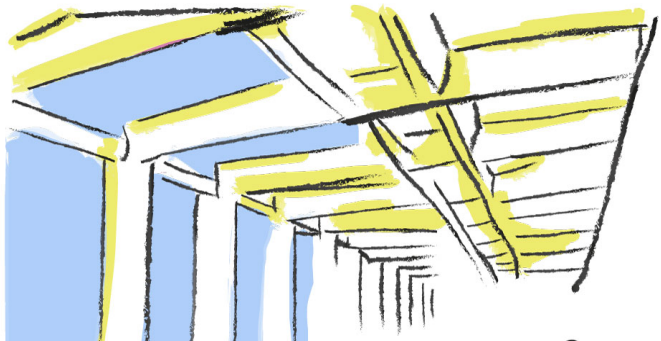


Espaço & Geografia

Coordenação federativa e a gestão da pandemia de COVID-19 na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride-DF)

Federative coordination and the management of the COVID-19 pandemic in the Integrated Region of Development of the Federal District (Ride-DF)

Sergio Magno Carvalho de Souza[1]

[1] Instituto Federal de Brasília, Departamento de Geografia, Ceilândia, Brasil. sergio.carvalho@ifb.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2073-236X

Recebido: 17/02/2022; Aceito: 23/03/2022; Publicado: 12/07/2022

RESUMO

No contexto da pandemia de COVID-19, tem emergido a questão sobre a atuação das diferentes esferas de governo no Brasil e suas relações de articulação/coordenação. No caso da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride-DF), a ação dos chefes dos Poderes Executivos envolvidos em sua gestão aponta para situação de conflito em torno das medidas de enfrentamento da pandemia. Por outro lado, há o questionamento sobre até que ponto arranjos territoriais como a Ride-DF se articulam com aqueles das políticas públicas de saúde no Brasil e como isso tem influenciado na resposta à pandemia. O objetivo do trabalho é investigar os motivos da descoordenação das ações de resposta à COVID-19 na Ride-DF, considerando a articulação desse arranjo institucional com as políticas de saúde no Brasil. Parte-se da premissa que a ação entre os três governos é descoordenada por conta da desconexão da territorialização das políticas de saúde e do arranjo institucional da Ride-DF. A metodologia empregada envolveu, inicialmente, uma revisão bibliográfica e a discussão de temas como: federalismo brasileiro; a articulação de arranjos territoriais para o tema metropolitano com a política de saúde no Brasil; o conceito de regiões, Regiões de Saúde e o caso da Ride-DF. Depois foi realizado o estudo da gestão da resposta à COVID-19 na Ride-DF, por meio dos planos de contingência das Unidades da Federação que compõem essa região, de seus planos de operacionalização da vacinação e o envio de pedidos de informação aos respectivos governos, via Lei de Acesso à Informação. Os resultados apontaram um descompasso entre o território da Ride-DF e as Regiões de Saúde dos Estados que a compõem. Isso se refletiu em uma quase total ignorância da Ride-DF no momento de atuação da resposta à COVID-19, verificada nos planos de contingência e nos planos de operacionalização da vacinação. Os questionamentos direcionados aos governos do Distrito Federal e o Governo do Estado de Goiás demonstraram como principal ação conjunta desses entes o estabelecimento de um Termo de Cooperação sobre o tema, porém com efetividade muito reduzida.

Palavras-chave: federalismo brasileiro. Sistema Único de Saúde (SUS); Brasília metropolitana.

ABSTRACT

In the context of the COVID-19 pandemic, has been emerging the question about the actuation of the different governments in Brazil and its relations of articulation/ coordination. In the case of the Integrated Region of Development of the Federal District (Ride-DF), the actions of the chiefs of the governments

involved in its management point to a situation of conflict regarding the actions to face the pandemic spread. In this context, there is the questioning about how territorial arrangements like Ride-DF articulate themselves with the health public policies in Brazil and how this affects the action against the pandemic. The paper aims to investigate the motivation of the discoordination of the actions against COVID-19 in Ride-DF, considering the articulation of this territorial arrangement with the Brazilian health policies in Brazil. The premise is that the discoordination is due to the disconnection between territorialization of the health policies and the institutional and territorial arrangement of Ride-DF. The methodology used was composed, first, by a literature review and a discussion of these themes: Brazilian federalism; the articulation of territorial arrangements for the metropolitan theme with the Brazilian health policy; the concept of region, Health Regions, and the case of Ride-DF. Then, it was realized and specific study about the management of the response to COVID-19 in Ride-DF, through the analysis of the contingency plans and of the vaccination operational plans adopted to face the pandemic (of the Federal Unities that composed Ride-DF) and requirements of information using the Information Access Law. The results pointed to a mismatch between the Ride-DF territory and the Health Regions of the States. This results in an almost ignorance of the Ride-DF in actions to contain COVID-19, both in contingency plans and on the vaccination operational plans. The requirements of information directed to the governments of the Federal District and the State of Goiás demonstrated that the principal joint action of these Unities was the establishment of a Term of Cooperation about the theme, however, with very little effectiveness.

Keywords: Brazilian federalism. Unified Health System. The metropolis of Brasília.

Introdução

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), foi inicialmente identificada em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, China. Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a doença como pandemia. A doença vem se espalhando desde então, tendo rapidamente atingido uma escala global. No Brasil, os primeiros casos foram registrados em fevereiro de 2020, passando a um rápido espalhamento, demandando a ativação dos diversos serviços de saúde para a resposta à crise sanitária em curso. Na ativação desses serviços, tem-se verificado, de forma frequente, situações de reduzida articulação entre os entes federativos – quando não de conflitos abertos.

O federalismo brasileiro constituído a partir da Constituição Federal de 1988 previa um modelo mais descentralizado na execução das políticas públicas de saúde, com papel importante dos estados e municípios como principais executores desse serviço, estando a União como principal financiadora e indutora de políticas públicas. O Sistema Único de Saúde (SUS) é previsto e implantado a partir desse texto constitucional, inicialmente com protagonismo do Governo Federal e no contexto das reformas liberais da década de 1990 (VIANA e MACHADO, 2009). A implantação do Sistema foi marcada pela articulação política em diversas escalas e por diversos agentes, o que não impede a existência de problemas na coordenação política e na responsabilização dos entes federados, além de seu modelo de financiamento, exacerbadamente concentrado na União (RIBEIRO e MOREIRA, 2016; LIMA, 2007). Além disso, o Sistema é baseado em uma hierarquização e descentralização em parte refletida nas Regiões de Saúde, que estão sob o desafio de se articularem junto a outros arranjos institucionais, como as Regiões Metropolitanas e as Regiões Integradas de Desenvolvimento (ABRUCIO *et al*, 2010). No caso específico da demanda de articulação de respostas à crise sanitária da COVID-19, foi produzido um contexto de conflito federativo claro, marcado pela oposição entre o Executivo Federal e os executivos estaduais quanto às ações a serem tomadas (ABRUCIO *et al*, 2020; LIMA *et al*, 2020). Em tal contexto, emerge a questão em relação à cooperação interfederativa em espaços especialmente instituídos para tal, como as Regiões Integradas de Desenvolvimento.

A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride-DF), instituída por meio da Lei Complementar nº 94/1998 (BRASIL, 1998), tem entre seus objetivos a constituição de um espaço propício para a articulação administrativa das ações de três Unidades da Federação: Distrito Federal, Estado de Goiás e Estado de Minas Gerais. Engloba, além do Distrito Federal, 33 municípios goianos e mineiros. Sua extensão acaba, de certa forma, nem abarcando totalmente o espaço regional de influência de Brasília, nem totalmente o espaço metropolizado. Tais confusões se refletem na histórica inoperância de seus mecanismos de gestão, que atuam sem um planejamento específico e muito baseado nas agendas políticas pessoais dos chefes dos poderes

executivos envolvidos, notadamente do Distrito Federal e do Estado de Goiás. Há uma ação muito pulverizada e setorialista por parte do Governo Federal, ao mesmo tempo que são poucas as iniciativas de maior coordenação entre os entes federativos envolvidos, resultando em pouca ou nenhuma cooperação/ coordenação (SOUZA, 2017; SOUZA, 2020).

