado pelo PT, quebrando décadas de governos conservadores.

Considerações iniciais

A Constituição de 1988 estabeleceu um novo regime de distribuição de competências federativas, de distribuições de recursos tributários e de gestão das políticas sociais, configurando um vigoroso movimento de descentralização para os municípios.

Para isso, introduziu um novo desenho de sistema político que propiciou o empoderamento de novos atores no cenário político nacional, criando meios para aumentar a sua capacidade efetiva de condução dos rumos das políticas públicas. O ato de especificar as atribuições dos entes subnacionais e de participação da sociedade na definição das políticas foi o que permitiu o reconhecimento da diversidade de demandas sociais anteriormente excluídas e sem capacidade de expressão.¹⁰

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a égide do federalismo cooperativo¹¹, foi uma experiência inovadora. Por este desenho federativo cabe à União as funções de planejamento, indução e coordenação nacional. Os estados têm o papel de regular, fiscalizar e controlar os serviços públicos e privados de saúde (art. 198 da CF) nos seus territórios. Os municípios, por sua vez, além de compartilharem funções de planejamento local, receberam a atribuição da prestação direta de ações, serviços de cuidados primários (ações de promoção à saúde e prevenção das doenças) e de média complexidade (exames, consultas especializadas e pequenas intervenções cirúrgicas).¹²

O SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, no qual os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome das necessidades locais, regionais, estaduais e nacional. No federalismo, todos os entes federados são cotitulares das responsabilidades na saúde e, ao mesmo tempo, todos precisam ter garantidas sua autonomia, ou seja, direção única para cumprir suas atribuições legais.¹³

Nesta perspectiva, podemos destacar que o processo de institucionalização do SUS – como política de caráter federativo e intergovernamental – vem estabelecendo gradualmente as novas competências e responsabilidades governamentais, que implicam constantes negociações e pactuações intergestores; estas, em meio a inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais, influem cotidianamente no exercício da gestão setorial muitas vezes em condições heterogêneas, diversas e plurais.

Cabe destacar que, no caso do SUS, além do desenvolvimento de toda a logística e a tecnologia de regulação para a prestação de atenção à saúde baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, temos a necessidade de um denso processo de planejamento com a mediação política entre os entes federados e a definição de diretrizes de saúde a partir dos espaços de participação e controle social.¹⁴

Sendo assim, podemos afirmar que estes aspectos, inerentes ao processo de institucionalização da gestão do SUS, precisam ser considerados para a construção de métodos que auxiliem os gestores a qualificar os processos e práticas de gestão influenciando de maneira positiva na tomada de decisão, com destaque para os gestores estaduais.

O papel federativo do gestor estadual e as gestões do PT

Ao longo destes mais de 25 anos de experiência em gestões estaduais, o Partido dos Trabalhadores, ao governar 14 dos 27 estados do Brasil, tem demonstrado à população o modo petista de governar e, em alguns casos, a reeleição provou que as políticas públicas implantadas foram aprovadas nas urnas.

É importante destacar que, após o ano de 2003, quando se iniciou a gestão do PT no poder executivo, a União embasou-se nas políticas que vinham sendo implementadas pelos estados e municípios geridos pelo PT, com destaque para o forte incentivo ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, o nível de atenção que mais tem condições de resolver os problemas de saúde da população. Também tinha a preocupação de atingir as regiões Sudeste e Sul, com ênfase nos grandes municípios, tendo

como base o Programa Saúde da Família e o Programa Mais Médicos, esse último extinto em 2019.

Nos quase 16 anos de gestão federal, interrompidos pelo golpe que levou ao *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, um conjunto de ações se consolidaram, com ênfase na garantia do acesso universal previsto na Constituição de 1988. Desta maneira, a atenção à saúde chegou a comunidades distantes, aldeias indígenas, pequenas cidades e grandes centros, comunidades ribeirinhas e quilombolas.

A função estratégica da universalização, integralidade e equidade em saúde já era compreendida desde o programa de governo de 2002, que orientou a primeira gestão encabeçada pelo PT no governo federal. O programa previa fortalecer a posição do governo no empenho ao cumprimento dos princípios do SUS, com destaque para a seguinte expressão:

...nosso governo trabalhará para garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, assim como a políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecimento e que promovam a qualidade de vida.¹⁵

Reforçando o exposto acima, destaca-se que, nos períodos compreendidos entre 2003 e 2010, o governo passa a perceber a saúde como fator relevante de geração de emprego e de renda, configurando-se como indicador de cidadania, assumindo papel importante no desenvolvimento socioeconômico nacional, mediante relação sistemática dos serviços em saúde com o setor industrial de base tecnológica, mecânica, eletrônica e de materiais.¹⁶

Para tanto, o governo federal se valeu da Constituição e – baseado nos princípios do chamado federalismo de equilíbrio, que segundo Horta (1988) busca dosar as competências federais e estaduais no sentido de equilibrar o ordenamento central e os ordenamentos parciais, fundamentando-se na definição dos poderes da União e dos demais entes federados – procurou construir um conjunto de agenda de pactuação de políticas públicas.

Está na repartição de competências a “chave” para lidar com uma das ambiguidades do federalismo, qual seja, a pretensão de manter a unidade na diversidade, por meio do delineamento da área de atuação constitucional de

cada um dos entes federados, situação fundamental para o exercício e o desenvolvimento das atividades normativas e consequente autonomia.¹⁷

Ao observarmos o art. 17 da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080), cabe ao estado, representado pela Secretaria de Estado da Saúde¹⁸:

Eixo	Competências
Descentralização político-administrativa	promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS.
Apoio técnico-financeiro	prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; coordenar, em caráter complementar, e executar ações e serviços de: a) vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) alimentação e nutrição; d) saúde do trabalhador; e participar, junto aos órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana.
Formulação de políticas	participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.
Apoiar na gestão e gerenciar serviços de saúde	identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; estabelecer normas, em caráter suplementar, para controle e avaliação das ações e serviços de saúde; formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano.
Ações de vigilância	colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada

Fonte: Adaptado do Art. 17 da Lei n. 8080/90.

Sendo assim, a referida regra jurídica dá ao Estado um papel de coordenador do SUS, com prerrogativa de ordenar o sistema de saúde estadual em relação aos seus serviços, ao planejamento estadual e regional e ao conjunto de seus municípios e legislar suplementarmente sobre saúde.¹⁹

O papel destes gestores é fundamental para o manejo dos processos e práticas de gestão, sendo patente que as inúmeras responsabilidades assumidas por eles se refletem num conjunto de ações impulsionadas pela dinâmica das pactuações e organização de serviços. É nesse contexto que apresentamos aspectos das gestões de estados governados pelo Partido dos Trabalhadores no período de 1999 a 2019 no Brasil, como destacado na tabela I abaixo.

Tabela I: Estados governados pelo Partido dos Trabalhadores no período de 1995 a 2019.

Regiões	Estados	Governadores	Período	
Nordeste	BA	Jaques Wagner	2007-2011/2011-2015	
	BA	Rui Costa	2015-2019/2019-em exercício	
	CE	Camilo Santana	2015-2019/2019-em exercício	
	PI		Wellington Dias	2003-2007/2007-2010
				2015-2019/2019-em exercício
	SE	Marcelo Deda	2007-2011/2011-2013	
RN	Fátima Bezerra	2019-em exercício		
Norte	AC	Jorge Viana	1999-2007	
	AC	Binho Marques	2007-2011	
	AC	Tiã Viana	2011-2019	
	AP	Dalva Figueiredo	2002-2003	
	AM	Ana Júlia Carepa	2007-2011	
Centro-Oeste	DF	Cristovam Buarque	1995-1999	
	DF	Agnelo Queiroz	2011-2015	
	MS	José Orcírio M. dos Santos	1999-2003/2003-2007	
Sudeste	ES	Vitor Buaiz	1995-1999	
	RJ	Benedita da Silva	2002-2003	
	MG	Fernando Pimentel	2015-2019	
Sul	RS	Olívio Dutra	1999-2003	
	RS	Tarso Genro	2011-2015	

Fonte: elaboração própria

Com base na tabela I acima podemos ver que o PT, em 25 anos, teve a oportunidade de governar 14 estados da federação, contemplando todas as regiões do país, mas com forte presença respectivamente no Nordeste, Norte e Sudeste, seguidos do Centro-Oeste e Sul.

Cabe destacar que o início das gestões do PT à frente dos governos estaduais se dá pelos estados do Distrito Federal (Cristovam Buarque) e Espírito Santo (Vitor Buaiz), em 1995. Na mesma década temos o Acre (Jorge Viana); Mato Grosso do Sul (José Orcírio) e Rio Grande do Sul (Olívio Dutra).

