

**PLANEJAMENTO REGIONAL E PANDEMIA: O MODELO DE
DISTANCIAMENTO CONTROLADO DO RIO GRANDE DO SUL****REGIONAL PLANNING AND PANDEMIC: THE CONTROLLED DISTANCING
MODEL OF RIO GRANDE DO SUL****PLANIFICACIÓN REGIONAL Y PANDEMIA: EL MODELO DE DISTANCIA
CONTROLADA DE RIO GRANDE DO SUL**Sérgio Luís Allebrandt¹Patricia de Carli²Bruno Naundorf³Patricia Harter Sampaio Stasiak⁴Luana Borchardt⁵**RESUMO**

No âmbito político-institucional, a pandemia de Covid-19, ao atingir o Brasil, revelou uma crise de coordenação de forte dimensão federativa. Este artigo tem por objetivo analisar o processo de pactuação entre municípios e estado para a implementação e revisões do Modelo de Distanciamento Controlado. O lócus da pesquisa foi o estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de pesquisa qualitativa, que adota o paradigma da teoria crítica e utiliza os pressupostos metodológicos da Análise Crítica do Discurso (ACD). A análise partiu do posicionamento da Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (Famurs), emitida por meio de notícias veiculadas pelo do site da entidade. Evidenciaram-se conflitos entre a municipalização e a regionalização, a dinâmica do modelo e a dinâmica da regionalização da saúde e o forte embate entre saúde e impacto econômico ao longo do processo de adoção do modelo.

Palavras-chave: Covid-19. Descentralização. Distanciamento Controlado. Gestão Compartilhada. Regionalização.

ABSTRACT

¹Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq. Professor Titular e Coordenador do PPGDR/UNIJUÍ. Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Gestão e Políticas Públicas, Desenvolvimento, Comunicação e Cidadania (GPDeC). Doutor em Desenvolvimento Regional pelo PPGDR/UNISC (2010). Mestre em Gestão Empresarial pela EBAPE/FGV (2001). allebr@unijui.edu.br. <https://orcid.org/0000-0002-2590-6226>.

²Doutoranda em Desenvolvimento Regional e Mestre em Direito, pelo PPGD/UNISC (2011). Assessora Jurídica da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. patriciadecarli@ymail.com. <https://orcid.org/0000-0002-3011-2690>.

³Mestrando em Ensino na Saúde. Diretor do Departamento de Auditoria do SUS/RS. Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: bnaundorf@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2104-2416>.

⁴Doutoranda em Desenvolvimento Regional. Bacharel em Ciências Contábeis pela URI (2001). patricia_hs@hotmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-9676-1028>.

⁵Mestranda em Desenvolvimento Regional. Bolsista PROSUC/CAPES. E-mail: luana.borchardt@sou.unijui.edu.br. <https://orcid.org/0000-0002-2804-254X>

In the political-institutional sphere, the Covid-19 pandemic, upon reaching Brazil, revealed a coordination crisis with a strong federative dimension. This article aims to analyze the agreement process between counties and the state for the implementation and revisions of the Controlled Distance Model. The locus of the research was the state of Rio Grande do Sul. It is a qualitative research, which adopts the paradigm of critical theory and uses the methodological assumptions of Critical Discourse Analysis (ACD). The analysis was based on the position of the Federation of Associations of Counties of Rio Grande do Sul (Famurs), issued through news published on the entity's website. There were conflicts between municipalization and regionalization, the dynamics of the model and the dynamics of regionalization of health and the strong clash between health and economic impact throughout the process of adopting the model.

Keywords: Covid-19. Decentralization. Controlled Distance. Shared Management. Regionalization.

RESUMEN

En el ámbito político-institucional, la pandemia Covid-19, al llegar a Brasil, reveló una crisis de coordinación con una fuerte dimensión federativa. Este artículo tiene como objetivo analizar el proceso de concertación entre los municipios y el estado para la implementación y revisión del Modelo de Distancia Controlada. El lugar de la investigación fue el estado de Rio Grande do Sul. Se trata de una investigación cualitativa, que adopta el paradigma de la teoría crítica y utiliza los supuestos metodológicos del Análisis Crítico del Discurso (ACD). El análisis se basó en la posición de la Federación de Asociaciones de Municipios de Rio Grande do Sul (Famurs), emitida a través de noticias publicadas en el sitio web de la entidad. Hubo conflictos entre municipalización y regionalización, la dinámica del modelo y la dinámica de regionalización de la salud y el fuerte choque entre salud e impacto económico a lo largo del proceso de adopción del modelo.

Palabras clave: Covid-19. Descentralización. Distancia Controlada. Gestión Compartida. Regionalización.

Como citar este artigo: ALLEBRANDT, Sérgio Luís et al. Planejamento regional e pandemia: o modelo de distanciamento controlado do Rio Grande do Sul. **DRd - Desenvolvimento Regional em debate**, v. 10, p. 1403-1428, 11 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.24302/drd.v10i0.3317>

Artigo recebido em: 10/11/2020

Artigo aprovado em: 11/12/2020

Artigo publicado em: 11/12/2020

1 INTRODUÇÃO

No âmbito político-institucional, a pandemia de Covid-19, ao atingir o Brasil, revelou uma crise de coordenação de forte dimensão federativa. Entraves de articulação intra e intergovernamental; indefinição e sobreposição de atribuições e funções; dificuldades de execução e integração de ações e serviços; protagonismo de alguns governos e omissão de outros; posturas de lideranças políticas que contrapõem o negacionismo científico às questões epidemiológicas, ou que opõem a defesa da vida à defesa da economia (CAPONI, 2020); além de informações contraditórias sobre a doença compuseram esse cenário. Tensões referentes à atuação do Estado em sua dimensão federativa são de natureza diversa – características do arranjo federativo, desigualdades socioespaciais etc. – e têm origem prévia ao surgimento da pandemia global. No entanto, o cenário pandêmico foi responsável por agudizar e descortinar essas tensões (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

A primeira comunicação oficial sobre a suspeita de novo vírus foi feita à Organização Mundial da Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019. Trinta dias depois a OMS declarou alerta internacional diante da expansão incontrolável do novo coronavírus, e em 11 de março modificou o alerta para a decretação de pandemia global.

No Brasil, Ministério da Saúde (MS), governos estaduais e municipais começaram a estabelecer medidas para o enfrentamento das consequências do novo coronavírus. O MS ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-Covid-19) em 22 de janeiro de 2020. Entre os governos estaduais, um estado aprovou o plano de contingência ainda em janeiro, outros vinte em fevereiro e cinco em março. No Rio Grande do Sul (RS) o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) apresentou o Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana pelo Covid-19 no final de janeiro, publicado em 2 de fevereiro de 2020 (RIO GRANDE DO SUL. SES-RS, 2020), para se preparar para o monitoramento, controle e assistência a casos de infecção.

Devido à inexistência de vacinas de imunização e de medicação específica testada para a assistência aos infectados, discutem-se em âmbito mundial medidas de isolamento e distanciamento social, de quarentena e mesmo de *lockdown* com o objetivo de evitar ou diminuir o contágio, sem que se chegasse a uma sobrecarga da rede hospitalar. Diversos estudos neste sentido têm sido publicados recentemente (AQUINO et al., 2020; WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020; BARROS et al., 2020; ALLCOTT et al., 2020).

Municípios e estado passam a estabelecer medidas preventivas e restritivas diversas. Após o levante de uma frente de ações capitaneadas pelos prefeitos gaúchos, no início de abril o Governo estadual do RS estabeleceu novas regras de funcionamento de comércio e serviços não considerados essenciais e ao longo do mesmo mês apresentou seu plano de distanciamento controlado para ser implantado a partir de maio de 2020.

Este artigo tem por objetivo analisar o processo de pactuação entre municípios e estado para fins de implementação e revisões do Modelo de Distanciamento Controlado no Rio Grande do Sul, para tanto, parte do seguinte questionamento: Como ocorreu o processo de pactuação entre os municípios e estado no que se refere a implementação e revisões do Modelo de Distanciamento Controlado no Rio Grande do Sul? A pandemia global ocasionada pelo Covid-19 revelou a necessidade iminente de mais pesquisas que contemplem a temática

da saúde, não apenas no que se refere a descoberta de novos tratamentos ou ferramentas de diagnóstico, mas também que possam avaliar questões relacionadas ao desenvolvimento regional, as políticas públicas e seu planejamento e gestão. Assim, o presente estudo encontra-se ancorado na temática da regionalização da saúde e seu referencial metodológico tem por fundamento os pressupostos da análise crítica do discurso.