No caso específico da pandemia, o que se tem visto são indícios muito claros de pouca coordenação e mesmo de certa hostilidade entre os governos do Distrito Federal e do Estado de Goiás. Isso incluiu mesmo a ameaça de não recebimento de pacientes do Estado de Goiás, no Distrito Federal; a ameaça, por parte do governador do Distrito Federal, Ibaneis Rocha, de "fechar a divisa" com o Estado de Goiás; e ainda discussões sobre o quantitativo de vacinas a serem recebidas pelas Unidades da Federação, considerando a situação de pessoas que moram e uma unidade e se vacinam em outra (YOSHIMINE e CRUZ, 2020; TAHAN e TEIXEIRA, 2021). Essas situações deixam evidente a descoordenação de esforços entre os governos para uma resposta à pandemia. Como forma de compreender parte de tal situação, surge o interesse em investigar até que ponto a organização territorial e institucional do SUS está ligada a tal situação de descoordenação.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é investigar os motivos da descoordenação das ações de resposta à COVID-19 na Ride-DF, considerando a articulação desse arranjo institucional com as políticas de saúde no Brasil. Parte-se da premissa que a ação entre os três governos é descoordenada por conta da desconexão da territorialização das políticas de saúde e do arranjo institucional da Ride-DF.

O trabalho, à frente, está organizado da seguinte maneira: a seguir, uma seção na qual é apresentada a metodologia empregada na execução do trabalho. Em seguida é apresentada uma discussão sobre o federalismo brasileiro, e a articulação dos vários arranjos institucionais existentes a partir dele com aqueles próprios do SUS. Depois é discutida a relação entre o conceito de região, as Regiões de Saúde do SUS e a Ride-DF. O caso específico da Ride-DF no contexto da pandemia é estudado em seguida, com os resultados da análise dos planos de contingência e dos planos de operacionalização da vacinação adotados pelos

Estados e Distrito Federal para combater a COVID-19 e das questões dirigidas às três Unidades da Federação da Ride-DF, sobre sua articulação para resposta à pandemia. Ao término são apresentadas as considerações finais do trabalho.

Metodologia

Inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os temas do federalismo, das formas de cooperação e dos arranjos territoriais e de sua interface com a questão da política de saúde, notadamente do SUS. Foi também revisado o tema da regionalização do SUS e suas possíveis interfaces com arranjos como a Ride-DF. A revisão contemplou também a análise da legislação relacionada ao tema. Por fim foi produzido um mapa buscando comparar a extensão da Ride-DF com as regionalizações dos serviços de saúde dos Estados de Goiás e Minas Gerais.

Para o caso concreto da Ride-DF no contexto da pandemia foi realizado, inicialmente, a análise dos planos de contingências dos Estados componentes da Ride-DF, buscando aí encontrar, especialmente nas estratégias de regionalização ou de atuação no caso específico da pandemia, indícios de uma articulação interfederativa. De forma complementar, foram ainda analisados os planos de operacionalização da vacinação das referidas Unidades da Federação, sendo observadas as mesmas características observadas nos planos de contingência.

A partir daí foram elaborados pedidos de informação, enviados às Secretarias Estaduais de Saúde de Goiás, Minas Gerais e Distrito Federal, por meio dos instrumentos da Lei de Acesso à Informação, com o seguinte texto:

> Solicito informação sobre se esta Secretaria (na figura de seu Secretário ou de algum representante) realizou (ou mesmo assessorou o Governador), no período entre março de 2020 até o presente momento (junho de 2020), alguma reunião de articulação de ações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 no âmbito da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - Ride-DF com a Secretaria de Estado (outros governos da Ride-DF). Caso tenha ocorrido tais reuniões, solicito ainda, caso tenha sido lavrada, a ata de reunião ou ainda memória ou outro documento de registro.

Considerando as respostas enviadas, foi verificado que os Governos do Distrito Federal e do Estado de Goiás celebraram, entre si, um Termo de Cooperação Intefederativa. Sobre tal Termo, foi formulada nova consulta a esses governos, com o objetivo de verificar sua efetiva implantação, com as seguintes questões:

> 1. Se houve e em qual quantidade foram alocados recursos humanos, materiais, tecnológicos e administrativos, para atendimento de casos de COVID-19 advindos do Estado de Goiás/ Distrito Federal;
> 2. A quantidade, até a presente data, de material fornecido necessário a testagem da população da RIDE;
> 3. O número de ações de capacitação aos agentes de saúde dos municípios componentes da RIDE foram realizadas, até a presente data, em relação à adoção de medidas sanitárias e de saúde de combate ao coronavírus.
> 4. Se foram implantados os painéis gerenciais do sistema de regulação de leitos do Distrito Federal/ Estado de Goiás que permita à SES-GO/ SES-DF acessar de maneira coordenada o Sistema Único de Saúde do Distrito Federal/ Estado de Goiás;
> 5. A composição atual da Comissão Geral de Gestão do Termo de Cooperação Técnica (CGGACT) e as atas/ registros de suas últimas reuniões.

Federalismo brasileiro, arranjos institucionais e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Classicamente, o federalismo é definido a partir de uma oposição aos chamados Estados unitários, sendo a principal diferença entre eles a ideia de que no federalismo convivem governos diferentes em um mesmo Estado. Abrucio *et al* (2010) indicam ainda para uma relação horizontal entre as esferas de governo, e que os governos subnacionais possuem algum tipo de representação na esfera nacional. Os mesmos autores apontam para fatores geradores das federações, em especial heterogeneidades internas. No caso brasileiro, consideram: enorme dimensão territorial e diversidade física do território; diferenças políticas e sociais regionais de base histórica; desigualdade socioeconômica no plano macrorregional; municípios como entes federativos, com autonomia.

Esse último fator, mais recente, leva boa parte da literatura a considerar a existência de uma federação altamente descentralizada no Brasil a partir da

Constituição Federal de 1988. Arretche (2012), por outro lado, busca demonstrar que tal descentralização merece questionamentos. Inicialmente, a partir da capacidade legislativa de cada uma das esferas existentes no Brasil (União, Estados-membros, Municípios e Distrito Federal), vê-se que a União concentrou em suas mãos capacidades legislativas muito mais robustas que dos entes subnacionais, com possibilidades crescentes de mudanças legislativas com impactos político-administrativos em Estados e Municípios. Além disso, a autora propõe pensar a descentralização em outros termos, a partir das questões política, fiscal e de competências. Daí se pode pensar a diferenciação entre *policy making* e *policy decision-making*: a primeira diz respeito às responsabilidades do governo e a segunda à capacidade de tomar decisões relativas à essas responsabilidades. Essa diferenciação é mais essencial, por exemplo, que o modelo binário de Estados unitários e federados.

No caso brasileiro, como mencionado, a Constituição Federal de 1988, por força do movimento municipalista (que buscou associar a ideia de democracia à de descentralização, e ainda na esteira de uma perspectiva de que o desenvolvimento só poderia ser garantido via desenvolvimento local), os Municípios foram elevados à categoria de entes federados autônomos. Em tal situação, ao tempo em que fragmenta e atomiza o poder, reconhecendo muitos governos autônomos internamente, o mesmo texto Constitucional, em seus artigos 23 e 24, aponta para uma série de competências comuns, na execução de políticas públicas e na capacidade legislativa. O mesmo texto que fragmenta busca, por outro lado, a cooperação entre os diversos entes na atuação, sobretudo, das políticas sociais. Importante lembrar que essa situação se agrava pela desigualdade na distribuição de recursos, ainda que haja alguma descentralização tributária (LASSANCE, 2012; LIMA, 2007).