No que tange ao período de permanência no governo, destacam-se os estados do Acre (1999-2019); Piauí (2003-2010/2015-em exercício); Mato Grosso do Sul (1999-2003/2003- 2007); Bahia (2007-2015/2015-em exercício); Rio Grande Sul (1999-2003/2011-2015); Ceará (2015-2019-em exercício) e Sergipe (2007-2011/2011- 2013). O estado do Rio Grande do Norte se destaca como o mais novo estado a ser governado pelo PT, com mandato iniciado pela governadora Fátima Bezerra em 2019.

Cabe destacar que em dois dos estados na tabela I, Rio de Janeiro (2002 a 2003) e Amapá (2002 a 2003), o PT era vice; com o afastamento dos titulares, as vice-governadoras assumiram a gestão. Os estados que mais tiveram mandatos consecutivos no período em destaque foram Bahia (2007-2015/2015-em exercício) e Acre (1999-2019), sendo que o governador Wellington Dias (PI) foi governador por mais vezes no mesmo estado.

Agendas estratégicas e a atuação das gestões estaduais do PT na garantia do direito à saúde: os casos do Rio Grande do Sul, Bahia, Sergipe e Rio Grande do Norte.

No Brasil, a saúde é direito de todos e dever do Estado, fruto de um processo de luta pela redemocratização, inscrito na Constituição Federal de 1988 e base fundante do Sistema Único de Saúde. A participação da comunidade é uma das mais importantes diretrizes do SUS, regulamentada pela Lei n. 8.142/1990, que define duas instâncias colegiadas de participação da comunidade: as Conferências e os Conselhos de Saúde.²⁰

Os governos do PT são apoiados na ideia de que a participação possibilita a ampliação e o fortalecimento da democracia, propiciando uma

aproximação com os anseios, necessidades e expectativas da sociedade. Desenvolveram em suas gestões um conjunto de agendas que buscaram ampliar espaços de diálogos e incluir na cena das discussões setores historicamente excluídos do debate público, com o intuito de enfrentar diretamente os problemas de exclusão e desigualdade social. Sendo assim, destacamos a seguir alguns desses aspectos mencionados sobre a trajetória das gestões estaduais do PT nos estados selecionados.

Rio Grande do Sul²¹

Na chegada ao governo, em 1999, a nova gestão encontrou uma estrutura fragilizada e esvaziada de capacidade técnico-política por decorrência de ausência de concurso público para provimento e um plano de demissões voluntárias inspirado em iniciativa similar implementada na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso. A estratégia inicial da gestão petista foi realizar um planejamento participativo e a construção de um coletivo de gestão, que mobilizou as diversas áreas dos níveis central, constituído pela sede da secretaria em Porto Alegre e 17 Coordenadorias Regionais descentralizadas e sediadas em diversos municípios. Com os diferentes atores da gestão central e regional, foram formulados eixos estratégicos que nortearam a atuação integrada dos diversos setores.

O conceito de eixos estratégicos foi pautado no desafio de produzir tecnologias flexíveis, heterogêneas e capazes de apoiar e fortalecer as instâncias municipais, imprimindo, assim, a própria função de gestão estadual. Os eixos estratégicos foram assim formulados: a) descentralização da gestão; b) regionalização da atenção; c) integralidade da atenção; d) fortalecimento das instâncias de controle social e pactuação intergestores; e e) formação em saúde pública para o SUS. Essa formulação também buscava contrapor-se à centralização federal, à ordenação programática e à indução vertical que vinham sendo praticadas no âmbito federal, com participação frágil das esferas estaduais²².

Nos dois períodos, a experiência anterior em gestões municipais e o envolvimento dos dirigentes escolhidos com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e com a criação e implementação do Sistema Único de

Saúde foram características fortes do perfil dos dirigentes escolhidos para a gestão da saúde.

Sendo assim, em ambos os períodos, a saúde foi destacada na agenda da gestão estadual, com apoio do governo como um todo, seja por meio do fortalecimento das políticas de saúde, seja pela implementação de políticas intersetoriais, formando o que se conheceu como “Gestão Solidária da Saúde”, que envolveu diversas inovações no âmbito da organização do sistema estadual de saúde²³. Já nos primeiros dias de governo, as estruturas descentralizadas da Secretaria, até então denominadas “Delegacias Regionais de Saúde”, foram transformadas em “Coordenadorias Regionais de Saúde”, adequando-as à cooperação técnica descentralizada.

Com o fortalecimento e a nova orientação política inaugurou-se um padrão de relações republicanas que foi incorporando outras iniciativas de cooperação técnica e financeira com os municípios. O objetivo foi o fortalecimento dos sistemas municipais, que contribuía para a organização de sistemas regionais e macrorregionais e para o fortalecimento do sistema estadual de saúde, com o desenvolvimento de mecanismos de monitoramento e avaliação.

Ainda em 1999 foi criado o programa Municipalização Solidária da Saúde, que inaugurou a cooperação financeira com fontes estaduais a todos os municípios a partir de critérios técnicos aferidos por meio de indicadores de saúde pactuados anualmente. A cooperação financeira consistia em transferências regulares e automáticas do Fundo Estadual de Saúde (FES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) para despesas previstas nos planos de saúde e prestação de contas por meio de relatórios de gestão, devidamente analisados e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde. A cooperação técnica se operacionalizava por meio da ação das áreas técnicas das CRS, que atuavam no apoio aos municípios de forma articulada às áreas técnicas do nível central e com ações de educação permanente em saúde por meio dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc), que, por sua vez, atuavam em estreita cooperação com a Escola de Saúde Pública (ESP/RS).

A ampliação na aplicação dos recursos de fonte estadual no financiamento das ações e serviços foi articulada com movimentos de equidade na distribuição, com a priorização das áreas com maior necessidade de investimento e que atingissem de forma mais igualitária a população. A

avaliação desse processo, de acordo com estudos externos à gestão estadual,²⁴ mostrou efetiva desconcentração da oferta de ações e produção da equidade na destinação de recursos estaduais. Fato que não surpreende, na medida em que foram mediados por relações republicanas e calculados com base em critérios técnicos discutidos e aprovados nas instâncias de pactuação e controle social²⁵.

Diante da insuficiência do financiamento federal para a atenção à saúde, foram planejadas e implementadas no período três iniciativas de cooperação financeira com municípios-polo e serviços.

A “Fração Regionalização” da Municipalização Solidária da Saúde, cujos recursos financeiros eram transferidos com base na relevância regional e/ou para atividades de assistência em outros municípios, apoiou serviços públicos municipais de referência regional no âmbito dos municípios-polo, com planejamento e pactuação regionais, bem como monitoramento e avaliação para embasar ações de regulação assistencial. A iniciativa de uma Política Estadual de Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos Usuários do SUS (“Saúde Solidária”), também instituída no ano de 1999 para o reordenamento da atenção hospitalar, estabeleceu um financiamento com fonte estadual para o fortalecimento da assistência hospitalar no SUS e para a implementação de modalidades assistenciais adequadas ao perfil dos territórios, como hospital-dia e internação domiciliar, por exemplo, associada à cooperação técnica e a iniciativas de desenvolvimento da gestão dos serviços.²⁶

A partir de 2011, o Governo do Estado reassumiu a responsabilidade e o papel de indutor de processos de qualificação e ampliação do acesso da população a serviços de Atenção Básica/Saúde da Família, com amplo aporte de recursos financeiros e estruturação de apoio institucional às gestões municipais e equipes de saúde da família. A indução técnica e financeira para ampliação e qualificação das redes de atenção do período anterior da gestão petista foi retomada e qualificada, com novas estratégias de apoio às redes prioritárias para o SUS, redefinidas naquele ano pelo Ministério da Saúde, e articulando com ações de educação permanente em saúde, com participação relevante da Escola de Saúde Pública e das Coordenadorias Regionais de Saúde.

A Educação permanente é sustentada em uma reflexão crítica sobre as práticas reais, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde, buscando a transformação das práticas profissionais e a reorganização do trabalho, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas. Ela é associada ao cofinanciamento estadual, que incorporou uma lógica para reduzir as iniquidades no Estado e priorizar a expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, tendo como diretrizes a promoção da Equidade e a Qualidade dos serviços.²⁷

A ampliação das equipes da Estratégia de Saúde da Família não seria possível sem a criação do Programa Mais Médicos (PMM) no governo Dilma em 2013. O RS recebeu 1200 profissionais distribuídos em 348 municípios.