Embora existam disposições legais que orientem os pressupostos para a organização do SUS na sua esfera regional, esse processo não ocorre de forma pacífica ou neutra. É preciso considerar tanto as iniquidades e desigualdades regionais que marcaram a herança histórica de uso, ocupação, conformação política e econômica do território brasileiro (ALBUQUERQUE et.al., 2017), como o fato de que cada território é permeado por disputas, relações sociais, espaços de poder, atores hegemônicos e características próprias que podem diferenciá-lo do território vizinho. Assim, sua análise não deve ignorar as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção (SANTOS, 1998).

Até recentemente o território era definido como a área de atuação do Estado e, por isso, suas divisões compreendiam apenas as instâncias do poder público federal, estadual e municipal. Ao entender o território enquanto apropriação social (política, econômica e cultural) um salto qualitativo foi dado, tanto no que se refere às escalas quanto às funções que cada recorte territorial admite. É nessa perspectiva que essa categoria ganha dinamicidade, alterando-se a partir do jogo conflituoso (de poder) próprio das relações sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 37).

Para além de todos esses elementos, no caso do Rio Grande do Sul a regionalização da saúde, seja no que se refere a sua divisão de macrorregiões ou de regiões, não coincide com a regionalização das associações de municípios e dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento, o que implica em desafios enormes para o planejamento regional e a organização de ações.

Importa registrar que o presente estudo não se propõe a analisar a efetividade da adoção do modelo sob o ponto de vista dos indicadores de saúde relativos ao Covid-19, tratando-se de uma análise com foco no planejamento da regionalização da saúde.

Nesse sentido, o artigo está organizado, além desta introdução, em mais quatro seções: na seção apontamentos metodológicos são apresentadas as opções e procedimentos que orientam o estudo; na seção seguinte é realizada uma breve síntese do processo histórico de organização da regionalização da saúde no Rio Grande do Sul; na sequência é apresentado o Modelo de Distanciamento Controlado do Rio Grande do Sul, abordando-se o contexto de criação e o funcionamento dessa ferramenta adotada, com o objetivo de orientar a tomada de decisão partindo de análises de forma regionalizada acerca de indicadores econômicos e de saúde; em seguida, a partir da análise crítica do discurso da Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (Famurs), frente ao modelo de distanciamento controlado, é analisado o conflito e a busca de entendimento entre os atores envolvidos na gestão do modelo. Conclui-se com as considerações finais e as referências.

2 APONTAMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

No âmbito da política pública de saúde, as disparidades existentes entre os municípios por condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas, financeiras e da estrutura da rede de atenção, apresentam desafios cujo enfrentamento transpõe o território municipal, uma vez que a integralidade no cuidado depende da articulação de sistemas municipais de atenção organizados em redes regionais. Esses aspectos expõem a necessidade de que, para além da organização tripartite do Sistema Único de Saúde, haja articulação intermunicipal, conferindo um novo modelo de governança capaz de aliar a descentralização com a necessidade de integração solidária (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

O atraso da regionalização no SUS prejudicou a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, no lugar de uma rede interdependente e cooperativa, foram se desenvolvendo cenários de ampliação de disputas por recursos entre os municípios. A ausência do planejamento regional para as estratégias de descentralização acirrou desigualdades e fragilizou o papel das esferas estaduais. Assim, a governança da regionalização se apresenta como uma forma de organização do sistema que busca ampliar o acesso e diminuir as iniquidades, fortalecendo os princípios da universalidade e integralidade. Entretanto, muitos desafios e disputas se apresentam também na busca pela consolidação das regiões de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Diante do exposto, a metodologia escolhida busca investigar a repercussão dessas tensões diante da pandemia da Covid-19. Para tanto, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa pode ser considerada emergente, uma vez que o padrão geral de entendimento surge à medida que ela começa com códigos iniciais e resulta em uma teoria baseada na realidade e na interpretação ampla. Isso significa que o pesquisador realiza uma interpretação dos elementos, o que inclui a descrição de um cenário, análise de dados para identificar temas ou categorias, a partir dos quais surgem conclusões sobre o seu significado e, também, mais perguntas a serem feitas. O filtro aplicado sobre os dados e as verificações sobre eles, partem de uma lente que considera um momento sociopolítico e histórico determinado (CRESWELL, 2007).

Assim, o presente estudo inscreve-se no paradigma da teoria crítica. A teoria crítica contempla a análise rigorosa da argumentação e do método, na medida em que tem por foco uma consistência lógica entre argumentos, procedimentos e linguagem, sempre considerando que as regras e padrões da metodologia científica são historicamente construídos e vinculados a valores sociais e relações políticas, que, frequentemente, podem ser omitidos pelo discurso (ALVES-MAZZOTTI, 2000).

O referencial metodológico está ancorado nos pressupostos da análise crítica do discurso (ACD), que se refere à análise de relações dialéticas entre semioses e outros elementos das práticas sociais. A semiose atua de três maneiras distintas: a) como parte da atividade social inserida em uma prática; b) nas representações; c) no desempenho de posições particulares (FAIRCLOUGH; MELO, 2012).

Enquanto estrutura analítica desse modelo podem ser combinados elementos relacionais com elementos dialéticos. Em uma combinação que contempla uma apreciação

negativa, no diagnóstico do problema, com uma apreciação positiva, na identificação das possibilidades até então não concebidas para a sua resolução, levando em conta a maneira como as coisas estão. Assim, pode ser descrita em cinco estágios:

O estágio 1 destaca um problema da vida social; o estágio 2 aborda de forma indireta um diagnóstico para o problema, questionando qual é o obstáculo a ser superado; o estágio 3 consiste em considerar se a ordem social precisa do problema, ou seja, estabelecer, por uma apreciação crítica, que a ordem social gera uma série de problemas necessários para que ela se mantenha viva, ou seja, averiguar se aquela posição se trata de um discurso ideológico; estágio 4, transforma a apreciação crítica negativa em positiva, pela identificação das possibilidades de mudanças ainda não concebidas ou concebidas parcialmente; por fim, o estágio 5 é um momento em que a análise se torna reflexiva, questionando, por exemplo, sua eficácia como apreciação crítica, sua contribuição para a emancipação social (FAIRCLOUGH; MELO, 2012).

A categoria analítica abordada neste artigo foi o processo de pactuação entre os municípios e estado no que se refere a implementação e revisões do Modelo de Distanciamento Controlado no Rio Grande do Sul.

A partir da categoria analítica escolhida, os estágios de investigação para o presente estudo podem ser descritos conforme a Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos estágios de investigação da ACD

Estágio 1	Criar um modelo uniforme de indicadores, com base em critério de saúde e de atividade econômica, capaz de permitir análises regionais sobre a propagação da Covid-19.
Estágio 2	Superar possíveis tensões no processo de pactuação.
Estágio 3	Em havendo tensões, averiguar se elas são pertinentes ou consistem em um discurso ideológico.
Estágio 4	Essas tensões podem servir para aprimorar o modelo?
Estágio 5	Análise reflexiva sobre a temática

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

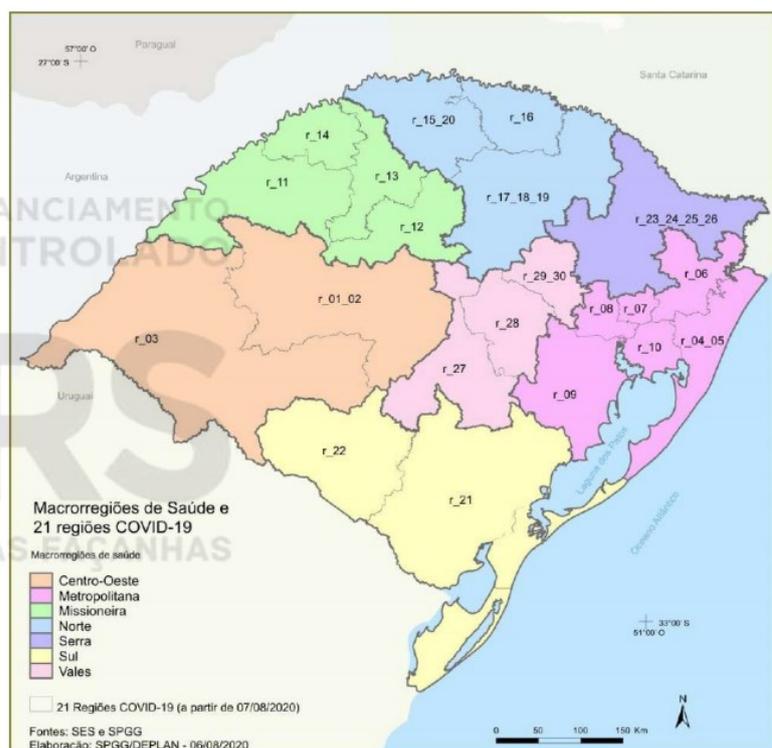
Assim, a partir da análise do posicionamento da Famurs, emitida por meio do site da entidade, pretende-se analisar o discurso da entidade representativa dos prefeitos gaúchos ao longo das primeiras quinze rodadas de utilização do Modelo de Distanciamento Controlado do Rio Grande do Sul, a fim de verificar, com fulcro nos cinco estágios da ACD, como se deu o processo de pactuação entre os municípios e estado no que se refere a implementação do Modelo de Distanciamento Controlado no Rio Grande do Sul.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa com dados abertos. A escolha desse lapso temporal levou em conta o fato de que este estudo investiga o tempo presente e o Modelo de Distanciamento Controlado segue em vigor, com fulcro no Decreto Estadual nº 55.240 de 10 de maio de 2020 (RIO GRANDE DO SUL, 2020a).