Abrucio *et al* (2010) apontam, nesse contexto, o surgimento de formas de coordenação federativa, que ocorrem em duas dimensões: a cooperação entre territórios, por meio do associativismo e consorciamento (com modelos que variam desde os consórcios públicos às Regiões Metropolitanas e Regiões Integradas de Desenvolvimento); a conjugação de esforços intergovernamentais para implantação de políticas públicas – como é o caso do SUS e de outras

políticas. O primeiro formato, em termos espaciais, é baseado na articulação e cooperação zonal, caracterizada pela proximidade, ao passo que a segunda tende a ter um formato reticular. Analisando o caso da implantação desse tipo de política no modelo urbano das cidades-regiões, Rodrigues e Moscarelli (2015) tratam dos desafios da gestão territorial compartilhada a partir da contradição entre a territorialização mais rígida do Estado e a realidade reticular de diversos fenômenos, implicando na necessidade de formas diversas de gestão.

A análise de algumas experiências no Brasil demonstra a tendência da construção de sistemas de políticas públicas, muitas delas baseadas no modelo do SUS. Essas iniciativas partem sempre da União, demonstrando Abrucio *et al* (2010) que os Estados ainda possuem dificuldade de fazer o mesmo com seus municípios. Os mesmos autores, analisando outros setores, consideram, para o caso da assistência social, um modelo parecido com o SUS, em termos normativos, mas com a contradição de que a principal política pública (à época o Bolsa Família, atualmente Auxílio Brasil) não ocorrer em um modelo federativo mais claro sendo de gestão quase exclusiva do Governo Federal. No caso da educação, demonstram haver uma interessante articulação para financiamento da política (via Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica – Fundeb), mas sem a mesma organização institucional da saúde, especialmente os fóruns e espaços de discussão e construção de políticas entre os entes federados.

Considerado assim uma referência, o SUS consta no rol de competências comuns entre os entes da federação. Já seu sistema já estava previsto no texto constitucional de 1988, em seu art. 198: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único" (BRASIL, 1988). Percebe-se aí alguns dos pilares básicos do sistema, assentados em duas características centrais: a regionalização e a hierarquização.

A própria Constituição Federal de 1988 aponta as diretrizes gerais do SUS: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (art. 198). Posteriormente, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, deu outras disposições a esse sistema. Segundo seu art. 4º, o SUS é um "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo

Poder Público (...)" (BRASIL, 1990). Em termos de organização, direção e gestão, o SUS tem como seu órgão diretivo único, na União, o Ministério da Saúde; nos Estados e Distrito Federal, as secretarias estaduais; nos Municípios, as secretarias municipais. A Lei aponta ainda a existência de Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) como foros de negociação e pactuação entre gestores (art. 14-A). Ainda, aponta o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) como entidades representativas dos entes estaduais e municipais. Vale dizer que, comparativamente, a diversidade de espaços de discussão e construção de políticas entre os gestores é muito mais robusta em relação a outras políticas sociais. Isso é igualmente fruto de um histórico de articulação e organização, cujo um dos marcos é justamente o reconhecimento legal das CIBs, da CIT, do Conass e Conasems como espaços/ agentes do processo de formulação e implantação da política de saúde (ABRUCIO *et al*, 2010).

A implantação efetiva do SUS a partir da década de 1990 ocorreu a partir de claro protagonismo federal. Na primeira metade da década de 1990, a descentralização ocorreu a partir do desdobramento do debate do municipalismo da década de 1980 (muito marcante no texto constitucional). Na segunda metade, o processo passa a ser acoplado a estratégias de indução da organização da rede e sua ampliação, com resgate do papel dos Estados-membros. No quadro das reformas liberais da década de 1990, a agenda da reforma sanitária e a implantação do SUS encontrou claros obstáculos (VIANA e MACHADO, 2009). Em termos gerais, há problemas no papel de coordenação do ente central do sistema, na figura do Ministério da Saúde, além da persistência da questão do financiamento – essa última dando à União o papel de regulador e indutor das políticas dentro do sistema (RIBEIRO e MOREIRA, 2016; LIMA, 2007).

A partir de tal situação é que tem se dado a atuação do SUS no quadro da pandemia da COVID-19. Enquanto organização do Estado brasileiro, não se pode ignorar o contexto político no qual a atuação do sistema tem ocorrido. Tal fator, especialmente o personalismo nas políticas implantadas, bem como a tendência de conflito entre o Presidente da República, Jair Bolsonaro, e os governadores dos Estados tem sido um condicionante das ações adotadas, como apontam Rocha

Neto (2020) e Abrucio *et al* (2020). Esses últimos autores apontam ainda para a própria concepção de federalismo implantada na administração Bolsonaro, em conformidade com o que ocorreu nos EUA durante a administração de Donald Trump: um questionamento da ideia do federalismo solidário entre os entes a partir da concepção de maior autonomia para as unidades subnacionais, buscando reduzir o papel do Governo Federal. É assim que a atuação do SUS tem ocorrido, conforme Lima *et al* (2020), com clara falta de coordenação, dada a ausência do ente central do Sistema, a União (por meio do Ministério da Saúde), o que retira a potência da resposta do SUS frente à pandemia. No mesmo sentido, Rodrigues e Azevedo (2020), considerando o *policy-decision making* na mão da União e o *policy making* na mão dos Estados e Municípios, constatam a patente descoordenação federal e incapacidade de unificar princípios e nortear ações. Os governadores têm buscado atuar de forma mais autônoma ou a partir do consorciamento, o que reforça o papel de oposição frente ao Executivo Federal e de busca por novo protagonismo (ROSSI e SILVA, 2020). Por conta de tal oposição, muitas das questões têm sido arbitradas pelo Judiciário, sendo que, conforme Abrucio *et al* (2020), Estados e Municípios têm obtido um maior número de decisões favoráveis do que o habitual. Vê-se, assim, que já havia uma série de fragilidades anteriores no arranjo federativo brasileiro e que isso apenas se tornou mais evidente no caso de uma situação de crise muito grave como a da COVID-19.

Região, regiões de saúde e a Ride-DF

Como antes mencionado, o SUS tem como característica básica se organizar enquanto um sistema hierárquico e regionalizado, como previsto no texto constitucional. Ao pensar em termos regionais, em se tratando de uma política pública, o que comumente se recorre são a algumas das ideias que permeiam o processo de planejamento regional, cuja concepção da região é bastante ligada àquilo que Contel (2015) aponta como regionalização a partir das redes de cidades. Tal perspectiva é bastante ligada às escolas mais pragmáticas de pensamento em Geografia (notadamente a chamada *New Geography)*, que

conheceu importante desenvolvimento no período pós Segunda Guerra Mundial. Em tal perspectiva tem-se, por exemplo, os trabalhos de Walter Christaller e sua teoria dos lugares centrais, nos quais as cidades organizam seus espaços regionais a partir da oferta de bens e serviços e do alcance desses. Michel Rochefort aborda, por exemplo, a ideia das armaduras regionais, sendo as cidades pilares de uma rede de relações entre elas e construindo aí um espaço regional a partir da hierarquia urbana (metrópole regional). Contel aponta ainda a importância de Bernard Kayser, que propõe as regiões surgidas de forma "liberal" – pelo entrelaçamento de fatores espontâneos, ampliados pela urbanização e industrialização das sociedades – ou de forma "voluntária" – quando há claro interesse humano na organização regional. Essas perspectivas embasam muitas das visões normativas dos processos de regionalização, sendo algumas delas base ainda para o estabelecimento da hierarquia urbana nacional e suas múltiplas regionalizações possíveis (propostas por um órgão estatal brasileiro, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE).