O estado do Rio Grande do Sul é pioneiro na aprovação da Lei Estadual n. 9.716/92, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica. Durante o período de sua implementação, foram implantados serviços muito potentes no âmbito estadual e municipal, como serviços ambulatoriais substitutivos, residenciais terapêuticos, linhas de cuidado a partir da atenção básica, entre outros. Há um avanço importante nessa política nos dois períodos em análise, que foi reconhecido por meio de diversos prêmios recebidos de instituições nacionais e internacionais.²⁸

No período entre 1999 e 2002, com base nessa lei, foram produzidas iniciativas com grande potencial de inovação e inscrição de conceitos no processo de reforma psiquiátrica brasileira²⁹.

O projeto São Pedro Cidadão, que utiliza a parte mais conhecida do nome do maior complexo manicomial do estado, foi implementado a partir de 1999 como um conjunto inovador de práticas e modalidades tecnoassistenciais para o cuidado psicossocial em liberdade e a reinserção das pessoas com doenças mentais. O projeto buscou fortalecer uma rede de ação integral à saúde mental, mas que também teve por objetivo a reinserção social de seus usuários através de moradias para aqueles que não têm para onde ir e a garantia de oportunidade de trabalho. Envolveu diferentes secretarias do Estado, como a do Turismo, com ações de visita dos usuários das cidades gaúchas em busca da reconexão com suas origens; a de Educação, promovendo a alfabetização e a escolaridade dos usuários e trabalhadores.

Por esses motivos, o DNA da gestão solidária em relação à saúde pública que encontramos em diversos estados brasileiros – inclusive em

outros governos progressistas não geridos apenas pelo PT – tem base nessas gestões estaduais em saúde realizadas no Rio Grande do Sul.

Bahia

Na Bahia, durante todas as gestões (2007 a 2011; 2011 a 2015; 2015 a 2019; 2019 – em exercício) foram elaborados os Planos Estaduais de Saúde (PES). Já no primeiro PES, o processo de elaboração foi resultado de uma construção coletiva, com a participação de diversos atores sociais envolvidos com o SUS:

gestores do nível estadual e dos municípios, trabalhadores do SUS nos diversos componentes da gestão e da atenção, usuários do sistema dos diversos níveis de complexidade organizacional, conselheiros de saúde estaduais, municipais e parceiros de diversas ordens, incluindo-se prestadores de serviços contratados e conveniados, organizações não governamentais (ONG) colaboradoras, universidades e centros de pesquisa.³⁰

Todo esse processo de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESBA) foi baseado no PlanejaSUS³¹, uma estratégia nacional para efetiva implantação do SUS que permitiu uma pactuação tripartite com base em planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, promovendo a participação social. Os instrumentos utilizados nesse processo são: Plano de Saúde, Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão quadrimestrais e anuais³².

Assim, a Secretaria da Bahia, desde o seu primeiro processo de planejamento até hoje, pauta-se por uma construção coletiva conferindo mais legitimidade ao processo e transparência às suas intenções/ações, permitindo acompanhamento pela sociedade e órgãos de controle. O Planejamento é ideologicamente alicerçado na Reforma Sanitária Brasileira, sendo o cidadão o centro das políticas públicas de saúde.

Em relação ao indicador de condições sensíveis à Atenção Básica, ou seja, ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária³³, pode-se observar uma tendência de decréscimo nas mesmas proporções do Rio Grande do Sul, abaixo da média no Brasil e da Região Sul do país. E, desde 2011, a Bahia possui proporção

igual ou menor a 28,6%, parâmetro considerado adequado pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que corresponde a um conjunto de indicadores simples e compostos que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes³⁴.

A gestão estadual de saúde da Bahia envidou esforços para a reorganização da atenção à saúde de todo o estado, pautada numa Gestão Solidária e no fortalecimento da Atenção Básica³⁵ por meio das seguintes linhas estratégicas:

- Educação Permanente para Atenção Básica;
- Qualificação da Infraestrutura da Atenção Básica;
- Qualificação do Processo de Trabalho e da organização dos serviços de Atenção Básica;
- Promoção de ações que visam à transversalidade da Saúde Bucal em todas as Redes de Atenção à Saúde;
- Aprimoramento das Ações da Atenção Básica;
- Fortalecimento da integração das ações de Atenção Básica com a Vigilância em Saúde;
- Fomento à atenção integral e Equitativa;
- Estímulo e apoio aos processos de articulação setorial, envolvendo a Atenção Básica;
- Fomento ao processo de incorporação das Práticas Integrativas e Complementares da Atenção Básica.

Foi assim que, em 2013, foi publicado o Decreto estadual n. 14.457, que aprovou a Política Estadual de Atenção Básica na Bahia. Este Decreto comprova a iniciativa de um estado no planejamento, coordenação e financiamento da saúde em seu território, incluindo a Atenção Básica. Essa ação foi importante para que os municípios não ficassem isolados para cumprirem com suas responsabilidades nesse nível de atenção.

O reconhecimento de que a Atenção Básica é a porta de entrada mais qualificada para os cidadãos permitiu que toda a organização do sistema de saúde fosse pautado a partir dela. Mesmo sem ser o gestor direto da atenção básica, o estado da Bahia assumiu protagonismo ao implantar o cofinanciamento dessas ações e estrutura. Explícita, assim, em seu Decreto:

O Governo do Estado da Bahia, através da sua Secretaria de Saúde, financia a Atenção Básica principalmente por meio de:

- I. incentivo Financeiro Estadual para apoio no custeio de equipes;
- II. recursos de investimento para construção, reforma, ampliação de USF/UBS/Unidades de Apoio à Saúde da Família;
- III. aquisição de equipamentos.³⁶

Outro aspecto relevante diz respeito à implantação das fundações públicas de direito privado, denominadas Fundações Estatais, que não foram uma novidade das gestões da Bahia e de Sergipe em 2007. Elas já existiam no marco regulatório brasileiro desde o decreto 200 de 1968. O formato e o conteúdo mais recentes com os quais tais fundações têm sido pensadas e implementadas estão relacionados a inovações no conceito, na modelagem institucional e nos modelos de gestão que não estavam presentes no debate e na experiência anterior ao ano de 2005.³⁷

O conceito atual de Fundação está associado a dois processos articulados que aconteceram ainda no Governo Lula, em 2005. De um lado, os esforços de qualificação da gestão do Grupo Hospitalar Conceição, no Rio Grande do Sul, empreendidos pela equipe da direção do hospital e sujeitos que estavam então nos Ministérios da Saúde e do Planejamento, em busca de um modelo institucional que ampliasse ainda mais seu papel público, a agilidade, a efetividade e a qualidade dos serviços prestados à população. De outro, especialistas e gestores envolvidos na intervenção do Ministério da Saúde em 2005 no Rio de Janeiro que, frente ao colapso do setor hospitalar carioca, começaram a estudar alternativas de gestão que solucionassem os problemas desses serviços sem ceder à proposta neoliberal de privatização ou terceirização desses serviços³⁸.

Em síntese, as Fundações Estatais foram propostas como uma forma de superar modos tradicionais de gestão de instituições complexas; no entanto, enfrentam dificuldades decorrentes de uma institucionalidade clientelista, patrimonialista e burocrática do Estado brasileiro que tem reduzido sua capacidade de responder às necessidades sociais da maioria da população.³⁹

Sendo assim, em 2009, na Bahia, foi criada e implementada uma Fundação Estatal com vinculação direta à produção de insumos e produtos

farmacêuticos, a Bahia Farma, e outra formada por 69 municípios como uma instituição interfederada para atuação na Atenção Primária, a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS). Essa última, ao longo de sua existência, ampliou consideravelmente sua atuação no fortalecimento da atenção e formação em saúde e, mais recentemente, vinculando-se às ações do Consórcio Nordeste no enfrentamento da Covid-19.⁴⁰

A proposta da FESF-SUS foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pelo Conselho Estadual e pela Conferência Estadual de Saúde, integrante das políticas propostas em 2007 com o objetivo de expandir e qualificar a APS baiana. Foram implementados programas relacionados a: a) ampliação do financiamento da APS; b) formação, regularização, despreciação e qualificação dos vínculos de trabalho dos agentes comunitários de saúde e de combate às endemias; c) construção de unidades básicas de saúde; de formação de profissionais de saúde e organizações da APS na perspectiva das linhas de cuidado; d) a implementação do apoio institucional à gestão da APS; e e) o provimento e a formação de profissionais de saúde, criação de uma carreira interfederada e qualificação dos serviços de APS que teve na FESF-SUS seu instrumento de implementação.⁴¹

Voltada inicialmente ao provimento de equipes de saúde da família em municípios e áreas com necessidades diferenciadas, esse papel perdeu importância na FESF-SUS de 2009 a 2013 em função de três elementos principais. O primeiro é que os custos da regularização dos vínculos de trabalho da equipe de saúde e da criação de uma carreira atrativa que estimule os profissionais a se especializar na área e a se fixar por tempo adequado em localidades prioritárias exigem aportes de recursos oriundos de um financiamento tripartite que nunca foi viabilizado. O segundo é que, diferente da experiência do Ceará e da Bahia com os Consórcios para Policlínicas, o estado da Bahia não criou para a FESF-SUS os mecanismos legais por meio dos quais ele desconta parte do repasse aos municípios para assegurar o pagamento dos serviços. A ausência de um mecanismo dessa natureza fez com que a inadimplência virasse um problema progressivo e limitante para a carreira. Por fim, com a criação do Programa Mais Médicos, o papel da FESF-SUS em prover profissionais perdeu a centralidade na medida em que o próprio Governo Federal assumiu os custos e a

organização disso com relação ao profissional mais caro e mais difícil de fixar, os médicos.