O lócus da pesquisa é o estado do Rio Grande do Sul. Nesse território, o Sistema de Saúde está organizado em trinta regiões e sete macrorregiões. No entanto, para o acompanhamento dos indicadores relativos à Covid-19, reuniram-se algumas regiões de

saúde, totalizando 21 regiões de Distanciamento Controlado Covid-19⁶ (Figura 1), mantido o recorte territorial das sete macrorregiões. O critério para tanto foi assegurar que em cada região existam hospitais de referência com leitos de Unidade de Terapia Intensiva, considerando que esse recurso hospitalar é necessário para o tratamento dos casos mais graves da doença.

Figura 1 – Divisão das regiões de saúde no Modelo de Distanciamento Controlado



Fonte: SES/SEPLAG (2020)

3 A ORGANIZAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

A Constituição Federal de 1988, além do ineditismo no que se refere ao reconhecimento de um amplo rol de direitos sociais, estabeleceu um modelo de federação diferenciado, caracterizado pela existência de três esferas de governo, cada qual dotada de autonomia e com amplas responsabilidades na gestão de políticas públicas. Esse novo desenho parte do objetivo de gerar um Estado descentralizado, mais suscetível ao controle democrático por parte das populações locais, capaz de estimular o trabalho conjunto e o compartilhamento de recursos entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2016).

⁶Inicialmente foram definidas vinte regiões. No início de agosto, tendo em vista a criação de quarenta leitos de UTI nas regiões Carbonífera e Costa Doce, foi criada a 21ª região de Distanciamento Controlado, até então vinculada à região de Porto Alegre.

Diante desse desenho, a efetivação da política pública de saúde pode ser citada como um exemplo de demanda pela formulação de mecanismos de articulação entre os entes federados, a fim de que se tornasse viável operacionalizar um Sistema Único de Saúde. Assim, devido ao estabelecimento de competência tripartite para a gestão do SUS, a organização das ações deveria perpassar por um necessário processo de regionalização e municipalização, o que implicou na pactuação entre as três esferas de governo e em uma repartição de competências que pudesse assegurar o preconizado pelo princípio da integralidade. O modelo se tornaria viável a partir da aplicabilidade de três orientações expressas no artigo 7º da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990): conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

No âmbito do SUS a pactuação entre os entes trata-se de um processo que ocorre por meio de uma ferramenta de gestão pública de saúde denominada de Programação Pactuada e Integrada (PPI), que, em consonância com o processo de planejamento regionalizado e hierarquizado, define e delimita as ações de saúde para atender as necessidades da população em cada território. Logo, são pactos estabelecidos pelos gestores da saúde, com o objetivo de garantir à população o acesso aos serviços de saúde (MOREIRA; TAMAKI, 2017).

Esses foram os pilares do princípio da integralidade, pensado na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). A integralidade se dá em duas dimensões: focalizada e ampliada. A primeira representa o compromisso de promover a melhor escuta das necessidades de saúde trazidas pela população por uma equipe ou um serviço determinado; já a última corresponde a articulação entre os serviços de saúde e seus diversos graus de complexidade e densidade tecnológica (CECÍLIO, 2006).

Para tanto foi necessário estimular os municípios a construírem uma rede de serviços de saúde para atender a população local, considerando a proximidade entre as pessoas e esse ente federativo. Ao longo de um período que se estendeu do final dos anos 1980 até o início dos anos 2000, a implementação da política pública de saúde foi sendo construída a partir dessa organização pautada na municipalização (GUIMARÃES et. al., 2013a).

No período subsequente, entretanto, a regionalização passa a ser compreendida como um elemento importante na melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, sobretudo, no que se refere as demandas consideradas como de média e alta complexidade (GUIMARÃES et. al., 2013a). A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001), estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade e instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal.

Em decorrência dessa normativa ampliaram-se os instrumentos de gestão regional com a criação dos planos diretores de regionalização e dos colegiados de gestão regional (LIMA et al., 2012). Além da Norma Operacional da Assistência à Saúde, em 2006 o Pacto pela Saúde também contribuiu para que se avançasse na definição da responsabilidade sanitária de cada

ente da Federação e no estabelecimento de diretrizes para a criação de redes de atenção e serviços regionalizados (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

Logo, a regionalização da saúde corresponde a articulação entre gestores estaduais e municipais visando a implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento na sua região (PAIM, 2009). A ferramenta utilizada para alcançar esse intento são as redes de saúde. Elas procuram dar conta desta coprodução entre a rede assistencial e o território. Contudo, o território não é apenas um espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial, ele também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido (RIGHI, 2010).

A região de saúde, portanto, não se constitui em um mero recorte administrativo, restrito às ações governamentais multissetoriais e multiníveis que se desdobram nesse espaço, ela é produto de um território onde prosperam expectativas econômicas, sociais, políticas, institucionais e pessoais, que muitas vezes colidem de acordo com a perspectiva de cada indivíduo ou grupo. Processos políticos de regionalização da saúde, portanto, se beneficiam da complexidade dos territórios e de arranjos de governança para a sua implementação. Desses arranjos pode resultar o desenvolvimento local e regional, a partir de intervenções realizadas pelo setor público, que agregam valor as relações desenvolvidas no território como um todo (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

A partir de um dispositivo de gestão no território das regiões de saúde é possível articular diferentes atores no processo de planejamento, entretanto, essa forma de organização demanda uma atitude cooperativa entre os entes federados, o que implica em uma mudança substantiva no modo como o planejamento vai ser produzido. Há uma mudança de paradigma que norteia toda essa construção e rompe com um modelo tradicionalmente encastelado em gabinetes para encontrar um espaço de produção comum, coletivo, implicada pela realidade que se vivencia em determinado território e pelos diferentes atores sociais que fazem parte do cotidiano. O desafio central, portanto, reside em inventar práticas de gestão coletivas capazes de estimular processos de governança regional por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), com um olhar voltado para o interesse da região e com a participação da comunidade (GUIMARÃES et al., 2013a).

Todos esses elementos remetem para a análise do espaço regional, considerando que as marcas da iniquidade e da diversidade estiveram reiteradamente presentes na formação e no desenvolvimento do país em sua dimensão territorial. No âmbito regional, destacam-se processos muito específicos de desenvolvimento desigual em qualquer uma das dimensões em que se proponha fazer uma análise. Esses complexos processos, influenciaram não apenas o dinamismo econômico, mas também foram responsáveis pelo afastamento de grande parcela da sociedade das reformas sociais, da distribuição da renda, da habilitação pela propriedade e do acesso aos direitos (BRANDÃO, 2019).

Considerando esses aspectos, a partir de uma aproximação com o lócus de estudo é possível relatar que no Rio Grande do Sul, ainda no ano de 1964, por meio do Decreto Estadual nº 16.773/64, foi criado o Departamento dos Serviços Regionais no âmbito da Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS). A partir do referido departamento foram estruturadas regiões administrativas com o objetivo de gerenciar as ações de saúde existentes à época em

nível regional. Essas estruturas, ao longo do tempo, foram se constituindo como espaços estratégicos de intensa disputa política (GUIMARÃES et. al., 2013a).

Importa mencionar que no Rio Grande do Sul, várias secretarias de estado realizaram as suas próprias divisões regionais, uma vez que necessitavam operar em bases regionais. A Secretaria da Saúde foi a primeira a adotar a regionalização para fins administrativos. Ao longo dos anos 1970, com o advento da Geografia Quantitativa, houve um aumento expressivo de estudos acerca da divisão regional. A dificuldade em reunir e relacionar diversos indicadores com numerosas variáveis de ordem física, humana e econômica, passou a ser operacionalmente resolvido com o emprego de técnicas quantitativas. Essa ferramenta metodológica, aliada à ideologia desenvolvimentista da década, propiciou a organização de diversos instrumentos de planejamento impregnados de pragmatismo. Esse fato pode ser verificado em vários estados brasileiros em trabalhos elaborados por técnicos de órgãos públicos estaduais (MESQUITA, 1984).