A questão da hierarquia e da descentralização do SUS ocorrem, assim, dentro de um espaço de planejamento que visa organizar territorialmente os serviços do sistema, sendo muito útil para pensar tal estrutura a noção de redes. Daí que Feitosa e Guimarães (2015) apontam o componente territorial do SUS como se dando a partir da ideia da rede e da categoria da região. Tal ideia se traduz na perspectiva dos caminhos de atendimento no SUS e na sua organização hierárquica, tendo uma estratégia espacial que ocorre a partir das portas de entrada e do atendimento básico, pulverizados, chegando à média e alta complexidades, concentradas em cidades maiores. Isso permite retomar a importância, por exemplo, das redes de cidades na organização territorial do sistema. A rede de atenção do SUS acaba por se sobrepor e se organizar em torno da rede urbana brasileira, demandando para seu planejamento o estabelecimento de regiões específicas para tal. É retomada aqui a ideia da articulação entre fenômenos reticulares e zonais, que muitas vezes impõem questões mesmo dentro da organização do Estado e de seu interesse no estabelecimento de políticas públicas (RODRIGUES e MOSCARELLI, 2015).

No caso específico do SUS, seu processo mais recente de regionalização é dividido, de acordo com Albuquerque (2013) em três momentos: a regionalização normativa, a 'regionalização viva" e a regionalização contratualizada. O primeiro momento advém do modelo de regionalização proposto pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas - 2001), que previa uma descentralização baseada no Programa Saúde da Família (PSF), sem maiores considerações sobre desigualdades regionais com ênfase na fragmentação municipalista. Tal modelo parte da noção do sistema de saúde funcional e resolutivo, no qual os municípios deveriam definir um rol de serviços e ações de saúde que poderiam fornecer. As especialidades seriam ofertadas pelos municípios polo, sendo a regionalização baseada na concentração e especialização da oferta de serviços, na economia de escala e na descentralização política. É um modelo normativo rígido, pouco permeável ao tema das desigualdades regionais, de corte tecnocrático. No período da chamada "regionalização viva", a principal norma a organizar a regionalização é o Pacto pela Saúde. A Região de Saúde não deve ser vista, segundo tal documento, apenas como recorte administrativo, mas deve ser definida também a partir da articulação política dos entes. Albuquerque a classifica como "viva" pois ela busca interiorizar no processo de regionalização os elementos próprios dos territórios, além de ser ancorada na perspectiva democrático-participativa. Como resultado, por um peso maior do fator político local, houve a produção de regiões muito heterogêneas, vez que o modelo respeitou os variados acordos políticos nos Estados.

O esforço mais recente de regionalização é determinado pelo Decreto nº 7.508/ 2011 (BRASIL, 2011a). Tal decreto define a Região de Saúde como sendo um "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes". Tais regiões são delimitadas por fatores como as identidades culturais, econômicas e sociais e de comunicação e transporte compartilhadas. Aqui claramente o Decreto visa alguma junção entre elementos políticos com aqueles de infraestrutura das regiões, retomando a questão das redes. Tais regiões são instituídas pelos Estados, em articulação com os Municípios, podendo ser também regiões interestaduais (desde que haja acordo com outros Estados – é possível mesmo a criação de regiões transfronteiriças). A definição

deve ser feita ainda a partir de elementos como: limites geográficos, população usuária, rol de serviços e ações ofertados e divisão de responsabilidades. É ainda nesse Decreto que são previstos os Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (Coaps), cujo objetivo é organizar e integrar os serviços e ações de saúde dos entes federativos em uma determinada Região de Saúde. É ainda importante mencionar que o Decreto cria uma outra instância de articulação entre governos, com escala regional: a Comissão Intergestores Regional (CIR), vinculada às Secretarias Estaduais de Saúde (SES). É daí que Albuquerque classifica tal período como de regionalização contratualizada. A autora considera esse modelo de regionalização um avanço em relação ao modelo anterior, claramente por haver algum lastro técnico na definição das regiões (dado pelo rol de serviços e ações), dando ao processo de contratualização (que é político), balizas mais claras da rede de saúde no território. Viana *et al* (2017) ao fazer um balanço desse modelo (em um período de vazio de inovações institucionais pós Decreto até os dias atuais), o modelo de regionalização produziu reduzido impacto institucional, tendo como um de seus entraves a não consolidação dos fóruns intergovernamentais, entre eles os das CIRs.

Em tal contexto, como se vê, é necessário considerar como tem sido a inserção de arranjos institucionais multisetoriais típicos de espaços metropolizados, como as Regiões Metropolitanas e as Regiões Integradas de Desenvolvimento e as redes e regionalização propostas pelo SUS. Uma análise concreta para se encontra no estudo de Cajueiro (2019) para a Região Metropolitana de Campinas (RMC). Em termos de regionalização, a situação atual aponta para congruência (ou aproximação) do território da Região Metropolitana com a da Região de Saúde, havendo uma microrregião identificada com o espaço metropolitano (ao menos institucionalmente). Tal resultado foi possível a partir de uma tradição de planejamento da atuação em saúde numa perspectiva regional, como no caso do Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas (Unicamp). Contou para isso ainda a atuação da Diretoria Regional de Saúde (DRS) da região e dos órgãos associados à gestão metropolitana, como a Agência Metropolitana de Campinas (Agemcamp). Em termos de governança, a CIR da Região de Saúde (da RMC) ainda demonstra ter

um maior protagonismo da DRS das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). A agenda das discussões tem sido dominada pela distribuição de responsabilidades, sem uma discussão mais ampla do Coap. Assim, se a regionalização parece caminhar em um sentido de maior diálogo com uma pauta multisetorial, por sua associação à definição institucional da metrópole, os mecanismos de governança são ainda restritos em uma contratualização mais ampla e com certa ascendência do governo estadual.

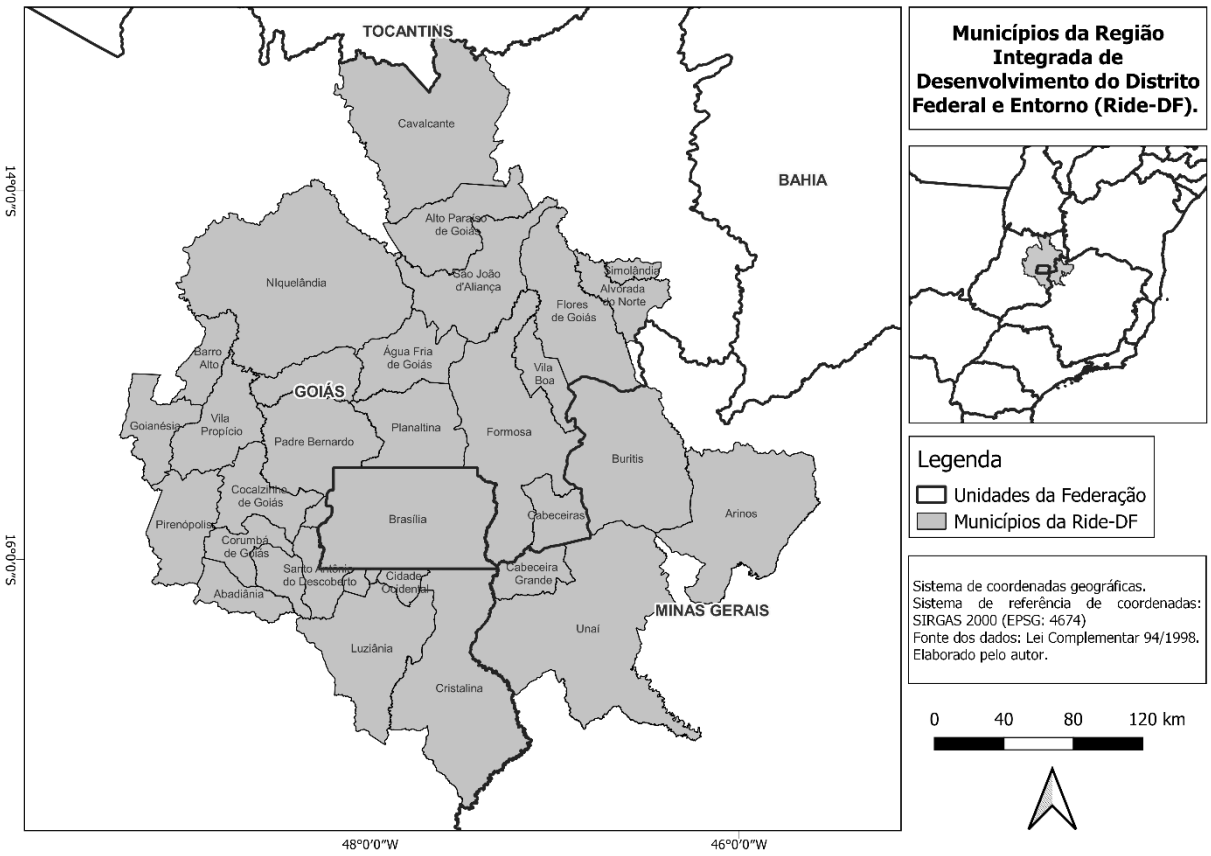
É no quadro de tal discussão que se tem interesse pelo caso da Ride-DF, instituída pela Lei Complementar nº 94/1998 (posteriormente alterada pela Lei Complementar nº 163/ 2018). Na atual configuração essa região é composta pelo Distrito Federal e pelos seguintes municípios: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Alto Paraíso de Goiás, Alvorada do Norte, Barro Alto, Cabeceiras, Cavalcante, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Flores de Goiás, Formosa, Goianésia, Luziânia, Mimoso de Goiás, Niquelândia, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, São João d'Aliança, Simolândia, Valparaíso de Goiás, Vila Boa e Vila Propício, do Estado de Goiás; Arinos, Buritis, Cabeceira Grande e Unaí, do Estado de Minas Gerais (BRASIL, 1998). O mapa da Figura 1 apresenta a localização da região e os Municípios que a compõem.