A partir de 2018, a FESF-SUS começou a tomar novos contornos e qualificou-se como instituição de ciência e tecnologia (ICT), passando a atuar na área de inovação em saúde. Realizou a primeira Encomenda Tecnológica na área da saúde no país nos novos marcos legais da inovação no Brasil, e criou a Plataforma Eletrônica da Saúde (iPeS) com o duplo desafio de ampliar a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde – por meio da integração e interoperabilidade dos dados em saúde e da qualificação da gestão da informação – e de fomentar o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico gerando produtos, serviços, emprego e renda na área de inovação tecnológica em saúde.⁴²

No contexto da pandemia da Covid-19, a FESF-SUS atuou junto ao Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste para implementar em todo o Nordeste a iPeS e algumas das soluções associadas a seu ecossistema de inovação, que são soluções criativas e inventivas para abordar agilmente problemas – como foi o Monitora Covid-19 e a Sala de Situação – e para viabilizar na Bahia ações relacionadas às Brigadas Emergenciais de Saúde, seja no que diz respeito ao apoio a equipes de busca ativa e ação no território para redução da transmissão, seja no apoio ao programa das Universidades Estaduais da Bahia de avaliação, formação e revalidação de diplomas de médicos formados no exterior.⁴³

Sendo assim, a experiência acumulada mostra o desenvolvimento de diversas inovações com ganhos importantes para a população e os serviços públicos. Se é ingenuidade acreditar que as fundações em si garantem a mudança do modelo de gestão realmente existente e de resultados como os descritos, está claro, de outro lado, que ele disponibiliza instrumentos e capacita a administração pública para essa mudança e produção desses resultados. Contudo, longe de ser um modelo acabado, precisa ser mais desenvolvido, pesquisado, e sua gestão exige grande esforço institucional, além de investimento em equipes muito bem preparadas, sob risco de não cumprir as expectativas criadas e gerar passivos e resultados indesejáveis.

Sergipe

O Governo Estadual de Sergipe adotou a Reforma Sanitária do SUS, cujo foco principal é um padrão de integralidade, articulando as regiões de saúde por intermédio de redes interfederativas. O desencadeador desse processo foi a edição da Lei Estadual n. 6.345 de 02 de janeiro de 2008 (Lei Orgânica da Saúde Estadual), que permitiu ao estado institucionalizar um conjunto considerável de mudanças, promovendo transparência e clareza no papel de cada ator federativo, conforme as diretrizes apontadas na Lei n. 8080, direcionando assim as ações de todos os articuladores do SUS no estado.⁴⁴

A edição desta Lei trouxe inovação e modernização da base legal, atualizando todos os processos de organização do SUS definidos em Portarias Federais e Estaduais, dando visibilidade às ações a serem empreendidas. O arcabouço legal do SUS é bem denso por ele ter uma estrutura tripartite; assim, essa leitura facilitada para os atores no âmbito estadual foi muito pertinente, tornando-se um referencial legal e organizativo e abordando conceitos fundamentais para os processos de implantação e implementação do SUS no âmbito estadual.

Para tanto, foi desenvolvido um conjunto de diretrizes inerentes ao processo de Atenção à Saúde, estabelecendo ações e serviços destinados ao atendimento integral das necessidades individuais e coletivas de saúde da população usuária do SUS, de acordo com o padrão de integralidade pactuado, organizado em redes especializadas de serviços locais, regionais e estadual, conforme a rede interfederativa de serviço. Vinculado a esse processo, destaca-se o Protocolo de Conduta, o qual diz respeito a normas técnicas e científicas que têm por finalidade definir um padrão de qualidade para a promoção, proteção e recuperação da saúde; assim, todas as instâncias de saúde do estado puderam se pautar e organizar suas ações de forma mais homogênea, garantido aos cidadãos sergipanos acesso oportuno e de qualidade às ações e serviços de saúde.

Nesta perspectiva, foi constituído o Sistema Interfederativo de Regulação, o qual tem a finalidade de atuar de maneira unificada na identificação das necessidades dos usuários do SUS com o fim de lhes garantir o acesso integral e equânime às ações e serviços de saúde. Ele é composto pelo complexo regulatório do SUS, as centrais de regulação

especializadas, as portas de entrada e os pontos sistêmicos. Como porta de entrada ao SUS, desenvolveram-se os serviços especializados no primeiro atendimento à pessoa, o qual foi dotado de capacidade técnica e humana para uma identificação das necessidades da pessoa capaz de direcioná-la para os serviços de maior especialização ou complexidade conforme o caso e a situação. O Ponto Sistêmico é formado por todos os órgãos e entidades integrantes do SUS no estado. Nele estão compreendidos os serviços privados contratados ou conveniados, considerados pontos de acesso ao sistema, os quais devem garantir à pessoa o seu direito à saúde, conforme regras estabelecidas pelo sistema interfederativo de regulação, mediados por contratos/convênios. Assim, todas as estruturas de prestação de serviço no SUS sergipano foram identificadas e classificadas conforme esse Sistema, para que o cidadão e os profissionais entendam suas atribuições.

Também foi instituído o Complexo Regulatório do SUS, responsável pelo gerenciamento da entrada dos cidadãos no sistema por centrais especializadas, observando as normas e protocolos que regulam o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, desde a atenção primária até a especializada. Este modelo possibilita o agenciamento de ações e serviços de saúde a cada indivíduo, de acordo com suas necessidades e peculiaridades, facilitando a conformação dos projetos terapêuticos individuais, com ênfase na estratificação de risco por meio do processo de qualificação e escalonamento dos riscos de doença e agravos à saúde e identificação das pessoas individual ou coletivamente expostas.

Por fim, na perspectiva de fortalecer as relações intergestores, foram instituídos os Colegiados Interfederativos, instâncias compostas pelos entes federados (secretário de Estado da Saúde e secretários municipais da Saúde) com a finalidade de definir de maneira consensual ou pactuada todos os aspectos da atenção à saúde, sua gestão administrativa, financeira, regionalização, hierarquização, responsabilidades, direitos e deveres, dentre outros. Esse colegiado propiciou uma forte articulação entre estado e municípios sergipanos para que a organização do sistema de saúde fosse assimilada por todas as estruturas públicas responsáveis por desenvolver o SUS local. A implantação das ações, sendo elaboradas de forma pactuada, ganhou maior legitimidade.

Todo esse processo foi de fundamental importância não só para o fortalecimento do SUS estadual, mas para influenciar o processo de construção de um conjunto de mudanças nas normativas do SUS, com a instituição do Decreto Federal 7508/2011⁴⁵, que regulamentou aspectos da Lei 8080 e trouxe dispositivos trabalhados no processo vivenciado pelas gestões do SUS em Sergipe. Esse Decreto normatizou o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando assim o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas na perspectiva da melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, do fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde e, por fim, do aprimoramento dos mecanismos de governança e da qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Rio Grande do Norte

A atuação do governo do PT na saúde no Rio Grande do Norte (RN) está orientada pelo programa de governo aprovado nas urnas que elegeu a governadora Fátima Bezerra, em 2018. As diretrizes que têm norteado essa atuação estão ancoradas na Constituição de 1988, dentre as quais se destacam: a) a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; b) a participação social; c) a valorização dos trabalhadores do SUS; d) a intersetorialidade nas ações de saúde; e) a regionalização solidária com base na cooperação interfederativa.

Ao assumir o governo num contexto de desmonte dos serviços e de desequilíbrio fiscal⁴⁶ com graves repercussões orçamentárias e financeiras, todos os esforços do governo se voltaram para a busca da recuperação da credibilidade do Estado, diante do descrédito generalizado com servidores e fornecedores dos serviços públicos.

Na saúde, as energias e os recursos foram direcionados para recuperar os serviços, enfrentar os desequilíbrios orçamentários e iniciar um processo de reconstrução do SUS com vistas a ampliar e qualificar a oferta de serviços. O processo de reconstrução se iniciou com a renovação das equipes dirigentes e a mobilização dos trabalhadores, sendo instalada nos primeiros meses de 2019 a Mesa de Negociação Permanente do SUS, que se mantém funcionando com regularidade e já oportunizou acordos que redundaram em

conquistas para os trabalhadores, mesmo no contexto de crise. A aposta na profissionalização e na valorização da competência técnica permitiu avanços em importantes áreas de gestão e nos serviços.