Após a publicação da NOAS/SUS 01/01, entretanto, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) do Rio Grande do Sul, publicado em 2002, referia que a primeira etapa a ser vencida para que se pudesse implantar um processo de regionalização no território gaúcho seria romper com a herança do clientelismo, favoritismo e de naturalização das condições adversas de vida e saúde da população, bem como estabelecer uma relação de igualdade com os municípios e prestadores de serviços, e não a partir de critérios políticos partidários. Invertendo, portanto, o fluxo de encaminhamento de demandas diretamente ao gabinete para que a instância regional fosse compreendida como o espaço de pactuação e planejamento da atenção à saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A partir do PDR o território gaúcho foi dividido em 172 módulos assistenciais, 93 microrregiões e 07 macrorregiões de saúde. O ponto de partida que norteou a construção daquele desenho foi o território das regiões administrativas. No período de dez anos que se seguiram à publicação do PDR, pelo menos três aspectos merecem destaque: a) a percepção de que as alterações de municípios entre regiões administrativas, microrregiões ou macrorregiões de saúde se dava sem critério técnico, sendo provocadas para atender a demandas de acomodação política; b) o desenho das redes de saúde no estado; c) a criação de instâncias de pactuação regionalizadas (GUIMARÃES et al., 2013b).

Com relação ao primeiro ponto urge destacar que o PDR previa em médio prazo a independência das microrregiões e macrorregiões de saúde do território administrativo, ou seja, sua característica de expressar o território vivo da saúde deveria funcionar como indutora da necessidade de adequação das regiões administrativas. Entretanto, as mudanças ocorridas na primeira década demonstram que as mudanças de municípios entre as regiões administrativas foram motivadas, sobretudo, pela composição de arranjos políticos específicos ou dificuldades dos próprios equipamentos instalados nos territórios para orientar a região administrativa ou contribuir de forma qualificada com alguns municípios (GUIMARÃES et al., 2013b).

Ainda, na primeira década dos anos 2000, o gestor estadual gaúcho investiu na ampliação das redes de atenção secundária e terciária, a compreensão do termo “rede” partia da ideia de um conjunto de serviços relacionados à determinada especialidade médica. A atenção primária, portanto, não era compreendida como a porta de entrada ou o ponto de partida do cuidado com o usuário. Esses serviços assistenciais eram contratados pelo gestor

estadual que centralizava a gerência dos prestadores privados de serviço para o atendimento dos usuários do SUS, esse fator contribuiu para ampliar a ideia preconcebida de que o conceito de região de saúde se associava ao de região administrativa (GUIMARÃES et al., 2013b).

No Rio Grande do Sul, desde o ano de 2003 existiam Comissões Intergestores Regionais funcionando nas Coordenadorias Administrativas, entretanto, o processo de trabalho dessa esfera regional de pactuação reproduzia um modelo burocrático e com baixa capacidade de negociação coletiva, mantido sob controle do gestor estadual (GUIMARÃES et al., 2013b).

A partir de 2006, o planejamento da gestão e a construção coletiva de mecanismos de gestão compartilhados e descentralizados são estimulados ainda mais com o Pacto pela Saúde e o Pacto de Gestão (GUIMARÃES et al., 2013a), porém, o primeiro não foi aderido pelos municípios gaúchos. Aventa-se que essa postura tenha sido consequência de longos anos da prática de uma política por parte do gestor estadual voltada para a manutenção do modelo de gestão tradicional, associada à baixa capacidade de realizar reflexões acerca da necessária mudança de postura para que fosse possível efetivar uma gestão verdadeiramente compartilhada (GUIMARÃES et al., 2013b).

A publicação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011) reafirmou a importância da territorialização e da organização dos serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. O termo região é definido por esse instrumento normativo como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Ainda, a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite n. 37/18, orientará que a organização das regiões de saúde tem por intento garantir a resolubilidade da atenção à saúde, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável. Seguindo essa lógica organizativa proposta pelo mencionado Decreto, por meio da Resolução nº 555/12- CIB/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2012), o estado foi reorganizado em trinta regiões de saúde, sendo mantida a sua divisão em sete macrorregiões.

No ano de 2020, em um contexto de pandemia, a organização das regiões de saúde foi utilizada, com adequações, como parâmetro para a construção do Modelo de Distanciamento Controlado no Rio Grande do Sul. A necessidade de reorganizar e unir alguns territórios em um contexto de crise descortinou problemas estruturais do ponto de vista das iniquidades regionais da rede de atenção à saúde.

4 O MODELO DE DISTANCIAMENTO CONTROLADO DO RIO GRANDE DO SUL

No Rio Grande do Sul, tão logo se iniciou a confirmação de casos da Covid-19, os municípios passaram a publicar decretos com a definição de ações que previam regulação

sobre as atividades econômicas e a vida social. O isolamento social foi adotado com o intento de controlar a circulação do vírus e mitigar o índice de contaminação da Covid-19, enquanto se pudesse ampliar e preparar uma melhor estrutura hospitalar para os atendimentos em saúde (FAMURS, 2020).

Além dessas ações, considerando o relato amplamente noticiado da experiência de colapso da rede hospitalar em países da Europa e algumas aparentes tensões existentes no âmbito federal e que culminaram em trocas sucessivas de ministros da saúde (ZYLBERKAN; CAMPOS, 2020; UOL, 2020; MARIZ, 2020), alguns municípios avançaram no desenvolvimento de ações como a instalação de locais para o isolamento e atendimento de pessoas contaminadas. Essas instalações eram organizadas com a intenção de poder acolher uma possível demanda desordenada, que implicasse na falta de leitos hospitalares (PIOVESAN, 2020).

Em 19 de março de 2020, o governo estadual publicou o Decreto n. 55.128 (RIO GRANDE DO SUL, 2020b), que declarou estado de calamidade pública em todo o território para fins de prevenção e enfrentamento à epidemia causada pela Covid-19, para tanto estipulou medidas emergenciais a serem adotadas no âmbito do estado e dos municípios. Em 20 de março de 2020, diante de inúmeros decretos municipais que determinavam práticas proibitivas para as atividades econômicas e a sociedade em geral, o Decreto estadual n. 55.130 (RIO GRANDE DO SUL, 2020c) disciplinou acerca das atividades consideradas essenciais. No que se refere ao Sistema de Saúde, o Plano de Contingência Hospitalar, construído pelo Departamento Estadual de Regulação da SES-RS, apresentou o número total de leitos existentes por macrorregião de saúde para o enfrentamento da pandemia, bem como o cronograma de ampliação da capacidade hospitalar instalada.

Todas essas ações ampliam o debate acerca do isolamento social. A partir disso, os posicionamentos que colocavam em lados antagônicos as temáticas da saúde e da economia passam a se ampliar. Essa postura, segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) Covid-19, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), se fundamentou, sobretudo, na dependência financeira dos trabalhadores e pequenos empregadores pela manutenção da atividade econômica como condição de possibilidades para a geração de renda e sustento das famílias (CARVALHO, 2020).

Segundo revelou a pesquisa, divulgada em 2 julho de 2020, durante os primeiros meses da pandemia os trabalhadores por conta própria receberam efetivamente apenas 60% do que habitualmente recebiam; os trabalhadores do setor privado sem carteira assinada receberam efetivamente 76% do habitual; os empregadores também foram severamente atingidos, tendo recebido 69% do habitual. Ainda, em relação a empregos com carteira assinada, em maio, o Rio Grande do Sul fechou 32,1 mil vagas, conforme dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), sendo o quarto pior desempenho do país (RIO GRANDE DO SUL. STAS-RS, 2020).

Diante desse contexto, formulado por um grupo de especialistas em saúde e economia, o Modelo De Distanciamento Controlado foi construído e vem sendo monitorado e revisado a partir de uma análise técnica que parte do pressuposto de que durante a pandemia, o funcionamento normal da economia aceleraria a sua circulação e com isso aumentaria o quantitativo de pessoas infectadas. Considerando essas externalidades negativas, se fazia necessária a regulação do Estado sobre a atividade econômica. Assim, como já vinha

ocorrendo em diversos países, a estratégia adotada foi a de determinar o fechamento de setores produtivos com a finalidade de que o distanciamento social provocado por essa ação pudesse contribuir com a diminuição do contágio, reduzindo a demanda por atendimentos nos serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado, 2020).