A lei de criação da Ride-DF foi posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 7.469/ 2011 (BRASIL, 2011b). Tal Decreto prevê que tal espaço terá a coordenação dos entes federados que participam de tal arranjo por meio do Conselho Administrativo da Ride-DF (Coaride). Dentro do rol de serviços públicos comuns ao Distrito Federal, aos Estados de Goiás e Minas Gerais e aos Municípios que compõem o arranjo, é elencada a saúde (art. 3º, parágrafo único, inciso VIII).

A partir de tal normatização, o que se tem de forma específica é um histórico que reduzidas ações de articulação entre os governos que compõem esse arranjo, pelos mais variados motivos. Souza (2017) aponta, por exemplo, que a Ride-DF padece do problema de estar dividida entre duas políticas diferentes, com perspectivas e articulações territoriais diversas: a de desenvolvimento regional e a metropolitana. De certa forma, a própria extensão da Ride-DF

demonstra isso, na medida em que não se aproxima nem do fenômeno metropolitano, nem do de influência regional de Brasília. Sua produção tem muita ligação com a tendência mais geral de incorporação de municípios a partir dos critérios políticos, movidos especialmente em períodos eleitorais (SOUZA, 2019).

Figura 1 – Mapa contendo os municípios da Ride-DF



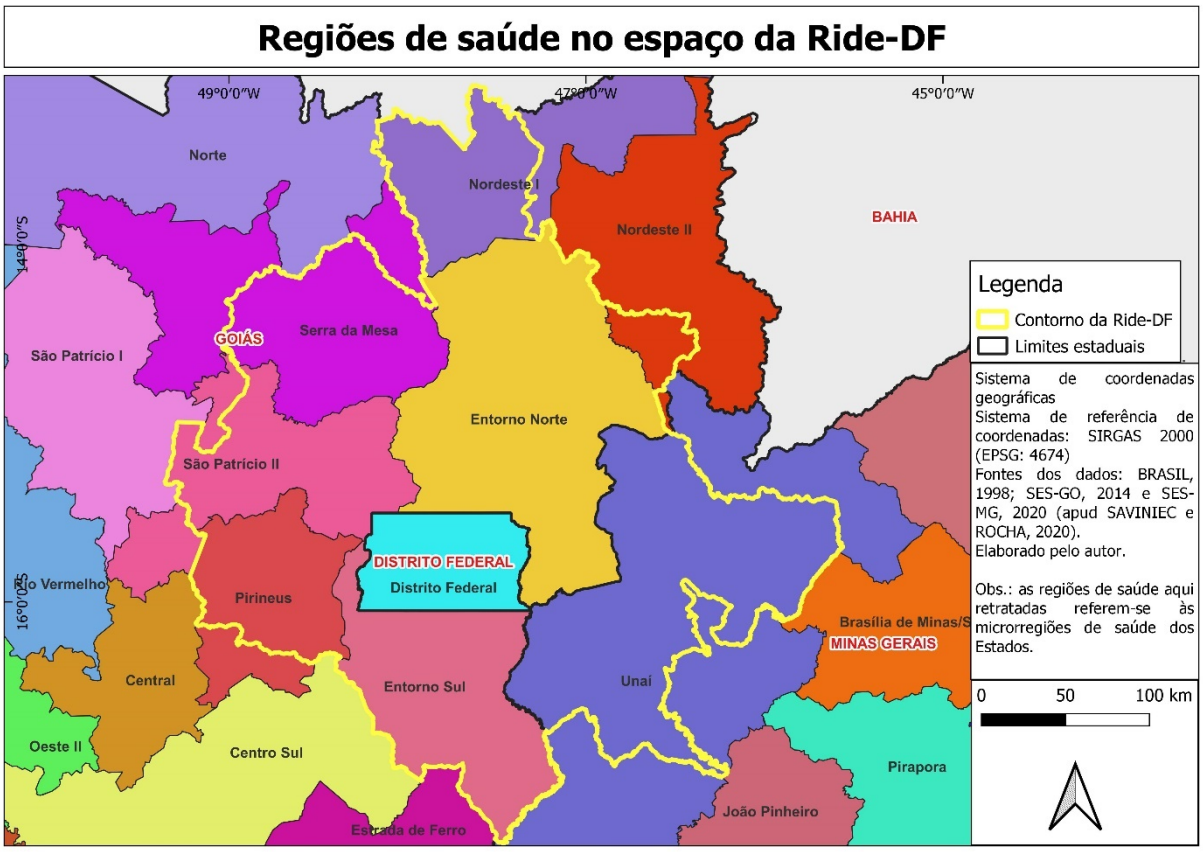
Fonte: elaborado pelo autor.

Em termos de gestão, o Coaride tem se constituído num órgão de atuação intermitente. Sua Secretaria-Executiva é hoje responsabilidade da Superintendência do Desenvolvimento do Centro-Oeste (Sudeco), e, em seu sítio eletrônico, consta que a última reunião desse colegiado foi realizada em 2018 (SUDECO, 2022). Bezerra e Scardua (2015) apontam que a construção de políticas no arranjo é quase inexistente e mesmo o Coaride, quando reunido, é capaz apenas de iniciar a discussão de alguns temas, não avançando para a formulação concreta de políticas. Pontuam eles que o arranjo criado legalmente é incapaz de

articular as ações existentes nesse território, havendo uma atuação de outros órgãos não reconhecidos e mesmo uma reduzida representação dos interesses dos Municípios. Fica evidente um quadro de fragilidade institucional, com a ausência de recursos para financiamento de ações específicas de desenvolvimento (o que sequer é previsto na Lei de criação e no Decreto de regulamentação) e poucas ações de desenvolvimento pelo órgão que teria mandato para isso (a Sudeco).

É a partir de tal situação que se busca, inicialmente, uma confrontação da regionalização proposta pela Ride-DF com as Regiões de Saúde dos Estados de Goiás e Minas Gerais. O mapa da Figura 2 demonstra tal sobreposição (considerando as Regiões de Saúde como sendo as microrregiões da regionalização da saúde adotada por esses Estados).