Outro aspecto importante foi o incentivo ao diálogo com os gestores municipais, fortalecendo as instâncias de governança intergestores, regionais e estadual, o que vem contribuindo para que o processo de negociação e pactuação produza resultados satisfatórios à organização das ações de vigilância e atenção nas regiões de saúde, e no debate sobre as prioridades do processo de reconstrução e a recente aprovação da Lei n. 10.798, de 16 de novembro de 2020, que dispõe sobre a participação do Estado do Rio Grande do Norte nos consórcios interfederativos de saúde.

A participação social vem sendo estimulada e reconhecida nesse processo e se efetivou na realização do Plano Plurianual (PPA) participativo por meio de encontros intersetoriais deliberando sobre as prioridades a serem incorporadas no planejamento governamental para os próximos quatro anos. Na saúde, foram realizadas oficinas temáticas em cada uma das regiões, aprofundando as proposições setoriais que deram base à formulação do Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde no final de 2019. O reconhecimento do papel do Conselho Estadual de Saúde tem se traduzido em um diálogo profícuo e permanente em que a gestão responde às demandas e também apresenta para apreciação e deliberação questões cruciais no processo de reconstrução do SUS no âmbito estadual. Ainda nesse processo, se investiu na busca de parcerias e contribuições de instituições acadêmicas, de cooperação técnica e de programas de apoio à gestão estadual que pudessem oportunizar o desenvolvimento de processos institucionais, educativos e organizacionais, com incorporação de tecnologias de gestão orientadas para a melhoria do desempenho da SES como condutora da política estadual de Saúde.

A SES-RN tem buscado parcerias e cooperação com instituições de pesquisa e instituições reconhecidas para aperfeiçoar seus processos de gestão: a) cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), na área de gestão do trabalho e da educação; b) com o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass), através de sua equipe técnica e do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi)⁴⁷, na área de planificação da atenção à saúde, da

reorganização da gestão financeira, da formação de dirigentes de hospitais, da formulação da Lei dos Consórcios Interfederativos; c) com a Fiocruz, por meio do Centro de Estudos Estratégicos, na construção do projeto do Observatório da Gestão Estadual⁴⁸; e, mais relevante, d) com as instituições de Ensino e Pesquisa situadas no estado, com as quais consolidamos uma relação colaborativa que tem propiciado facilidades no processo formativo, na pesquisa, na extensão e na qualificação dos serviços.

Nesses pouco mais de 20 meses de gestão do SUS no RN, podemos assinalar alguns resultados, incluindo o período pandêmico que se instalou a partir de fevereiro de 2020:

a) No campo da Promoção da Saúde:

- Instituição do Programa RN MAIS SAUDÁVEL⁴⁹ como iniciativa intersetorial que visa inserir a Saúde em todas as políticas públicas, articulando programas e projetos já existentes no SUS, como o Vida no Trânsito, o Saúde na Escola e demais ações da Política Nacional de Promoção da Saúde desenvolvidas nos serviços de saúde;

- Mobilização de instituições governamentais, na esfera estadual e municipal, de ensino e pesquisa, do sistema S⁵⁰, organizações produtivas, organizações sindicais e movimentos sociais para estimularmos atividades voltadas para a produção da saúde no cotidiano da vida e do trabalho com ênfase nas mudanças de hábitos e atitudes relacionados à alimentação, atividade física, cultura da paz e não violência, ambientes saudáveis e sociabilidades;

- Retomada das ações de apoio aos municípios na implementação de Práticas Integrativas e complementares e as práticas de educação popular em saúde.

b) Na área da Vigilância em Saúde:

- Qualificação dos sistemas de informação e incorporação de tecnologias de informação e comunicação visando melhorar os processos de vigilância das doenças mais prevalentes no estado;

- Reorganização da vigilância ambiental e saúde do trabalhador e qualificação das ações de vigilância sanitária em articulação com os municípios.

c) No campo da assistência:

- Ampliação e qualificação da oferta de serviços na rede hospitalar do estado, com investimentos em recuperação estrutural e em equipamentos, contratação de profissionais e melhorias na gestão, acelerados no processo da pandemia;

- Lançamento de programa de cirurgias eletivas que visa reduzir fila e tempo de espera;

- Qualificação dos processos de regulação e contratualização de serviços que têm possibilitado melhoras na oferta em áreas críticas da atenção;

- Atualização dos planos de redes em todas as regiões de saúde, incorporando novos serviços e construindo linhas de cuidado ajustadas às necessidades de saúde de cada região.

d) Valorização do trabalhador e da trabalhadora em saúde:

- Aumento da oferta dos processos de capacitação e educação permanente, na renovação da força de trabalho com a incorporação de mais de mil trabalhadores concursados das várias categorias profissionais;

- Pagamento de passivos trabalhistas, assegurando a pontualidade dos salários e garantindo a quitação de folhas salariais atrasadas.

e) No campo da democratização e aprimoramento da gestão:

- Implantação e institucionalização dos colegiados gestores nas coordenações e unidades de saúde do estado;

- Estabelecimento de contratos de gestão por resultados e metas que visam alcançar melhores performances dos serviços no cuidado humanizado, na segurança do paciente e na racionalização no uso dos recursos.

f) O fortalecimento da regionalização:

- Fortalecimento da Comissão Intergestores Regional como espaço de governança, atuando no apoio integrado aos municípios, no trabalho de atualização das redes de atenção e das linhas de cuidado, na planificação das ações de saúde e na melhoria da estruturação dos serviços hospitalares em cada região;

- Elaboração do projeto de lei de criação dos consórcios ⁵¹ interfederativos multifinalitários, de base regional, como estratégia para agregar um importante instrumento de suporte à gerência de serviços no âmbito regional.

g) Reorganização Administrativa:

• Investimento na atualização do organograma da Secretaria; na mudança nos processos de trabalho; na incorporação de tecnologias digitais; na atualização dos instrumentos de programação do SUS e dos processos de contratualização, buscando racionalizar a utilização de recursos e com isso atender melhor às demandas assistenciais ainda reprimidas.

Todas essas ações tiveram seu curso alterado com o direcionamento de esforços para enfrentar a pandemia da Covid-19, que o governo conduziu com muita unidade e parceria, envolvendo todos os poderes, as Universidades e a colaboração do empresariado, dos sindicatos e da sociedade civil, apostando na ciência, adotando medidas restritivas recomendadas e articulando ações de vigilância, apostando na transparência das informações, mantendo a sociedade informada e mobilizada.

Sendo assim, foi possível atuar de forma organizada, através da implantação de leitos críticos e clínicos em todas as regiões num total de cerca de 600 leitos, sendo a metade de leitos críticos em hospitais públicos, que ficarão como legado para o SUS no estado. Dessa maneira, foi possível implementar programas direcionados à proteção da população mais vulnerável, como o RN MAIS PROTEGIDO⁵², que entregará 7 milhões de máscaras para a população do estado, e o RN CHEGA JUNTO⁵³, que está assegurando o suporte alimentar às pessoas em situação de pobreza.

A atuação do Governo do PT no Rio Grande do Norte, no que tange às ações de saúde, está contribuindo de forma significativa para diminuir o descompasso entre as necessidades de atenção e a oferta de serviços disponíveis. Contudo, enfrenta inúmeras limitações que só serão superadas com o enfrentamento dos gargalos que hoje entram o processo de consolidação do SUS, como o subfinanciamento causado pela Emenda Constitucional 95⁵⁴. Essa emenda restringe recursos necessários para investimentos na rede de serviços e para a ampliação da força de trabalho, condicionada pela Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar 101 de 2000⁵⁵, que, somados ao desmonte e descontinuidade de muitas políticas e programas, impactam a consolidação do SUS como uma política de Estado.

Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste suprapartidário – uma integração possível

Em julho de 2019, após a aprovação de leis em cada um dos nove estados do nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe), foi criado o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste. Com uma população de quase 60 milhões de pessoas, o objetivo foi promover um desenvolvimento que resulte em bem-estar, socialmente justo e ecologicamente sustentável. O Consórcio tem personalidade jurídica de direito público e uma institucionalidade que permite, além de coordenar ações entre os estados, ter pessoal e fundos de recursos próprios, fazer gestão de serviços, realizar obras, desenvolver pesquisas, criar sistemas de informação, fiscalizar atividades, cobrar taxas e até exercer poder de polícia administrativa.⁵⁶

Dentre os objetivos e áreas de atuação do Consórcio estão: saúde; educação; assistência social; cultura; desenvolvimento econômico; infraestrutura; ciência, tecnologia e inovação; segurança pública; desenvolvimento da gestão; comunicação e articulação político-jurídico-institucional. Ele tem possibilitado uma atuação política em bloco dos nove estados, permitindo que pautas de interesse comum sejam negociadas em melhores condições junto ao Governo Federal, à Câmara dos Deputados e a outros atores sociais e econômicos, nacionais e internacionais.⁵⁷

Foi criada no âmbito do Consórcio uma plataforma de investimentos cuja finalidade é aprimorar a capacidade de estruturação de projetos, ampliar as fontes de obtenção de recursos e possibilitar a criação de formas inovadoras de estabelecimento de garantias para o desenvolvimento de iniciativas estruturantes e integradas, envolvendo ao menos dois estados do Consórcio. Administrativamente, uma resolução do Consórcio possibilitou a criação de fundos comuns, públicos e privados, incluindo a possibilidade de participação do mercado de capitais e emissão de títulos. Também foram fixadas diretrizes para a atuação conjunta dos estados no setor de gás natural, tendo o Consórcio recebido a delegação para representar os estados nas negociações com a Petrobras, incluído compras e vendas de participações, e

com organizações públicas e privadas, nacionais ou internacionais, para o estabelecimento de parcerias.⁵⁸

O Consórcio fez uso da coordenação e do aumento da escala para ampliar o poder de compra com o objetivo de reduzir custos na aquisição de bens. As primeiras compras conjuntas do Consórcio aconteceram na área da saúde. Ainda em 2019, foram realizadas compras de medicamentos e, em 2020, de produtos necessários ao enfrentamento da pandemia da Covid-19. A crise sanitária fez com que a saúde passasse a ser o principal tema na agenda do Consórcio. Em março, enquanto criticavam-se fortemente ações voluntaristas e ideológicas de governos, especialmente o federal, que não utilizavam as evidências para enfrentar a pandemia, o Consórcio deu exemplo criando o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, composto por nomes indicados por cada um dos estados e ampliado com a criação de nove subcomitês e com a articulação de dezenas de instituições.⁵⁹

Cabe destacar que o referido comitê esteve relacionado a importantes decisões do Consórcio sobre a pandemia, com medidas tais como: a) redução da curva de contágio, que foram do uso de máscaras a critérios de isolamento social rígido; b) restrições de tráfego rodoviários para mitigação dos efeitos sociais da pandemia; c) estruturação da rede de atenção à saúde; d) de articulação entre grupos de pesquisa; e) coleta de novos dados e integração de dados dos sistemas de informação em saúde existentes; f) desenvolvimento e utilização de aplicativos e *softwares* que reunissem as informações relevantes para a atuação no combate à pandemia; g) suporte de tecnologias de informação para realizar simulações, estimativas e cenários que orientassem a ação pública; h) criação da sala de situação informatizada e com dados integrados; e i) publicação de Boletins Informativos com diretrizes de ação para os estados e municípios.⁶⁰

Outras três ações do Consórcio no enfrentamento da pandemia merecem destaque. A primeira foi o apoio ao fomento e desenvolvimento de projetos de inovação que estavam sendo desenvolvidos pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), que resultaram na criação da Plataforma Eletrônica da Saúde (iPeS), iniciativa da qual o Consórcio passou a fazer parte da governança e assumiu papel na regulação do uso de dados conforme a nova Lei Geral de Proteção de Dados. Ela integra dados dos estados e municípios do Nordeste e ofereceu soluções para: orientação, atendimento e acompanhamento clínico remoto de pessoas com suspeita de

Covid-19, por meio do aplicativo “Monitora Covid19”; georreferenciamento para estudar a trajetória territorial da contaminação; e interoperabilidade dos dados integrados em um Registro Eletrônico de Saúde (RES) que permite que profissionais de saúde nos serviços de saúde tenham acesso ao histórico de dados de uma pessoa e que a gestão municipal possa desenvolver ações de prevenção e busca ativa de casos suspeitos em sua área adscrita.⁶¹

A segunda foi a mobilização dos estados e municípios para o reposicionamento da atenção primária no enfrentamento da pandemia, assumindo um papel mais ativo não só na atenção à saúde, mas também na atuação no território que, com apoio da vigilância em saúde, desenvolveu experiências de proteção de pessoas mais vulneráveis, educação em saúde, identificação precoce de casos, busca de contactantes, redução da transmissão comunitária e monitoramento de casos com maior risco de se agravar. Para esse fim, além da oferta sem custos das soluções da iPeS na pandemia, o Consórcio realizou três reuniões ampliadas com todas as coordenações de atenção primária dos estados e também com representantes dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde para trocar experiências exitosas e coordenar ações.⁶²

A terceira foi a ação do Consórcio na operacionalização do que foi chamado de Brigada Emergencial de Saúde do Nordeste. Do ponto de vista normativo, trata-se de uma legislação infranacional e interestadual que autoriza medidas nos estados-membros e que permite a eles desenvolverem programas conjuntamente e até intercambiarem profissionais de saúde. Assim, com a finalidade de “ampliar o contingente de profissionais de saúde para no atendimento à população, provendo força de trabalho aos locais em que a necessidade se faça necessária, em virtude da pandemia do coronavírus”,⁶³ autorizou-se o chamamento de estudantes de último ano de graduação de saúde; a contratação temporária de pessoal por excepcional interesse público; a mobilização entre os estados consorciados de servidores ou empregados públicos municipais ou estaduais vinculados ao SUS; e o desenvolvimento de programas de avaliação, formação em serviço e revalidação de médicos formados no exterior.⁶⁴

Nota-se assim que o Consórcio Nordeste se destaca como uma inovação institucional em diversos pontos de vista pois, comparado aos fóruns de governadores, supera em muito as experiências anteriores ao

desenvolver uma estrutura jurídico-administrativa de coordenação das ações políticas e de políticas públicas entre os estados e uma capacidade estatal diferenciada para a execução direta de programas, oferta de serviços, realização de compras, atração de investimento e projetos de infraestrutura e governança compartilhada de dados, e interesses comuns aos estados membros.

Considerações Finais

O Partido dos Trabalhadores, em mais de 20 anos de experiências frente à gestão pública nos governos estaduais, deu e vem dando exemplos de grandes processos inovadores na busca pela melhoria da qualidade de vida da população. Porém, os desafios a serem superados são inúmeros, e até mesmo as suas gestões tiveram que superar muitos obstáculos na perspectiva da implantação de projetos e ações.

Este ensaio procurou trazer elementos da experiência nas gestões estaduais do PT na área da saúde. Os exemplos das gestões citadas acima podem orientar as prioridades do partido para a saúde, com o intuito de articular inovações; redefinir papéis frente a novos desafios; ampliar o diálogo com a sociedade; qualificar a articulação com municípios e com outros estados; e promover a participação social, elementos que foram marca de diversas gestões.

O Rio Grande do Sul aderiu a um processo de reorganização da estrutura e dos processos da secretaria estadual de saúde, de forma a cumprir desafios como organização de rede, ampliação do acesso à saúde, organização dos espaços microrregionais de saúde e apoio técnico e financeiro aos municípios.

O estado da Bahia buscou preencher os vazios assistenciais com a construção ou revitalização de hospitais regionais e construção de novas estruturas que dessem conta de garantir o acesso integral às políticas de saúde à população. Para tanto, pautou todas as gestões num processo de planejamento participativo e priorizou a organização da atenção básica como a principal política estruturante do estado. Um dos meios gerenciais para atingir esses objetivos foi a Fundação Estatal da Bahia, que permitiu

organizar a estrutura estadual, tornando-a mais eficaz e eficiente para atingir os objetivos do SUS.

Sergipe adotou o tema da reforma sanitária estadual, definindo conceitos e ações na Lei Estadual n. 6.345/2008⁶⁵, de forma a balizar um padrão de integralidade que suprisse as necessidades de saúde dos cidadãos sergipanos. Com essa Lei foi possível espelhar a Lei 8080/1990 para a estrutura e necessidades locais, ancorando o processo de planejamento com os atores envolvidos.

Rio Grande do Norte, o mais recente estado a ser governado pelo PT, apostou num amplo processo de reorganização da gestão com ênfase na articulação entre ações de Promoção da Saúde e Assistência, tendo a regionalização da saúde como eixo condutor, e o investimento no fomento, a qualificação dos trabalhadores e o uso da informação para a tomada de decisão, sem perder de vista o permanente diálogo com os movimentos sociais. Atualmente, verifica inúmeras limitações que só serão superadas com a dissolução dos gargalos que hoje entravam o processo de consolidação do SUS. Dentre eles se destacam o subfinanciamento – causado pela Emenda Constitucional 95 que restringe os recursos necessários para investimentos na rede de serviços – e a limitação à ampliação da força de trabalho, condicionada por sua vez pela Lei de Responsabilidade Fiscal, fatores estes que, somados ao desmonte e descontinuidade de muitas políticas e programas, impactam a consolidação do SUS como uma política de Estado. Além disso, a maior pandemia dos últimos 100 anos se associa aos desafios postos acima.