Os técnicos reconheciam, entretanto, que essa ação teria por efeito colateral a queda na atividade econômica, com impactos como o aumento do desemprego, queda da arrecadação e recessão. Por isso, estudaram a elaboração de uma ferramenta que contemplasse a análise do aumento da capacidade do sistema de saúde em lidar com a pandemia, os efeitos do distanciamento social e uma estratégia que contemplasse uma retomada econômica dentro de um contexto de flexibilização capaz de identificar de que forma poderia se obter o máximo de ganho econômico com menor risco possível. Logo, a metodologia de construção do Modelo de Distanciamento Controlado foi construída com base no dilema fundamental presente na decisão de abertura controlada: saúde versus impacto econômico (RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado, 2020).

Assim, foi criado um sistema de bandeiras, com protocolos obrigatórios e critérios específicos a serem adotados pelos diferentes setores econômicos. Para fins de análise, após a divisão do território em regiões, foram estabelecidos dois grupos de medidas: velocidade de propagação da Covid-19 e capacidade de atendimento do sistema de saúde. Ainda, foram selecionados onze indicadores que no cômputo final determinam a classificação das bandeiras de cada região (Quadro 2) (RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado, 2020).

Quadro 2 – Indicadores do Modelo de Distanciamento Controlado do Rio Grande do Sul

Grupo	Subgrupo	Indicador	Região de Análise	Peso do indicador
Propagação	Velocidade do Avanço	Nº de hospitalizações confirmadas para Covid-19 registradas nos últimos 7 dias / (1+Nº de hospitalizações confirmadas para Covid-19 registradas nos 7 dias anteriores)	Região	0,375
		Nº de internados por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em UTI no último dia / (1+Nº de internados por SRAG há 7 dias atrás)	Macrorregião	0,375
		Nº de Pacientes Covid-19 (Confirmados) em leitos clínicos no último dia / (1+Nº de Pacientes Covid-19 (Confirmados) em leitos clínicos há 7 dias atrás)	Macrorregião	0,375
		Nº de Pacientes Covid-19 (Confirmados) em leitos UTI no último dia / (1+Nº de Pacientes Covid-19 (Confirmados) em leitos UTI há 7 dias atrás)	Macrorregião	0,375
	Estágio da evolução	Ativos na última semana / (1+Recuperados nos 50 dias anteriores ao início da semana)	Região	1
	Incidência de novos casos sobre a população	Nº de hospitalizações confirmadas para Covid-19 registradas nos últimos 7 dias por 100.000 habitantes	Região	1,25
		Projeção de Nº de Óbitos para o período de 1 semana para cada 100.000 habitantes	Região	1,25
Capacidade de Atendimento	Capacidade de Atendimento	Leitos de UTI Livres / Leitos de UTI ocupados por pacientes Covid	Macrorregião	1,25
		Leitos de UTI Livres / Leitos de UTI ocupados por pacientes Covid	Estado	1,25
	Mudança da	Nº de leitos de UTI livres no último dia para aten-	Macrorregião	1,25

	Capacidade de Atendimento	der Covid / Nº de leitos de UTI livres 7 dias atrás para atender Covid		
		Nº de leitos de UTI livres no último dia para atender Covid / Nº de leitos de UTI livres 7 dias atrás para atender Covid	Estado	1,25

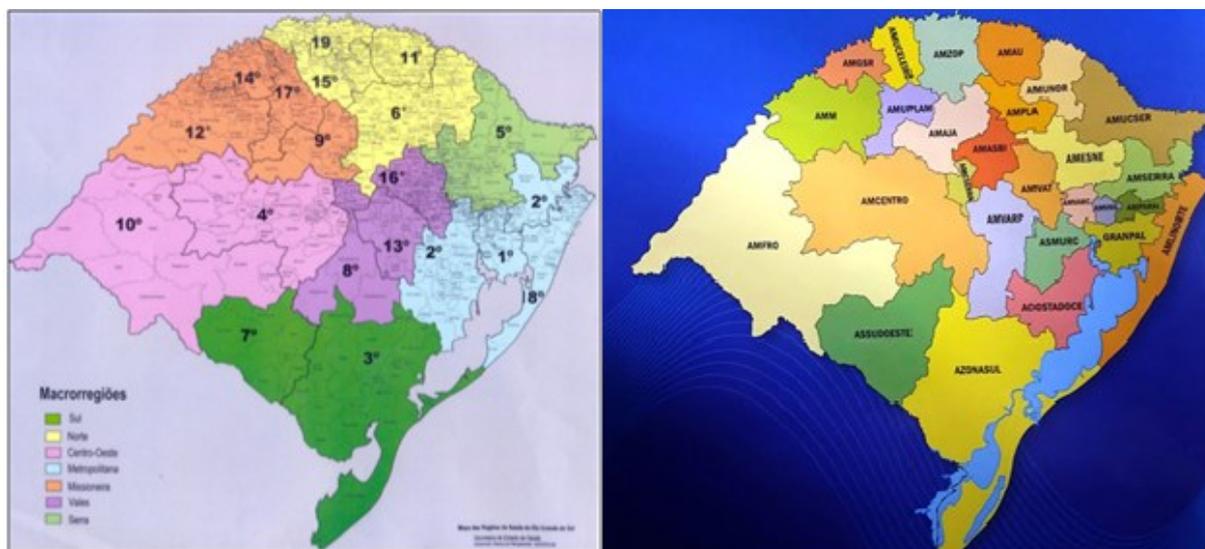
Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Modelo de Distanciamento Controlado (2020)

Para cada indicador é atribuída uma cor de bandeira que será dada pelo seu valor e os pontos de cortes definidos. Para a definição de todas as bandeiras, o exato valor inferior está incluído no intervalo, enquanto o exato valor superior está excluído do intervalo. Os indicadores, que possuem pesos diferentes, poderão ser calculados para a região de saúde, para a macrorregião de saúde ou para o estado como um todo. Quando calculado por macrorregião de saúde, todas as regiões dentro da mesma macrorregião receberão o mesmo valor do indicador. Quando calculado para o estado como um todo, todas as regiões receberão o mesmo valor para o indicador. Para fazer a média das bandeiras referentes a cada indicador, atribuiu-se um valor: amarela = 0; laranja = 1; vermelha = 2; preta = 3. No mesmo sentido, a categorização da bandeira final é obtida por meio do arredondamento da média ponderada das bandeiras dos indicadores, conforme os pesos aplicados. Se a média ponderada arredondada = 0, então a bandeira final será amarela. Se a média ponderada arredondada = 1, então a bandeira final será laranja. Se a média ponderada arredondada = 2, então a bandeira final será vermelha. Se a média ponderada arredondada = 3, então a bandeira final será preta (RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado, 2020).

Assim, de acordo com o grau de risco em saúde apurado pela análise dos dados, cada região recebe uma bandeira nas cores amarela, laranja, vermelha ou preta. O monitoramento é realizado de forma semanal. Cada bandeira estabelece protocolos obrigatórios, além de critérios específicos para cada setor econômico. A função central do modelo é fazer com que as bandeiras sirvam como alertas, gerando restrições menores ou maiores conforme a propagação da doença e a capacidade de atendimento do sistema de saúde.

Apesar de bem estruturado, a construção do modelo não incorporou a dinâmica própria da regionalização da saúde, na medida em que houve a reunião de regiões sem a prévia articulação com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), enquanto instâncias regionais de pactuação. As unidades descentralizadas da SES/RS, não participaram do debate e os espaços de deliberação eram estabelecidos com as associações dos municípios, cuja organização difere substancialmente da organização das regiões de saúde. Em alguns casos, uma mesma associação de municípios precisava se reportar a diferentes regiões de saúde para bem representar seus municípios.

Figura 2 – Mapa com divisão das Macrorregiões, Coordenadorias Regionais de Saúde e Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul x mapa com a área de abrangência das associações de municípios do Rio Grande do Sul



Fonte: SES/RS; AMFRO (2020)

Ademais, o sistema também não foi isento de enormes pressões oriundas das entidades representativas do Comércio e Indústria, pela reabertura das atividades, inclusive a Federação do Comércio de Bens e de Serviços do Estado do Rio Grande do Sul (Fecomércio-RS), conforme aponta Faleiro (2020).

5 CONFLITO E BUSCA PELO ENTENDIMENTO NA GESTÃO DO MODELO

A Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (Famurs) é composta por 27 Associações Regionais, a entidade representa todos os municípios gaúchos, reunindo prefeitos, vices-prefeitos, secretários, técnicos e órgãos de gestão pública municipal. Tem por papel institucional garantir a representatividade dos agentes locais e buscar o fortalecimento do municipalismo. O assessoramento e qualificação dos gestores também compõem a agenda de trabalho da entidade (FAMURS, 2020).

Assim, tendo por banco de dados as notícias emitidas pela assessoria de comunicação e publicadas no endereço eletrônico da Famurs, foi possível estabelecer uma linha cronológica com relação ao posicionamento da entidade sobre a criação de um modelo uniforme de indicadores, com base em critérios de saúde e de atividade econômica, capaz de permitir análises regionais sobre a propagação da Covid-19.

Quadro 3 – Notícias vinculadas pela Famurs

Título da notícia	Data da publicação
Famurs envia comunicado a governador Eduardo Leite e pede medidas mais firmes no combate ao coronavírus	21/03/2020
Mais de 360 municípios decretaram situação de emergência, calamidade ou prevenção no Rio Grande do Sul	23/03/2020
Famurs se posiciona em defesa da vida e dos municípios do Rio Grande do Sul	25/03/2020
Famurs propõe decreto único para Estado e municípios	26/03/2020
Com mais de 110 entidades gaúchas, Famurs assina carta em apoio às orientações da OMS	30/03/2020
Governo do Estado publica decreto que determina fechamento do comércio até 15 de abril	01/04/2020
Em reunião com Ministério Público, prefeitos debatem isolamento social e atendimento do comércio	03/04/2020
Famurs protocola mais 268 decretos municipais de calamidade na Assembleia Legislativa	03/04/2020
Assembleia Legislativa reconhece a ocorrência do estado de calamidade pública em municípios gaúchos	08/04/2020
Famurs entrega novos decretos municipais de calamidade pública nesta quarta-feira para a Assembleia Legislativa	14/04/2020
Assembleia Geral pauta principais demandas regionais durante combate à pandemia	14/04/2020
Famurs entrega novos decretos municipais de calamidade para a Assembleia Legislativa	15/04/2020
Novo decreto do governo flexibiliza abertura do comércio em municípios do interior gaúcho	15/04/2020
Dudu Freire fala sobre modelo de distanciamento controlado proposto pelo governo em entrevista para Rádio Gaúcha	22/04/2020
Prefeitos discutem estratégias de distanciamento controlado com o governador Eduardo Leite	29/04/2020
Governo do estado publica novos decretos sobre o Sistema de Distanciamento Controlado	15/06/2020
Governo do RS anuncia mudanças na divulgação das bandeiras do Distanciamento Controlado	17/06/2020
RS tem quatro regiões com bandeira vermelha na sétima rodada do Distanciamento Controlado	23/06/2020
Famurs articula reunião com o governador para debater bandeiras do Distanciamento Controlado	21/07/2020
Maneco fala sobre mudanças no Modelo de Distanciamento Controlado em entrevista à Rádio Gaúcha	21/07/2020
Famurs e associações regionais intensificam diálogo com governo sobre alterações no modelo de Distanciamento Controlado	21/07/2020
Famurs e Governo do Estado publicam nota conjunta sobre o Distanciamento Controlado	21/07/2020
Nota Famurs sobre o modelo de Distanciamento Controlado do Governo do Estado	31/07/2020
Pesquisa da Famurs revela o pensamento dos prefeitos sobre o modelo de distanciamento controlado do governo do Estado	04/08/2020
Maioria das regionais optam por aderir cogestão na definição do modelo de distanciamento controlado	04/08/2020
Governo atende pedido da Famurs e anuncia alteração de protocolo para permitir funcionamento parcial do comércio e restaurante no RS	04/08/2020
Cogestão do distanciamento controlado entra em vigor na próxima semana	07/08/2020
Governo oficializa cogestão no distanciamento controlado	10/08/2020

Fonte: Elaborado pelos autores com base no site da Famurs (2020)

No final do mês de março, a proposta da Famurs dirigida ao governo estadual se pautou em uma lógica centralizadora, no sentido de que o Rio Grande do Sul e os 497 municípios tivessem um único decreto para reger as medidas de prevenção e combate à Covid-19. Segundo a argumentação da entidade, a medida seria fundamental no enfrentamento à pandemia, para que se criasse um ambiente mais seguro do ponto de vista

jurídico, proporcionando mais estabilidade e clareza nas relações entre particulares, governo estadual e municípios, diminuindo as tensões sociais (FAMURS, 2020).

Na ocasião, a presidência utilizou o seguinte discurso para fundamentar o seu posicionamento: “quem tem que ditar as regras é o governo do estado, pois é ele que detém as informações técnicas sobre a pandemia e [...] o balanço dos prejuízos econômicos” (FAMURS, 2020).

No início do mês de abril, o Governo estadual publicou o Decreto 55.154/2020, mantendo o estado de calamidade pública e dispondo sobre providências no enfrentamento ao surto da Covid-19. Assim, foi apresentando o modelo de distanciamento controlado aos prefeitos no final do mês de abril de 2020, com a proposta de que fosse implementado nos primeiros dias de maio (FAMURS, 2020; RIO GRANDE DO SUL, 2020d).

Segundo consta do site, o posicionamento da entidade se direcionou no sentido de adotar a proposta estadual, sem ressalvas. Pela presidência foi dito: “Não nos descuidamos da questão econômica, mas apoiaremos todas as ações do governo que tiverem a ciência como embasamento. Os municípios não possuem a expertise necessária para fazer a avaliação de suas necessidades, mas o Estado tem e nós confiamos nas determinações do governo. Pedimos aos gestores municipais que respeitem as decisões do Estado” (FAMURS, 2020).

Até meados de junho, a entidade não apresentou nenhuma objeção ao modelo. No entanto, por ocasião da sexta rodada, algumas regiões apresentaram piora e foram classificadas na bandeira vermelha. A partir de então, gestores municipais passaram a discordar do modelo e a ajuizar ações individuais para alterar a classificação de seus municípios. Em 19 de junho de 2020, por exemplo, o Juízo da Vara Judicial da Comarca de Garibaldi concedeu a liminar, ajuizada pela Prefeitura local, para que a bandeira vermelha definida pelo governo estadual retornasse à classificação laranja, permitindo o funcionamento do comércio. A decisão foi revertida pelo Tribunal de Justiça por solicitação do governo estadual (RIO GRANDE DO SUL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2020).

Considerando que um dos pressupostos de criação do modelo foi pautado na abertura do diálogo entre a gestão estadual e as gestões municipais, na sequência, foi anunciada uma alteração na dinâmica, com a abertura de prazos para que as associações regionais, ou os municípios de forma isolada, pudessem apresentar recurso administrativo, solicitando reanálise dos dados. Assim, a sistemática do modelo passou a incluir uma nova etapa: uma reunião do Gabinete de Crise com a finalidade de analisar os dados apresentados pelos municípios e decidir se o recurso era pertinente, antes de se anunciar a classificação definitiva das bandeiras (FAMURS, 2020; RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado, 2020).

Nesse ponto se evidencia as dificuldades estabelecidas pela falta de uniformidade entre os municípios que faziam parte da composição das associações regionais de municípios e a composição das regiões de saúde para fins de Covid-19. A tensão era ainda maior em regiões concatenadas, cujas práticas de gestão em saúde precisavam ainda se compatibilizar, como se evidencia nesta notícia do Jornal Folha do Noroeste:

Após a divulgação sobre o novo mapa do distanciamento controlado no Estado, a prefeitura de Frederico Westphalen deverá recorrer da decisão e pedir que seja revista a divisão da região de Palmeira das Missões, a qual integra atualmente. Em ofício encaminhado ao governo estadual, a prefeitura esclarece que os municípios

que integram as comarcas de Frederico Westphalen, Rodeio Bonito, Seberi, Planalto e Iraí, tem controle da situação epidemiológica além de contar com ações de fiscalização da população (REDAÇÃO, 2020).

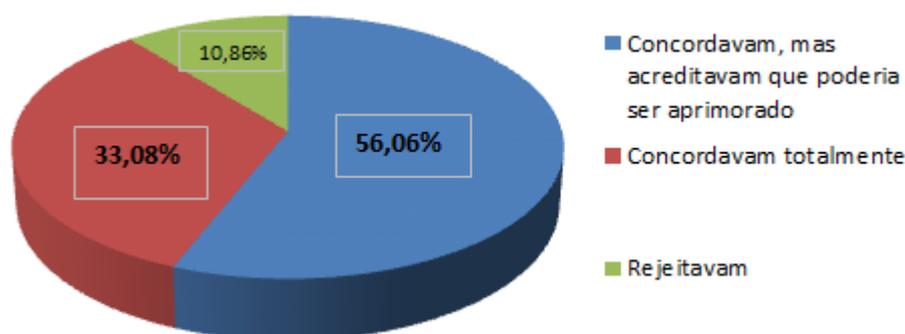
Por ocasião da sétima rodada, os municípios e associações apresentaram trinta recursos. Considerando o alto número de manifestações, se realizou novo ajuste no modelo, com a criação da chamada regra zero/zero, segundo a qual aos municípios localizados em regiões classificadas sob bandeira vermelha, sem óbitos e registros de hospitalização por Covid-19 nos últimos catorze dias, ficaria facultado adotar por meio de regulamento próprio, protocolos para as atividades previstas na bandeira laranja, desde que mantidos atualizados os sistemas de informação.

Essa postura municipal reflete o histórico de uma trajetória de descentralização da saúde marcada por inúmeros conflitos, o que acabou por gerar desafios relativos ao fortalecimento e à implantação da regionalização. Ao longo da história brasileira, a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde se acentuou por, pelo menos, dois motivos: o fato de o planejamento regional não ter antecedido os processos de descentralização e o início tardio das propostas de regionalização (LIMA, et al., 2012).

No final de julho, se acirrou o debate e as críticas dos prefeitos voltadas ao modelo. Em reunião realizada entre a gestão estadual e municipal sobre a possibilidade de um modelo compartilhado de gestão, entretanto, a entidade municipalista não aceitou a proposta. Diante desse cenário, sua presidência afirmou que: “Estamos passando por uma crise muito difícil, infelizmente os números aumentam a cada dia e nosso cuidado tem que ser redobrado. Para isso, precisamos ter uma atuação unificada. Neste momento *os prefeitos rejeitaram a proposta do governador de transferir as definições de bandeiras aos municípios e suas associações*” (FAMURS, 2020) (grifos nossos).

No início do mês de agosto, com a intenção de revelar o pensamento dos gestores municipais sobre o modelo de distanciamento controlado, a Famurs realizou uma pesquisa. Segundo consta das informações divulgadas pela entidade foram consultados 396 dos 497 prefeitos. Os dados publicados demonstram que, perguntados acerca da aceitação do modelo, os prefeitos em sua maioria concordavam, muito embora, acreditavam que o mesmo poderia ser aprimorado (FAMURS, 2020).

Figura 3 – Resultado da pesquisa FAMURS sobre aceitação do Modelo de Distanciamento Controlado por parte dos prefeitos gaúchos



Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa realizada pela FAMURS (2020)

A pesquisa revelou ainda que a possibilidade de dar maior autonomia aos municípios dividia a opinião dos gestores gaúchos: 20,2% dos prefeitos posicionavam-se a favor de que cada município deve decidir sobre seu território; 27,02% discordavam da mudança por entender que o governo apenas transfere responsabilidade aos prefeitos e 34% dos gestores eram a favor de que a decisão deveria ser tomada de comum acordo entre o governo estadual e os municípios.

Assim, em nova reunião realizada pela Famurs, a maioria das associações regionais optou por aderir a cogestão na definição do modelo de distanciamento controlado. O que em termos práticos significou que prefeitos de uma mesma região Covid teriam a faculdade de definir os protocolos específicos para cada setor econômico, de acordo com as suas peculiaridades (FAMURS, 2020).

Em 10 de agosto, a gestão estadual oficializou a *gestão compartilhada* do Modelo de Distanciamento Controlado. Nessa nova organização, o estado segue classificando as regiões por bandeira. A partir da classificação, as associações regionais podem adotar protocolos menos restritivos à bandeira no qual foram classificadas, mas não menos restritivos que a bandeira inferior. Para a elaboração de um protocolo específico para a região, será necessária a criação de comitês científicos regionais de combate à Covid-19. Ademais, o protocolo alternativo, só poderá ser adotado caso seja aprovado por maioria absoluta, que corresponde a dois terços dos prefeitos de cada região Covid. No entanto, as regiões podem optar por seguir o Modelo de Distanciamento Controlado, adotando os protocolos já definidos pelo estado.

A partir dessa recuperação cronológica e objetivando realizar uma análise do discurso da Federação representativa desses municípios gaúchos acerca do Modelo de Distanciamento Controlado, foram percorridos cinco estágios da metodologia de Análise Crítica do Discurso.

No que se refere ao primeiro estágio, se observou que o problema da vida social consistia em criar um modelo uniforme de indicadores, com base em critério de saúde e de atividade econômica, capaz de apreender toda a diversidade e permitir análises regionais sobre a propagação da Covid-19. Inicialmente os municípios buscaram uma atuação centralizada, impositiva e que não privilegiava a análise regional. Esse posicionamento ficou claro quando a presidência da entidade representativa afirmou que as regras necessitam ser ditadas pelo estado. No entanto, superada essa fase inicial, diante de dicotomia estabelecida, em que se coloca em confronto as pautas da economia e da saúde, o governo estadual estabeleceu o debate sobre a construção de uma metodologia que pudesse contemplar esses aspectos. O modelo foi construído e apresentado aos prefeitos, sem que houvesse manifestação de oposição.

No estágio seguinte, entretanto, se verificou o surgimento de um obstáculo a ser superado, uma vez que com a piora dos cenários de contaminação nas regiões e as pressões realizadas pelos setores da indústria e comércio passaram a surgir tensões entre a municipalização e a regionalização. As tensões restam evidenciadas em recursos administrativos, ajuizamento de ações judiciais e manifestações públicas dos prefeitos acerca da necessidade de um olhar diferenciado para municípios que apresentassem bons indicadores, mesmo que os dados regionais apontassem para o sentido oposto. Ademais, a pactuação realizada com as associações de municípios não se incorporou na dinâmica da própria regionalização da saúde.

O estágio três consistiu em averiguar se o levante do problema era necessário para a ordem social, assim, partindo da necessidade de verificar se as tensões são pertinentes ou consistem em um discurso ideológico. Nesse ponto, verificou-se que os conflitos no âmbito das pactuações entre municípios e estado decorreram de, pelo menos, dois motivos centrais: o histórico processo de tensão existente entre a municipalização e a regionalização da saúde e o dilema estrutural que norteou a própria criação do modelo: saúde versus impacto econômico.

O estágio quatro, por sua vez, buscou transformar a apreciação crítica negativa em positiva, pela identificação das possibilidades de mudanças ainda não concebidas ou concebidas parcialmente. Assim, o questionamento proposto se deu no sentido de investigar se essas tensões poderiam servir para aprimorar o modelo, ao que foi possível concluir que sim, uma vez que a partir dos desafios apresentados se avançou para um modelo de gestão compartilhada, que atende aos pressupostos essenciais da regionalização da saúde. O formato de gestão compartilhada adotado foi organizado a partir de um processo de gestão do trabalho que contempla a interlocução entre os gestores e prioriza a análise técnica a partir da criação de comitês no âmbito das associações de municípios. Entretanto, conforme já afirmado anteriormente, essas instâncias decisórias não incorporaram a dinâmica da regionalização da saúde e os atores e instâncias regionais que compõem a gestão da saúde.

Importa referir que a gestão compartilhada é a essência do Sistema Único de Saúde. A tomada de decisões que contempla a política pública de saúde necessita de uma organização em rede. Os processos de definição e gestão de políticas públicas em contextos institucionais definidos por uma governança de rede apresentam desafios plurais e diversos daqueles existentes em ambientes de coordenação unitária. A presença de diversos atores com atuação em diversas escalas de gestão (estadual, regional, local) ressalta a necessidade de se construir convergência a partir de pluralidade e autonomia. “Somente quando há convergência interinstitucional para um objetivo comum são desenvolvidos os laços necessários para articular a interdependência entre os atores de forma coordenada e se pode afirmar que se desenvolve uma estrutura em rede” (FLEURY; OUVÉNEY, 2012, p. 75).

Por fim, no estágio cinco, a partir de uma análise reflexiva, foi possível concluir que os dados indicaram enormes desafios no sentido de articulação de uma pauta que contemple um olhar regionalizado, mesmo em se tratando de uma abordagem que contempla a saúde, onde a regionalização já se encontra institucionalizada. Esses desafios ganham proporções ainda mais desafiadoras diante de um cenário de pandemia em que prepondera a incerteza, o desconhecimento acerca do fenômeno e uma luta pela manutenção da vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou analisar o processo de pactuação estabelecida entre municípios e o estado do Rio Grande do Sul para a implantação e revisões do Modelo de Distanciamento Controlado. A pandemia ocasionada pelo Coronavírus trouxe medo e incertezas. Devido à inexistência de vacinas de imunização e de medicação específica testada para a assistência aos infectados, discutem-se em âmbito mundial medidas de isolamento e distanciamento social, de quarentena e mesmo de *lockdown* com o objetivo de evitar ou diminuir o contágio, sem que se chegasse a uma sobrecarga da rede hospitalar. Diante da adoção de medidas de

isolamento e distanciamento social a dúvida quanto a retomada das atividades econômicas norteou a construção de um modelo de análise e protocolos gerais e específicos para cada setor econômico. A metodologia de construção do Modelo de Distanciamento Controlado foi formulada com base no dilema fundamental presente na decisão de abertura controlada: saúde versus impacto econômico.

A estrutura do modelo foi construída a partir da divisão territorial proposta pela regionalização da saúde (cujo processo histórico, brevemente apresentado neste artigo, por si só revela diversos nós críticos e tensões), entretanto, não observou a dinâmica de pactuação e deliberação utilizada pelos atores e instâncias de gestão regional. Esse fato, associada a dificuldade de planejamento regional devido à falta de uniformidade entre os municípios que compõem as regiões de saúde e as associações regionais de municípios e as tensões oriundas das representações dos setores de indústria e comércio oportunizaram muitas revisões no Modelo ao longo dos meses.

A partir da análise crítica do discurso, realizada com base nas notícias veiculadas pela entidade representativa dos municípios foi possível uma aproximação com o processo de pactuação entre estado e municípios que orientou a implementação e as revisões do Modelo de Distanciamento Controlado no Rio Grande do Sul. No entanto, inúmeros são os desafios para a manutenção de uma gestão compartilhada, sobretudo, em um cenário duradouro da crise, em que o número de contaminação poderá crescer exponencialmente, as estratégias de vacinação ainda estão sendo formuladas e do fato que se avizinha o período de transição das gestões municipais, o que pode significar uma mudança no posicionamento da entidade municipalista⁷.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. et. al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>.

ALLCOTT, H. et. al. Polarization and Public Health: Partisan Differences in Social Distancing during the Coronavirus Pandemic. **Journal of Public Economics**, v. 191, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104254>.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas Ciências Sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 107-188.

⁷No dia 30 de novembro de 2020, período posterior ao lapso temporal delimitado para o presente estudo, diante do aumento do número de casos de Covid-19 em todas as regiões do Rio Grande do Sul, o Governo do Estado anunciou a suspensão temporária do sistema de cogestão e a alteração de protocolos sanitários. Segundo consta do canal de comunicação oficial do governo e do site da associação municipalista, a decisão de haver uma gestão única nesse momento de agravamento da crise foi debatida com a FAMURS e apoiada pelos prefeitos.

AQUINO, E. M. I. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.

BARROS, A. J. D. et al. Padrões de distanciamento social em nove cidades gaúchas: estudo Epicovid19/RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 54, p. 1-14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002810>.

BRANDÃO, C. Dinâmicas e transformações territoriais recentes: o papel da PNDR e das políticas públicas não regionais com impacto territorial. **Texto para Discussão**. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9090/1/TD_2460.pdf. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 19 ago. 2020.

BRASIL. **Lei 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. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001**. 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde. 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20processo%20de,o%20inciso%20I%20do%20art.. Acesso em 30 set. 2020.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-260, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 209-223, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>.

CARVALHO, S. S. Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial: o que dizem os microdados da PNAD Covid-19. **Carta de Conjuntura**, n. 48, 3. trimestre 2020. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/200724_cc48_mt_final.pdf.

Acesso em: 15 ago. 2020.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco, 2006, p. 117-130.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FAIRCLOUGH, N.; MELO, I. F. de. Análise crítica do discurso como método em pesquisa social científica. **Linha D'Água**, v. 25, n. 2, p. 307-329, 2012. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/linhadagua/article/view/47728/51460>. Acesso em: 17 ago. 2020.

FALEIRO, F. Fecomercio pressiona o governo para abertura do comércio. **JORNAL A HORA**. Lajeado, RS, 5 maio 2020. Disponível em:

<https://grupoahora.net.br/conteudos/2020/05/05/fecomercio-pressiona-o-governo-para-abertura-do-comercio/>. Acesso em: 4 out. 2020.

FAMURS. **Notícias**. 2020. Disponível em: <http://www.famurs.com.br/noticias/>. Acesso em: 19 ago. 2020.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **RA'EGA: O Espaço Geográfico em Análise**. Curitiba, v. 17, p. 31-41, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/raega.v17i0>.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**. Lisboa, v. 11, n. 2-3, p.74-83. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v11n2-3/v11n2-3a07.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

GUIMARÃES, C. F., et. al. A construção do planejamento regional no Rio Grande do Sul, Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2, out. 2013, Belo Horizonte, MG. **Anais [...]**. Belo Horizonte: ABRASCO, 2013a.

GUIMARÃES, C. F., et. al. Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2, out. 2013, Belo Horizonte, MG. **Anais [...]**. Belo Horizonte: ABRASCO, 2013b.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. **Texto para Discussão IPEA**. Rio de Janeiro, n. 2399, jul. 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2399.pdf. Acesso em: 11 ago. 2020.

LIMA, L. D. 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, jul. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 1-6., jun. 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00185220>.

MARIZ, R. Troca de ministros na saúde atrasou operação de novas UTIs pelo Brasil: Mudanças na gestão em combate à pandemia afetaram as habilitações de leitos de terapia intensiva que dependem de repasses do governo federal. **Revista Época**, Rio de Janeiro, 22 maio 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/brasil/troca-de-ministros-na-saude-atrasou-operacao-de-novas-utis-pelo-brasil-24440313>. Acesso em: 5 out. 2020.

MESQUITA, Z. P. Divisões regionais do Rio Grande do Sul: uma revisão. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 95-146, 1984. Disponível em: <https://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/462>. Acesso em 5 out. 2020.

MOREIRA, L. C.O.; TAMAKI, E.M. A programação pactuada e integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **INTERAÇÕES**, Campo Grande, MS, v. 18, n. 4, p. 99-108, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/inter/v18n4/1518-7012-inter-18-04-0099.pdf>. Acesso em 08 dez. 2020.

PAIM, J. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2009.

PIOVESAN, A. Hotel desativado acolherá pessoas com suspeita de Covid-19 em Palmeira das Missões. **Correio do Povo**, Porto Alegre, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%Adcias/cidades/hotel-desativado-acolher%C3%A1-pessoas-com-suspeita-de-covid-19-em-palmeira-das-miss%C3%B5es-1.407362>. Acesso em: 4 out. 2020.

REDAÇÃO. FW: Prefeitura pedirá que divisão da região seja revista. **Jornal A Folha do Noroeste**, Frederico Westphalen, RS, 27 jun. 2020. Disponível em: <https://www.folhadonoroeste.com.br/noticias/fw-prefeitura-pedira-que-divisao-da-regiao-seja-revista/>. Acesso em: 3 out. 2020.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>.

RIGHI, L. B. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS: Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, p. 59-74, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 55.128, de 19 de março de 2020**. 2020b. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/19125910-decreto-55-128-20.pdf>. Acesso em: 2 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 55.130, de 20 de março de 2020**. 2020c. Disponível em: <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202003/23152048-decreto-estadual-55-130-20.pdf>. Acesso em 2 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 55.154, de 1º de abril de 2020**. 2020d. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//decreto-55-154-01abr2020.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 55.240, de 10 de maio de 2020**. 2020a. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=66393&hTexto=&Hid_IDNorma=66393. Acesso em: 20 ago. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Modelo de distanciamento controlado**. 2020. Disponível em: <https://distanciamentocontrolado.rs.gov.br/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 555/12**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>. Acesso em 30 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde**. 2002. Disponível em: https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf. Acesso em 22 set. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. SES-RS (Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul). **Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do RS, Versão 4, fev. 2020. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronav--rus-RIO-GRANDE-DO-SUL-EM-REVIS--O.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. STAS-RS (SECRETARIA DE TRABALHO E ASSISTÊNCIA SOCIAL). **Cadastro Geral de Empregados e Desempregados**. 2020. Disponível em: <https://stas.rs.gov.br/evolucao-mensal-do-saldo-de-emprego-CAGED-2020>. Acesso em: 17 ago. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal De Justiça. **Decisão determina retorno da bandeira vermelha em Garibaldi**. 2020. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/noticia/decisao-determina-retorno-da-bandeira-vermelha-em-garibaldi/>. Acesso em 3 out. 2020.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 4, Aug. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000400622&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 08 dez. 2020.

SANTOS, M. O retorno do Território. In: SANTOS, M. et al. (Org.). **Território: globalização e fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1998. p. 15-20.

UOL. Troca de ministros afeta todo o sistema de saúde, afirma Secretário de São Paulo. UOL, São Paulo, 19 maio 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/19/troca-de-ministros-afeta-todo-o-sistema-de-saude-afirma-secretario-de-sp.htm>. Acesso em: 5 out. 2020.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of Travel Medicine**, p. 1-4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>.

ZYLBERKAN, M.; CAMPOS, J. P. de. Queda de dois ministros em apenas um mês deixa Saúde à deriva: O ministério vive sem rumo e em ritmo de lentidão diante do avanço rápido da Covid-19. **VEJA**, São Paulo, n. 2688, 26 maio 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/queda-de-dois-ministros-em-apenas-um-mes-deixa-saude-a-deriva/>