Figura 2 – Regiões de saúde no espaço da Ride-DF



Fonte: elaborado pelo autor

A observação da sobreposição demonstra que no Estado de Goiás há uma parte da regionalização que tem alguma ligação com a Ride-DF, havendo as regiões "Entorno Norte" e "Entorno Sul". Considerando a recente expansão da Ride-DF, ocorrida em 2018, A Ride-DF passou a ter municípios na região "Nordeste I" (Cavalcante), "Serra da Mesa" (Niquelândia) e "Nordeste II" (Flores de Goiás e Simolândia). Mesmo antes da expansão, alguns municípios da Ride-DF já estavam em outras regiões de saúde goiana que não as duas nomeadas de "Entorno": Mimoso de Goiás e Padre Bernardo estavam na região "São Patrício II"; Alexânia, Abadiânia, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás e Pirenópolis já estavam na região "Pireneus". Tal fato é importante pois a regionalização do Estado de Goiás data de 2014 (SES-GO, 2014). Dessa forma, mesmo ali, a Ride-DF não foi considerada em sua integralidade, e nem como espaço específico para o planejamento de ações.

No caso de Minas Gerais, os municípios mineiros da Ride-DF estão todos contidos na região de Unaí. Como a regionalização mineira foi mais recentemente atualizada (SES-MG, 2020), ela já foi realizada após a expansão da Ride-DF. Considerando o formato da região proposta, ela pouco dialoga com o formato proposto pela Ride-DF. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado não considera a Ride-DF em momento algum no processo de regionalização e no planejamento das ações.

Coordenação federativa e a gestão da pandemia de COVID-19 na Ride-DF

É a partir da discussão e do quadro específico traçado anteriormente que se passa à análise da gestão da pandemia na Ride-DF sob a ótica da coordenação federativa. A primeira parte da análise contemplou o exame dos planos de contingência das Unidades da Federação da Ride-DF. No caso do Distrito Federal, o Plano de Contingência COVID-19 (SES-DF, 2021a) adota como estratégia, na área de vigilância, a organização a partir das Regiões de Saúde, com a nomeação de algumas unidades como sentinelas para a Síndrome Gripal; no caso da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) são postos para a mesma função todos os hospitais que possuam capacidade de assistência aos casos de

SRAG. Em outros pontos não se nota uma organização territorial mais específica, nem há menção da Ride-DF nela (não há, por exemplo, indicação de como proceder para os casos em que os moradores sejam de algum dos municípios da Ride-DF, nem mesmo em termos de notificação). Um outro tema que poderia tangenciar a Ride-DF ocorre na nomeação dos hospitais de referência, cujo número foi crescendo à medida que a própria pandemia evoluiu no território do DF; entretanto, nenhum deles é especificamente indicado para os casos oriundos da Ride-DF. Ao observar a estrutura de gestão, que poderia indicar alguma cooperação/ coordenação com os Estados de Goiás e Minas Gerais, não se verificou nada nesse sentido. O Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE COVID-19 DF) do Distrito Federal tem uma atuação limitada ao Distrito Federal, sendo composto apenas por órgãos locais, sem previsão de articulação com outros órgãos de outros Estados.

O Estado de Goiás tem balizado suas ações por meio do Plano Estadual de Contingência para o Enfrentamento da Doença pelo Coronavírus (COVID-19) (SES-GO, 2021a). Observando sua Rede de Atenção, ela se organiza por meio da sugestão de um fluxo próprio de encaminhamento dos pacientes, orientando os municípios a partir do uso das macrorregiões e microrregiões de saúde do Estado. Essas são utilizadas para organização, entre outros, dos hospitais de referência para COVID-19, além de ter suas ações balizadas pelo nível de resposta demandado. Novamente, não há menção explícita de uma organização territorial que atenda ao caso específico da Ride-DF. Considerando a estrutura nos municípios da Ride-DF, há hospitais discriminados nos municípios de Alto Paraíso de Goiás, Formosa, Luziânia, Cristalina e Águas Lindas. Goianésia está na macrorregião Centro Norte, região São Patrício II, tendo uma UPA considerada. Analisando a gestão do plano, novamente não se prevê cooperação/ coordenação com outras Unidades Federativas.

No Estado de Minas Gerais, foi adotado o Plano de Contingência da Secretaria de Estado de Saúde para Enfrentamento do COVID-19 (SES-MG, 2021a). Em termos de sua perspectiva territorial, há uma valorização muito clara das macrorregiões de saúde do Estado com a criação de comitês macrorregionais específicos (esses, porém, com decisões de caráter opinativo). As macrorregiões

têm ainda previstas a criação de salas de situação regionais, com função de apoio ao COE estadual e ao COE macrorregional. Prevê-se, ainda, a criação de um Plano de Contingência Operativo em cada uma das macrorregiões. Os municípios da Ride-DF estão inseridos na Macrorregião Noroeste, que prevê, em seu plano de contingência próprio (SES-MG, 2020b) uma estrutura centrada nos hospitais de referência dos municípios de Arinos, Buritis e Unaí, sendo que o de maior complexidade (principal prioridade) é o de Unaí. Alguns outros hospitais são postos como retaguarda para esses, com leitos para não COVID-19. Não há, nem no plano estadual e nem no macrorregional, menção à Ride-DF ou a organização da rede de atenção para pacientes oriundos dos municípios dessa região. Em termos de gestão do plano é descrita uma estrutura de gestão em níveis (político e estratégico), sendo elencados diversos atores em tal estrutura, sem menção aos governos ou secretarias de saúde dos Estados vizinhos.

Em relação aos planos de operacionalização da vacinação, em comum, a organização da vacinação segue a regionalização proposta pelos Estados, que orienta também as Redes de Frios dos Estados/ Distrito Federal. A vacinação é operacionalizada pelas Superintendências/ Diretorias Regionais, que distribuem os imunizantes para os municípios e suas Unidades Básicas de Saúde. A Ride-DF é apenas mencionada no plano do Distrito Federal, no momento da caracterização do território. Contudo, isso não se converte em uma estratégia ou regionalização que contemple a Ride-DF. No geral, é o que se vê também nos planos dos Estados de Goiás e Minas Gerais (com o adicional de que nesses dois a Ride-DF sequer é mencionada). Em termos de gestão, em nenhum dos planos se encontrou a previsão de articulação entre as Unidades da Federação para operacionalização da vacinação, principalmente no caso da população que venha a buscar a imunização no Estado vizinho (SES-DF, 2021b; SES-GO, 2021b; SES-MG, 2021b).

Sobre a etapa dos pedidos de informação enviados, na primeira rodada de questões enviadas, o Governo do Distrito Federal, respondeu, por meio do Despacho – SES/GAB s/ nº, de 23 de julho de 2020 (SES-DF, 2020a), informando, inicialmente, sobre a realização de uma reunião, em 14/05/2020, para articulação das ações para o enfrentamento da COVID-19 na Ride-DF com a participação de

11 pessoas, incluindo (entre outros) o Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal, o presidente do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), o presidente da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), secretários municipais de saúde e prefeitos de Municípios da Ride-DF. Esse teria sido um encontro preparatório para a celebração do Termo de Cooperação entre o Distrito Federal e o Estado de Goiás (tal termo será tratado à frente). Foi informado que o Estado de Minas Gerais não participou da mencionada reunião. A resposta aponta ainda para a realização de outras duas reuniões, todas elas com autoridades dos municípios da Ride-DF, em 12/05/2020 e em 22/05/2020. Nota-se que em nenhuma das reuniões houve a presença de autoridades do Governo do Estado de Goiás.

O Estado de Goiás respondeu por meio do Despacho nº 2.385/2020 – GAB (SES-GO, 2020a). Inicialmente é informado que não houve nenhuma reunião para o tema das ações na Ride-DF, justificando que a única reunião agendada para tal não teve quórum de participantes da Ride-DF (não informa a data em que essa reunião estava agendada). Em seguida menciona a celebração do Termo de Cooperação com o Distrito Federal, não mencionando outras ações de articulação.

O Estado de Minas Gerais enviou sua resposta por meio de resposta a um e-SIC (sem número), em 02/07/2020, classificando a resposta, inicialmente, como "informação inexistente". Na resposta, informou que, ao consultar o gabinete da SES-MG e todas as subsecretarias, não houve a participação de nenhum representante da Secretaria em reuniões para articulação de ações na Ride-DF.

Nas respostas enviadas pela SES-DF e pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Goiás (SES-GO), foi enviado, em anexo, uma cópia do Termo de Cooperação Técnica Interfederativa nº 07/2020 – SES/DF (GDF e SES-DF, 2020). O Termo foi firmado entre as duas secretarias de estado de saúde, do Distrito Federal e do Estado de Goiás, sem a participação do Estado de Minas Gerais. O objeto do termo foi a racionalização e a coordenação de ações na Ride-DF, promovendo ações de testagem, diagnose e tratamento da doença, além de outras medidas de controle sanitário. A abrangência é específica para os municípios da Ride-DF (e para o Distrito Federal). Considerando as atribuições, em comum

ambos deveriam alocar recursos humanos, materiais, tecnológicos e administrativos para a execução das atividades de interesse do Termo, devendo cada um arcar com seus custos. À SES-DF, de forma específica, cabia o fornecimento de materiais necessários à testagem da população, a capacitação de agentes de saúde dos municípios componentes da Ride-DF em relação a medidas de combate ao coronavírus, e a prestação de informações do sistema de regulação de leitos do Distrito Federal, permitindo o acesso da SES-GO. Já a SES-GO devia apoiar as ações de testagem, fornecer apoio material e humano ao combate da COVID-19, fornecer informações dos casos de COVID-19 nos municípios da Ride-DF (para alimentar as bases de informações do Distrito Federal), fornecer Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) nas ações conjuntas e informar o quantitativo de leitos ao Distrito Federal, por meio de ferramenta que permitisse o acesso a tal informação. A intervenção prevista no Termo deveria ser feita a partir da composição da Comissão Estadual de Gestão do Acordo de Cooperação Técnica (CEGACT). Essa comissão teria por atribuição a operacionalização do Termo, formando ainda a comissão geral de gestão do acordo, aprovando seu plano de trabalho. O Termo foi celebrado a título gratuito, não implicando compromissos financeiros ou transferência de recursos econômicos e tinha previsão de vigência de 180 dias.

Considerando a celebração do Termo, uma segunda rodada de perguntas foi realizada, especificamente para a SES-DF e SES-GO. A SES-DF (2020b) respondeu às questões feitas informando, sobre a primeira questão, que não foram alocados recursos humanos, materiais, tecnológicos e administrativos para atendimento dos casos de COVID-19 vindos do Estado de Goiás. Sobre a segunda questão, referente à testagem, a SES-DF informou que foram encaminhadas as seguintes quantidades de testes para os municípios da Ride-DF: 20.000 para Planaltina-GO; 50.000 para Novo Gama-GO; 3.500 para Trombas-GO (que não é um município da Ride-DF); 25.000 para Santo Antônio do Descoberto-GO; 6.000 para São Luiz do Norte-GO (que não é um município da Ride-DF); 50.000 para São João d'Aliança-GO; 3.000 para Valparaíso de Goiás-GO; 20.000 para Flores de Goiás-GO. Constata-se que o Termo foi utilizado mesmo para envio de testes para municípios que não fazem parte da Ride-DF.

Sobre a terceira questão foi informado que nenhuma ação de capacitação foi realizada no período. Sobre a quarta pergunta, a resposta apontou para o desenvolvimento dos painéis "Lista de espera por leitos de UTI", "Leitos públicos COVID-19" e "Leitos públicos UTI gerais", sem informar, contudo, se as informações estão partilhadas com o Estado de Goiás de modo a que esse possa acessar de maneira coordenada o SUS no Distrito Federal (a impressão é que se trata de painéis de informações para o público de forma ampla). Finalmente, sobre a quinta pergunta, foi informado que a CEGACT, que deveria ser institucionalizada pelo Distrito Federal e pelo Estado de Goiás, não foi constituída a tempo, considerando o vencimento do Termo em 14/11/2020.

O Estado de Goiás, quanto à segunda rodada de perguntas, informou que não houve qualquer movimentação da SES-DF para elaboração do Plano de Trabalho, e que foram encaminhados ofícios a essa solicitando informações para o início do trabalho. Foram encaminhadas cópias de ofícios dos dias 01/06/2020 e 13/07/2020 com tais solicitações, porém sem outras respostas. A falta dessas respostas impediu a SES-GO de avançar nos ajustes para execução do Termo. É importante mencionar que, em anexo à primeira requisição de informações, a SES-GO anexou uma portaria com a nomeação dos servidores para a CEGACT do lado goiano. Não foram dadas informações sobre os outros pontos questionados (SES-GO, 2020b).

Os resultados demonstram, dessa forma, que os planos de contingência e os planos de operacionalização da vacinação dos Estados são coerentes com a regionalização da saúde por eles adotada, na qual a Ride-DF é ignorada. Isso vale tanto para a organização de serviços e ações de saúde quanto para a vacinação. Como foi possível ver, a pandemia e a situação de busca de tratamento e vacinação em outra Unidade da Federação, especialmente entre Distrito Federal e Goiás foi incapaz de mudar tal tendência. Dada a persistência do problema e considerando a situação de conflito entre os governadores, uma iniciativa de cooperação entre eles foi adotada, porém com resultados modestos. Poucos recursos foram mobilizados (apenas a distribuição de testagem, contemplando municípios que sequer são da Ride-DF, levantando dúvidas sobre a motivação

de tal ato) e sequer o organismo de gestão do Termo de Cooperação foi institucionalizado.

Considerações finais

Considerando os resultados obtidos, é possível afirmar que a premissa inicialmente traçada se confirma, na medida em que o território da Ride-DF é claramente ignorado ao se considerar a regionalização da saúde nos Estados de Goiás e Minas Gerais, (referência dos planos de contingência e dos planos de operacionalização da vacinação). A Ride-DF é até um fator importante para a celebração do Termo de Cooperação celebrado entre o Distrito Federal e o Estado de Goiás, tendo tal Termo, porém, uma efetividade muito reduzida. Nem mesmo a situação da pandemia e a questão da pressão sobre o sistema de saúde do Distrito Federal foi capaz de levar a alguma alteração no planejamento da resposta à pandemia ou a resultados mais concretos, considerando o Termo de Cooperação. No caso do Termo, os resultados se limitaram a ações de testagem da população (com limitação territorial clara, vez que apenas alguns municípios da Ride-DF foram beneficiados) e à divulgação dos dados de leitos disponíveis no Distrito Federal (que sequer pode ser comprovada como decorrência direta do Termo, estando mais clara como uma divulgação a qualquer interessado sobre a questão).

Os resultados corroboram, assim, a dificuldade de articulação da Ride-DF, enquanto arranjo institucional e territorial multisetorial e a própria organização territorial do SUS. Viu-se que essa não é uma barreira totalmente intransponível, considerando o caso mencionado de Campinas (no qual houve alguma convergência, ao menos do ponto de vista da regionalização, entre a Região Metropolitana e as Regiões de Saúde), o que leva a que se considere o reduzido histórico de articulação dos governos no interior da Ride-DF como um outro fator para se entender a questão. Assim, se mantém a dependência da agenda política de cada um dos governadores, sem maiores estímulos para uma cooperação mais perene.

Para avançar em qualquer agenda que altere essa situação, em termos de políticas públicas, o mais evidente é que a Ride-DF seja um fator na regionalização do sistema de saúde dos Estados envolvidos na gestão do espaço dessa região. Para que isso aconteça, parece também evidente que a própria Ride-DF precisa se tornar mais que uma regionalização instituída por Lei, passando a uma possibilidade efetiva de produção de políticas públicas.

Referências bibliográficas

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C.; SATO, H. Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Estados, instituições e democracia:** república. Brasília: IPEA, 2010.

ABRUCIO, F. L.; GRIN, E. J.; FRANZESE, C.; SEGATTO, C. I.; COUTO, C. G. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, vol. 54, nº 4, p. 663-677, 2020.

ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011):** diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV Editora; Editora Fiocruz, 2012.

BEZERRA, M. C. L.; SCARDUA, F. P. Políticas públicas e governança na região integrada de desenvolvimento do entorno do Distrito Federal. In: RIBEIRO, R. J. C.; TENORIO, G. S.; HOLANDA, F. (eds). **Brasília:** transformações na ordem urbana. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 26 de janeiro de 2022.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 26 de janeiro de 2022.

_____. Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília-DF, 16 de maio de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp94.htm>. Acesso em 01 de fevereiro de 2022.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a. **Diário Oficial da União,** seção 1, Brasília-DF, 29 de junho de 2011. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em 06 de abril de 2022.

_____. Decreto nº 7.469, de 4 de maio de 2011b. **Diário Oficial da União,** seção 1, Brasília-DF, 5 de maio de 2011. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7469.htm>. Acesso em 06 de abril de 2022.

CAJUEIRO, J. P. M. **O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000**: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região Metropolitana de Campinas. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade**, vol. 24, nº 2, p. 447-460, 2015.

FEITOSA, L. C.; GUIMARÃES, R. B. Pacto federativo e Política Regional da Saúde no contexto do desenvolvimento regional do território brasileiro. **Espaço & Geografia**, vol. 18, nº 3, p. 495-516, 2015.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (GDF). SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF). Termo de Cooperação Técnica Interfederativa nº 07/2020 – SES/DF (extrato). **Diário Oficial do Distrito Federal (DODF)**, Brasília, nº 96, 22 mai. 2020.

LASSANCE, A. Federalismo no Brasil: uma trajetória institucional e alternativas para um novo patamar de construção do Estado. In: LINHARES, P. T. F.; MENDES, C. C.; LASSANCE, A. (orgs.) **Federalismo à brasileira**: questões para discussão. Brasília: Ipea, 2012, p. 23-36.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 12, nº 5, p. 511-522, 2007.

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**, vol. 36, nº 7, 2020.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, vol. 40, nº especial, p. 14-24, 2016.

ROCHA NETO, J. M. As fragilidades do federalismo cooperativo na crise do COVID-19. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, vol. 11, nº 3, p. 340-356, 2020.

RODRIGUES, J. N.; AZEVEDO, D. A. Pandemia do Coronavírus e (des)coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. **Espaço e Economia**, ano IX, nº 18, 2020.

RODRIGUES, J. N.; MOSCARELLI, F. Os desafios do pacto federativo e da gestão territorial compartilhada na condução das políticas públicas federativas. **GeoTextos**, vol. 11, nº 1, p. 139-166, 2015.

ROSSI, R. C.; SILVA, S. A. O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de Covid-19. **Espaço e Economia**, ano IX, nº 18, 2020.

SAVINIEC, L.; ROCHA, A. B. **Shapefile das Regiões de Saúde do Brasil**. 13 de jul. de 2020. Disponível em: <https://github.com/lansaviniec/shapefile_das_regionais_de_saude_sus> . Acesso em 06 de abril de 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Despacho – SES/GAB, s/nº de 23 de junho de 2020**. Brasília: SES-DF, 23 jun 2020a.

_____. **Despacho – SES/GAB, s/nº, de 24 de novembro de 2020.** Brasília: SES-DF, 24 nov 2020b.

_____. **Plano de Contingência COVID-19.** Brasília: SES-DF, 2021a. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02/Plano_de_contingencia_COVID_7-publicar1.pdf>. Visto em 08 de dezembro de 2021.

_____. **Plano operacional de vacinação contra COVID-19**. Brasília: SES-DF, 2021b. Disponível em: < https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02/Plano-de-Operacionalizacao-da-Vacinacao-COVID-19-no-DF-1.pdf> . Visto em 17 de dezembro de 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS (SES-GO). **Regiões de Saúde**. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/estrutura/regioes-de-saude>. Visto em 22 de abril de 2022 (2014).

_____. **Termo de Resposta nº 128/2020 – OUVIDORIA-SUS-10322, de 08 de julho de 2020.** Goiânia: SES-GO, 08 jul 2020a.

_____. **Termo de Resposta nº 226/2020 – OUVIDORIA-SUS-10322, de 04 de dezembro de 2020.** Goiânia: SES-GO, 04 dez 2020b.

_____. **Plano estadual de contingência para o enfrentamento da doença causada pelo Coronavírus (COVID-19).** Goiânia: SES-GO, 2021a. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files/banner_coronavirus/plano_enfrentamento/PLANO_GOIAS_COVID19.pdf>. Visto em 08 de dezembro de 2021.

_____. **Plano de operacionalização para a vacinação contra o COVID-19 no Estado de Goiás**. Goiânia: SES-GO, 2021b. Disponível em: < https://www.saude.go.gov.br/files/banner_coronavirus/vacinacao/plano_estadual_vacinacao_covid19/PlanodeOperacionalizacaoparaVacinacaoContraaCOVID-19noEstadodeGoias.pdf> . Visto em 17 de dezembro de 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG). **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/ MG)**. Belo Horizonte: SES-MG, 2020a. Disponível em: < https://saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf>. Visto em 22 de abril de 2022.

_____. **Plano de contingência operativo da Macrorregião Noroeste.** Belo Horizonte: SES-MG, 2020b. Disponível em:

<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/anexos/plano-contingencia/30-07_Plano-de-Contingencia_Noroeste.pdf>. Visto em 08 de dezembro de 2021.

_____. **Plano de contingência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para enfrentamento do COVID-19.** Belo Horizonte: SES-MG, 2021a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/2021/09/Plano_de_Contingencia_-_Revisao_3_-_03_09_2021.pdf> . Visto em 08 de dezembro de 2021.

_____. **Plano de vacinação contra COVID-19 para o Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte: SES-MG, 2021b. Disponível em: < https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/2021/02/25-02-Plano-de-Acao-Vacinacao-2a-edicao.pdf> . Visto em 17 de dezembro de 2021.

SOUZA, S. M. C. Gestão regional e metropolitana na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF): arranjo institucional, agentes e políticas públicas. **Élisée:** revista de Geografia da UEG, vol. 6, nº 2, p. 9-28, 2017.

_____. A nova (velha) Ride-DF: a caminho da Política Regional ou de lugar nenhum? In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, 18, 2019, Natal. **Anais**. Natal: Anpur, 2019.

_____. O Estado e suas regionalizações: uma reflexão a partir da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride-DF). **Geographia,** vol. 22, nº 48, p. 233-246, 2020.

SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DO CENTRO-OESTE (SUDECO). **Coride/ DF**. Disponível em: < https://www.gov.br/sudeco/pt-br/assuntos/ride-df> . Acesso em 06 de abril de 2022.

TAHAN, L.; TEIXEIRA, I. Ibaneis: "Preciso que o governador de GO cuide da nossa população. Senão, fecharemos a divisa" **Metrópoles**, Brasília, 23 fev. 2021. Disponível em: <https://www.metropoles.com/colunas/grande-angular/ibaneis-preciso-que-o-governador-de-go-cuide-da-nossa-populacao-senao-fecharemos-a-divisa>. Acesso em 27 jul. 2021.

VIANA, A. L. A.; BOUSQUAT, A.; FERREIRA, M. P.; CUTRIM, M. A. B.; UCHIMURA, L. Y. T.; FUSARO, E. R.; SOUZA, M. R.; MOTA, P. H. S.; PEREIRA, A. P. C. M.; IOZZI, F. L.; ALBUQUERQUE, M. V. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 17 (suplemento 1), S17-S26, 2017.

VIANA, A. L. A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, nº 3, p. 807-817, 2009.

YOSHIMINE, R; CRUZ, C. Ibaneis diz que vai proibir hospitais públicos do DF de receber pacientes do Entorno com Covid-19. **G1 DF**, Brasília, 14 mai. 2020. Disponível em: < https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/05/14/ibaneis-diz-que-vai-proibir-hospitais-publicos-do-df-de-receber-pacientes-do-entorno-com-covid-19.ghtml> Acesso em 27 jul 2021.