Por fim destaca-se o Consórcio Interestadual Nordeste, que conta com a participação efetiva e sistemática do PT, tendo sua agenda da saúde desencadeada em meados de junho de 2019 na cidade de Natal, quando os gestores estaduais assinaram carta com temas estratégicos para a região. O Consórcio surge como uma promessa de organização gerencial que ainda era um desafio para o SUS: a articulação entre estados. Em que pese não ser composto apenas por estados governados pelo PT, o é em sua maioria. E as duas presidências desde sua criação foram de governadores petistas, a saber, Rui Costa, governador da Bahia, e Wellington Dias, governador do Piau. Com a pandemia, o tema da saúde passou a ser prioridade do Consórcio, o

que já permitiu apresentar resultados expressivos, especialmente em compras de insumos.

Sendo assim, o PT vem cumprindo um relevante papel na construção de agendas importantes para o setor da saúde, tanto em âmbito federal quanto municipal ou estadual, firme na defesa dos princípios de um SUS universal, integral e equânime.

RESUMO

Desde o final dos anos 1990 o PT geriu alguns estados. O jeito de implantar o SUS pode ser impresso com características comuns a todos. Não retrataremos todas elas, mas algumas que serviram de exemplos para outras gestões, com bons resultados alcançados. A valorização dos espaços de pactuação e de deliberação do SUS, o papel dos estados no incentivo à Atenção Básica, bem como a definição do papel coordenador dos estados foram normatizados em todas as experiências descritas, quais sejam, Rio Grande do Sul, Bahia, Sergipe e Rio Grande do Norte. Não esgotamos todos os avanços/desafios, mas buscamos descrever marcas importantes destes exemplos, que podem ser consideradas marcas no jeito petista de governar os SUS estaduais.

PALAVRAS-CHAVE

Partido dos Trabalhadores; Gestão Estadual; Sistema Único de Saúde.

The experience of Workers' Party in the construction of the company's process and practices State Management of the SUS

ABSTRACT

Since the late 1990s, the PT has managed some states. The way to deploy the SUS can be printed with characteristics common to everyone. We will not portray all of them, but some that served as examples for other managements, with good results achieved. The valorization of the spaces of agreement and deliberation of the SUS, the role of states in encouraging Primary Care, as well as the definition

of the coordinating role of the states were standardized in all the experiences described, namely, Rio Grande do Sul, Bahia, Sergipe and Rio Grande do Norte. We do not exhaust all advances/challenges, but we seek to describe important marks of these examples, which can be considered marks in the petista way of governing the state SUS.

KEYWORDS:

Workers' Party; State Management, Unified Health System

NOTAS

¹ Odontóloga, mestre e doutoranda em Saúde Pública pela ENSP, Assessora Legislativa do Senado Federal. Contato da autora: silvanassp@bol.com.br.

² Fisioterapeuta, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), docente do Centro de Ciências Médicas do Departamento de Promoção à Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCM-DPS-UFPB), ex-secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Contato do autor: andrelbc4@gmail.com.

³ Médico, doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), ex-secretário de estado da saúde de Sergipe e Aracaju, senador da República pelo PT-Sergipe. Contato do autor: rogeriocarvalho.pt@gmail.com.

⁴ Médico sanitarista, doutor em Saúde Pública, ex-secretário estadual da saúde da Bahia, deputado federal pelo PT. Contato do autor: solla.jorge@gmail.com

⁵ Médico, mestre em Saúde Pública e doutorando em políticas públicas, docente da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Contato do autor: heiderpinto.saude@gmail.com

⁶ Psicanalista, mestre em educação, ex-secretária e diretora do departamento de ações em saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Contato: sandra.m.sales.fagundes@gmail.com.

⁷ Psicóloga, doutora em Antropologia e pós-doutoranda em psicologia social da Universidade Federal do Pará (UFPA), ex-coordenadora da política de saúde mental, álcool e outras drogas na Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Contato: karolveigacabral@gmail.com.

⁸ Médico, professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), de Psicologia da UFPA e de Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

(UFMS). Secretário substituto e coordenador de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Contato do autor: ferlaalcindo@gmail.com

⁹ Médico, doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, secretário de estado do Rio Grande do Norte. Contato do autor: cipriano.maia@gmail.com

¹⁰ TEIXEIRA, S. M. F. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes/Editora Fiocruz, 2014.89

¹¹ O federalismo cooperativo, expresso no texto da Constituição Federal de 1988 é um arranjo político-institucional que estabelece um padrão de relações intergovernamentais onde as três esferas de governo desenvolvem processos e práticas que privilegiam a resolução articulada e conjunta de problemas por meio do intercâmbio da utilização de recursos de diversas ordens.

¹² RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018.

¹³ RABELLO, L. E. F. DE S. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 983-983, jun. 2009.

¹⁴ CAMPOS, G. W. DE S. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018.

¹⁵ PROGRAMA DE GOVERNO. Coligação Lula Presidente. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/csbnh/programas-de-governo/>>

¹⁶ COSTA, Laís Silveira, *Análise da dinâmica de geração de inovação em saúde: a perspectiva dos serviços e do território*, ENSP, RJ, 2013.

¹⁷ DALLARI, Dalmo Abreu. *Implicações do pacto federativo*. In: RAMOS, Dircêo T. (coord). O federalista atual. Teoria do federalismo. Belo Horizonte: Arraes editores, 2013. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4120967/mod_resource/content/0/Dalmo%20Abreu%20Dallari%20Implicacoes%20do%20pacto.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.

¹⁸ BRASIL, Lei nº 8080, disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>, acesso em:

15 out. 2020. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4120967/mod_resource/content/0/Dalmo%20Abreu%20Dallari%20Implicacoes%20do%20pacto.pdf.

Acesso em: 13 out. 2020.

¹⁹ BRASIL, Lei nº 8080, disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>, acesso em:

15 out. 2020.

²⁰ RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018.

²¹ A experiência de gestão petista na saúde no Estado do Rio Grande do Sul envolve dois períodos distintos. Na primeira gestão, com o governo de Olívio Dutra (PT) e Miguel Rossetto (PT), de 1999 a 2002, e na segunda gestão, com Tarso Genro (PT) e Beto Grill (PSB), de 2011 a 2014.

²² FERLA, A.; FAGUNDES, S. M. S. (eds.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde pública do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa Editora: Escola de Saúde Pública, Rio Grande do Sul, 2002.

²³ SOARES, L. T. R. (ed.). *Tempo de desafios: a política social democrática e popular no governo do Rio Grande do Sul*. Petrópolis/Buenos Aires: Editora Vozes/LPP-Laboratório de Políticas Públicas/CLACSO, 2002.

²⁴ PELEGRINI, M. L. M. de; CASTRO, J. D. de; DRACHLER, M. de L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 275-286, abr. 2005.

²⁵ PINTO, H. A.; FERLA, A. A. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Redes*, v. 1, n. 1, p. 81-94, 2015.

²⁶ FERLA, A.; FAGUNDES, S. M. S. (eds.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde pública do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa Editora: Escola de Saúde Pública, Rio Grande do Sul, 2002.

²⁷ CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.

²⁸ GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL. *Lei n. 9716, de 7 de agosto de 1992*. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281. Acesso em: 21 out. 2020.

²⁹ FERLA, A.; FAGUNDES, S. M. S. (eds.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde pública do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: DaCasa Editora: Escola de Saúde Pública, Rio Grande do Sul, 2002.

³⁰ SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. *Plano Estadual de Saúde*. Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, v. 33, nov. 2009.

³¹ O PlanejaSUS tem por objetivo geral coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população brasileira.

³² BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

³³ ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

³⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde, disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/apresentacao.html>>, acesso em: 23 nov. 2020

³⁵ Na Bahia, de 2000 a 2012, a expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família foi responsável pela redução de 28% das internações em menores de 1 ano, pois, com o aumento do acesso à Atenção Básica, os problemas de saúde puderam ser resolvidos nesse nível de atenção.

³⁶ GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. *Decreto n. 14.457, de 03 de maio de 2013*. Aprova a Política Estadual de Atenção Básica. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_DECRETO_N14457_03MAIO2013.pdf Acesso em: 3 de dezembro de 2020.

³⁷ SANTOS, Lenir; PINTO, Héider Aurélio Pinto. A saúde da família de cara nova. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de et al. *Fundações estatais: estudos e parecer*. Campinas, Editora Saberes, 2009. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; PINTO, H. A. *Fundação Estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do Estado*. 2012. Disponível em:

<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/artigos/080703_PFE_Art_fortalecimento.pdf>. FRANCO, Túlio Batista; PINTO, H. A. *Fundações Estatais como dispositivo para a desprivatização do Estado brasileiro*. 2012. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fundacoes-estatais-desprivatizacao-estado.pdf>>

³⁸ SANTOS, Lenir; PINTO, Hêider Aurélio Pinto. A saúde da família de cara nova. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de et al. *Fundações estatais: estudos e parecer*. Campinas, Editora Saberes, 2009. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; PINTO, H. A. *Fundação Estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do Estado*. 2012. Disponível em:

<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/artigos/080703_PFE_Art_fortalecimento.pdf>. FRANCO, Túlio Batista; PINTO, H. A. *Fundações Estatais como dispositivo para a desprivatização do Estado brasileiro*. 2012. Disponível em:

<<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fundacoes-estatais-desprivatizacao-estado.pdf>>

³⁹ SANTOS, Lenir, *A saúde da família de cara nova, op. cit.*

⁴⁰ ANDRADE, Laíse Rezende de. *A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia*. [Tese de Doutorado]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, 2009; SANTOS, Lenir; PINTO, Hêider Aurélio Pinto. A saúde da família de cara nova. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de et al. *Fundações estatais: estudos e parecer*. Campinas, Editora Saberes, 2009. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; PINTO, H. A. *Fundação Estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do Estado*. 2012. Disponível em:

<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/artigos/080703_PFE_Art_fortalecimento.pdf>. FRANCO, Túlio Batista; PINTO, H. A. *Fundações Estatais como dispositivo para a desprivatização do Estado brasileiro*. 2012. Disponível em:

<<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fundacoes-estatais-desprivatizacao-estado.pdf>> FERNANDEZ, Michelle Vieira; PINTO, Hêider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2 Suplem, 2020.

⁴¹ ANDRADE, Laíse Rezende de. *A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia*. 2009.

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. SANTOS, Lenir; PINTO, Hêider Aurélio Pinto. A saúde da família de cara nova. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de et al. *Fundações estatais: estudos e parecer*. Campinas, Editora Saberes, 2009. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; PINTO, H. A. *Fundação Estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do Estado*. 2012. Disponível em:

<<http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundaca>

o_estatal/artigos/080703_PFE_Art_fortalecimento.pdf>. CAVALCANTE FILHO, João Batista; FRANCO, Túlio Batista. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 63-86, 2016.

⁴² PINTO, Hêider A; SANTANA, José S.S; SILVA JUNIOR, Ailton Cardozo da; CHIORO, Arthur; MASSUDA, Adriano Massuda. Uso da Lei de Inovação para qualificar a ação interfederativa em prol da saúde. *Revista de Administração Municipal*, 301, 2020: 11-19.

⁴³ FERNANDEZ, Michelle; PINTO, Hêider. *Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste no enfrentamento à Covid-19*. No Prelo.

⁴⁴ GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE. *Lei n. 6.345, de 02 de janeiro de 2008*. Dispõe sobre organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe - SUS/SE, e dá outras providências. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_698486579.pdf. Acesso em: 3 de dezembro de 2020.

⁴⁵ BRASIL. *Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 21 out. 2020

⁴⁶ O Governo Estadual recebeu como herança quatro folhas salariais em atraso e o não cumprimento da destinação mínima de recursos para a saúde no exercício de 2018.

⁴⁷ O Proadi-SUS é uma forma alternativa para determinados hospitais fazerem jus à Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas). O referido programa foi lançado em 2008, no intuito de contribuir com o aperfeiçoamento do SUS, contando com a ação de instituições hospitalares, sem fins lucrativos que desenvolveriam um conjunto de ações de transferência de sua expertise pela realização de projetos de educação, pesquisa, avaliação de tecnologias, gestão e assistência especializada voltados ao fortalecimento e à qualificação do SUS em todo o Brasil.

⁴⁸ Observatório da Gestão Estadual é um projeto de cooperação envolvendo a SES-RN e o Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, visando realizar a análise de aspectos estratégicos do sistema estadual de saúde, construir cenários de futuro e produzir subsídios para orientar a tomada de decisão e impulsionar o aprimoramento dos processos e práticas de gestão no período de 2020 a 2022 no Estado do Rio Grande do Norte.

⁴⁹ Para saber mais sobre o programa, acesse: <<http://rnmaissaudavel.rn.gov.br/#sobre>.>

⁵⁰ Fazem parte do Sistema S: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai); Serviço Social do Comércio (Sesc); Serviço Social da Indústria (Sesi); e Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (Senac).

⁵¹ Lei nº 10.798/2020 foi proposta pela administração estadual e aprovada pela Assembleia Legislativa. Tem como principal objetivo fortalecer a estrutura de atendimento do Sistema Único de Saúde dentro de cada região.

⁵² O programa RN+ Protegido é uma parceria do Governo do Estado com as indústrias de confecção do RN, em especial a Guararapes e Coteminas, além do Sindicato da Construção Civil no RN (Sinduscon), e vai permitir 7 milhões de máscara para doação, preferencialmente a trabalhadores e servidores públicos que atuam em atividades essenciais, aos idosos e seus cuidadores, e trabalhadores e população em geral com renda até três salários-mínimos.

⁵³ Decreto Governamental 29.889 de 04 de agosto de 2020. Instituído, no âmbito do Poder Executivo Estadual, o Programa Estadual Emergencial de Assistência Social (RN Chega Junto), destinado ao enfrentamento dos impactos da calamidade pública decorrente do novo coronavírus (Covid-19) na população norte-rio-grandense em situação de vulnerabilidade social temporária provocada ou agravada pelos efeitos da pandemia.

⁵⁴ BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016.

⁵⁵ A Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição. Com base nessa Lei, a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange à renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar.

⁵⁶ FERNANDEZ, Michelle Vieira; PINTO, Héider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2 Suplem, 2020.

⁵⁷ Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste –

CONSÓRCIO. (2019a). Protocolo de Intenções do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – Consórcio Nordeste. Anexo da Lei No 14.087, de 26 de abril de 2019. Que ratifica o Protocolo de Intenções do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – Consórcio Nordeste. Diário Oficial [do] Estado da Bahia: Poder Executivo, Salvador, [publicado em 26 de abril de 2019]. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/lei-no-14087-de-26-de-abril-de-2019#>>

Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste - CONSÓRCIO. (2019b). Estatuto da Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – Consórcio Nordeste. Estado da Bahia: Salvador, [publicado em 11 de julho de 2019].

⁵⁸ Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – CONSÓRCIO. (2020a). Resolução no 3 de 2020. Institui no âmbito do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste - Consórcio Nordeste, a Plataforma de Investimentos, e dá outras providências. Estado da Bahia: Salvador, [publicado em 11 de fevereiro de 2020].

Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – CONSÓRCIO. (2020b). Resolução no 4 de 2020. Fixa diretriz de atuação conjunta do Estados consorciados, por meio do Consórcio de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – Consórcio Nordeste, em caso de negociação de venda pela Petróleo Brasileiro S.A – PETROBRAS, da sua participação na Petrobras Gás S.A – GASPETRO, e propõe ações a serem implementadas pelo Consórcio Nordeste no setor de gás natural, e dá outras providências. Estado da Bahia: Salvador, [publicado em 11 de fevereiro de 2020].

⁵⁹ FERNANDEZ, Michelle Vieira; PINTO, Hêider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2 Suplem, 2020.

⁶⁰ FERNANDEZ, Michelle Vieira; PINTO, Hêider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19, *op. cit.*

⁶¹ *Idem.*

⁶² *Ibidem.*

⁶³ FERNANDEZ, Michelle Vieira; PINTO, Hêider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2 Suplem, 2020. Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – CONSÓRCIO. (2020e). Resolução no 8 de 2020. Institui a Brigada Emergencial

de Saúde do Nordeste – BRIGADA SUS-NE – e dá outras providências. Estado da Bahia: Salvador, [publicado em 17 de abril de 2020].

⁶⁴ Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – CONSÓRCIO. (2020e). Resolução no 8 de 2020. Institui a Brigada Emergencial de Saúde do Nordeste – BRIGADA SUS-NE – e dá outras providências. Estado da Bahia: Salvador, [publicado em 17 de abril de 2020].

⁶⁵ Dispõe sobre a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe (SUS/SE) e dá outras providências. Esta Lei dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe (SUS/SE), cabendo ao Estado e aos Municípios organizarem as respectivas ações e serviços de saúde de acordo com as suas disposições. Além do Governador do Estado e do Prefeito Municipal e dos Secretários de Saúde, as demais autoridades sanitárias do SUS no Estado são as identificadas na estrutura organizacional das Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes.