

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

Andrey Prizzon da Silva

ENFRENTAMENTO À COVID-19: UM DIAGNÓSTICO DO MODELO FEDERATIVO
NA ÁREA DA SAÚDE FRENTE A UMA PANDEMIA

SÃO PAULO - SP

2021

Andrey Prizzon da Silva

ENFRENTAMENTO À COVID-19: UM DIAGNÓSTICO DO MODELO FEDERATIVO
NA ÁREA DA SAÚDE FRENTE A UMA PANDEMIA

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obter o título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas. Campo do Conhecimento: Gestão e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Luiz Abrucio.

SÃO PAULO - SP

2021

Silva, Andrey Prizzon da.

Enfrentamento à COVID-19 : um diagnóstico do modelo federativo na área da saúde frente a uma pandemia / Andrey Prizzon da Silva. - 2021.
130 f.

Orientador: Fernando Luiz Abrucio.

Dissertação (mestrado profissional MPGPP) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Federalismo. 2. Relações interestaduais. 3. COVID-19 Pandemia, 2020-. 4. Políticas públicas - Brasil. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Abrucio, Fernando Luiz. II. Dissertação (mestrado profissional MPGPP) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 353(81)

Ficha Catalográfica elaborada por: Isabele Oliveira dos Santos Garcia CRB SP-010191/O

Biblioteca Karl A. Boedecker da Fundação Getulio Vargas - SP

Andrey Prizzon da Silva

ENFRENTAMENTO À COVID-19: UM DIAGNÓSTICO DO MODELO FEDERATIVO
NA ÁREA DA SAÚDE FRENTE A UMA PANDEMIA

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obter o título de Mestre em Gestão e Políticas Públicas.

Campo de Conhecimento: Gestão e Políticas Públicas

Data de Aprovação: _____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Cibele Franzese
FGV - EAESP

Profa. Dra. Catarina Ianni Segatto
UFABC

Prof. Dr. Fernando Luiz Abrucio
FGV – EAESP

Dedico este trabalho à memória de minha mãe,
Dejanira, pessoa de inteligência e conhecimento
ímpares, dedicada à família e ao conhecimento.

Não conheceu limites, transpôs as ciências, das
biológicas às humanas, da medicina ao direito, criou
diversas obras.

Entre livros, teses, dissertações e o que mais houvesse,
propagou muitos autores.

Com a sua velada contribuição...

Enriqueceu o mundo!

Em suas próprias palavras:

*Dedico este trabalho à minha mãe,
que a muitos anos atrás me dizia: “quando quiser compreender
alguma coisa procure saber quais são as suas partes, como estas
partes estão relacionadas entre si e como daí resultou outra coisa,
que é o que você quer entender”. Ela tentava me estimular a entrar
na essência do fato e não ficar na sua aparência, maneira de
conhecer que sempre orientou a minha vida.*

És minha eterna inspiração!

AGRADECIMENTOS

À coordenação e funcionários do EAESP-FGV, pela disposição em auxiliar, contribuir e dar suporte para o meu cotidiano acadêmico.

Aos queridos mestres pela compreensão, paciência, disposição e, acima de tudo, amizade, que foram fundamentais para toda a jornada acadêmica.

Aos mestres e parceiros, Prof. Dr. Fernando Luiz Abrucio e Prof. Dr. Cláudio Gonçalves Couto, por estarem sempre prontos para auxiliar os que precisam, jamais deixando nascer o desânimo; por terem me propiciado momentos de ensinamento – estes que permanecerão vivos por uma vida.

À minha filha Victória, pela compreensão em minhas constantes ausências e pelo incentivo que me deu durante este longo caminho.

À minha grande família. Onde uns são de laços sanguíneos e outros do coração. Por me conhecerem como sou: aceitem-me, com meus – muitos – defeitos e qualidades; por fazerem parte do meu existir, por serem a razão do Andrey ser assim.

A todos os meus verdadeiros amigos, pela paciência, carinho e dedicação.

Dentre tantos amigos que ganhei durante o mestrado e que não poderia nomeá-los todos, dois nomes se fizeram essenciais nesta jornada: Cássia Regina Donato Romero e Maria Cláudia Barreto Lima, uma parceria muito além da sala de aula.

Minha gratidão.

“Morrer na cama era um privilégio abusivo e aristocrático. O sujeito morria nos lugares mais impróprios, insuspeitados: – na varanda, na janela, na calçada, na esquina, no botequim. Normalmente, o agonizante põe-se a imaginar a reação dos parentes, amigos e desafetos. Na Espanhola não havia reação nenhuma. Muitos caíam, rente ao meio-fio, com a cara enfiada no ralo. E ficavam, lá, estendidos, não como mortos, mas como bêbados. Ninguém os chorava, ninguém... Ora, a gripe foi, justamente, a morte sem velório. Morria-se em massa. E foi de repente. De um dia para o outro, todo mundo começou a morrer. Os primeiros ainda foram chorados, velados e floridos. Mas quando a cidade sentiu que era mesmo a peste, ninguém chorou mais nem velou, nem floriu. O velório seria um luxo insuportável para os outros defuntos. Era em 1918. A morte estava no ar e repito: – difusa, volatizada, atmosférica; todos a respiravam.... De repente, passou a gripe. Ninguém pensava nos mortos atirados nas valas, uns por cima dos outros. Lá estavam, humilhados e ofendidos, numa promiscuidade abjeta. A peste deixara nos sobreviventes, não o medo, não o espanto, não o ressentimento, mas o puro tédio da morte. Lembra de um vizinho perguntando: – ‘Quem não morreu na Espanhola?’”

A espanhola, por Nelson Rodrigues (BERTOLLO, 2020)

RESUMO

O federalismo é uma forma de Estado que pressupõe a existência de múltiplos entes em sua composição, com competências inerentes a cada um, resultando em responsabilidades, principalmente na implementação de políticas públicas. Neste sentido, o presente estudo busca examinar as relações interinstitucionais que afetam o enfrentamento à pandemia de Covid-19, partindo de uma referência teórica, tanto do federalismo, com suas necessárias relações intergovernamentais, quanto das políticas públicas, de modo geral, e, estreitando tais referências teóricas, do SUS, enquanto política pública de saúde. O contexto em que se insere o tema, exigiu uma investigação dos principais aspectos da pandemia de Covid-19, tanto no Brasil quanto no mundo, trazendo ao debate as características multidisciplinares ligada à questão. Com uma ideia mais pormenorizada dos aspectos gerais da pandemia, o estudo buscou observar, então, como tais aspectos se fazem presentes e se relacionam diante de países federalistas, com foco em duas outras federações, a Austrália e o Canadá. Em comparação com o Brasil, as duas federações apresentam resultados distintos, tanto quanto entre elas mesmas, o que traz mais elementos à análise. Aprofundando mais a análise, foram pesquisadas informações acerca das relações interinstitucionais existentes e, também, das relações criadas durante o enfrentamento à pandemia, através da obtenção das percepções de gestores municipais, atuantes na área da saúde, atores que estão diretamente ligados às relações interinstitucionais. A partir de todas as análises feitas e informações coletadas, o estudo caracteriza as questões que estavam presentes no enfrentamento à Covid-19. São questões mais amplas e de maior abrangência, como o papel exercidos pelos entes federativos, o financiamento na área da saúde, a qualidade do sistema de saúde, e, também, questões mais específicas, como os gastos extraordinários, a estrutura decisória e a uniformidade de ações, e, por fim, as interferências políticas. Ao final, diante das questões levantadas, o presente trabalho traz à luz a discussão de possíveis soluções, tratando da questão da coordenação federativa, problema que se entende ser central, mas também, tratando de outras questões, como a autonomia dos entes, do financiamento à área da saúde e da conformidade.

Palavras-chave: federalismo; relações intergovernamentais; Covid-19; pandemia; políticas públicas; Sistema Único de Saúde; SUS.

ABSTRACT

Federalism is a form of state that presupposes the existence of multiple entities in its composition, with competencies inherent to each one, resulting in responsibilities, mainly in the implementation of public policies. In this sense, the present study seeks to examine the interinstitutional relations that affect the fight against the Covid-19 pandemic, starting from a theoretical reference, both of federalism, with its necessary intergovernmental relations, and of public policies, in general, and narrowing these theoretical references, from SUS, as a public health policy. The context in which the theme is inserted, demanded an investigation of the main aspects of the Covid-19 pandemic, both in Brazil and in the world, bringing to the debate the multidisciplinary characteristics linked to the issue. With a more detailed idea of the general aspects of the pandemic, the study sought to observe, then, how these aspects are present and related to federalist countries, focusing on two other federations, Australia and Canada. In comparison with Brazil, the two federations present different results, as much as between themselves, which brings more elements to the analysis. Deepening the analysis further, information on the existing interinstitutional relations and also on the relationships created during the confrontation with the pandemic were researched, through obtaining the perceptions of municipal managers, working in the health area, actors who are directly linked to interinstitutional relations. Based on all the analysis made and information collected, the study characterizes the issues that were present when fighting against Covid-19. These are broader and more comprehensive issues, such as the role played by federative entities, financing in the area of health, the quality of the health system, and also more specific issues, such as extraordinary expenses, decision-making structure and uniformity actions, and, finally, political interference. At the end, given the issues raised, the present work brings to light the discussion of possible solutions, addressing the issue of federative coordination, a problem that is understood to be central, but also, dealing with other issues, such as the autonomy of entities, financing health and compliance.

Key words: federalism; intergovernmental relations; Covid-19; pandemic; public policy; Unified Health System; Sistema Único de Saúde; SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras:

Figura 1 – Formas de Estado	16
Figura 2 - Distribuição da CPMF	34
Figura 3 – Evolução das Normas do SUS	36
Figura 4 - Estrutura institucional e decisória do SUS	39
Figura 5 - Linha do Tempo da Covid-19	41
Figura 6 - Organização do Sistema de Saúde do Canadá	53
Figura 7 - Gastos em Saúde nos Países da OCDE, em percentual do PIB	54
Figura 8 - Gastos em Saúde <i>per capita</i> nos Países da OCDE	55
Figura 9 - Estrutura do <i>Medicare</i> Australiano	57
Figura 10 - Painel Covid-19 do Canadá	59
Figura 11 - Painel Covid-19 do Brasil	59
Figura 12 - Painel Covid-19 da Austrália	60
Figura 13 - Composição das despesas com saúde no Brasil	88
Figura 14 - Acesso ao SUS	89
Figura 15 – Futuro da Pandemia	110

Gráficos:

Gráfico 1 - Financiamento à saúde no Canadá	54
Gráfico 2 - Financiamento à saúde na Austrália	58
Gráfico 3 - Despesas e transferências do Ministério da Saúde	93

Quadros:

Quadro 1 – As Atribuições no SUS	38
Quadro 2 – Ações e Medidas Paliativas dos Municípios	108

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
ACE - Agentes de Combate a Endemias
ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF - Constituição Federal
CHT – Canada Health Transfer
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CIR – Comissão Intergestores Regional
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNN – Cable News Network
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COE / COES - Centro de Operações de Emergência em Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONFAZ - Conselho de Política Fazendária
COSEMS – Conselho [Estadual] dos Secretários Municipais de Saúde
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRESEMS – Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
DHS – Department of Homeland Security
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
EPI – Equipamento de Proteção Individual
EUA – Estados Unidos da América
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FPT – Federal/Provincial/Territorial
HAQ Index - Healthcare Access and Quality Index
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
ICS – Incident Command System
IGR - Intergovernmental Relations
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LTC – Long Term Care
MERS - Síndrome Respiratória do Oriente Médio
NAO - North American Observatory on Health System and Policies
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OFDA - Office of United States Foreign Disaster Assistance
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PHAC – Public Health Agency of Canada

LISTA DE ABREVIATURAS (continuação)

PIB – Produto Interno Bruto
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PRV – Prevalence of Rule Violations
SAC – Special Advisory Committee on the Novel Coronavirus
SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave
SCI – Sistema de Comando de Incidentes
SCO – Sistema de Comando Operacional
SEI – Sistema Eletrônico de Informações
STF - Supremo Tribunal Federal
SUS - Sistema Único de Saúde
TGA - Therapeutic Goods Administration
UHC – Universal Health Coverage
USAID - United States Agency for International Development
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	O Federalismo e suas Características no Brasil.....	15
2.1.1	As Relações Interinstitucionais no Federalismo	23
2.2	Breve Contextualização sobre Políticas Públicas.....	25
2.3	A Política Pública de Saúde como Direito Social.....	28
2.4	O Sistema Único de Saúde - SUS.....	30
3	A PANDEMIA DE COVID-19	40
3.1	A Política e a Pandemia no Brasil e no Mundo.....	42
3.2	Impactos Multidisciplinares	45
4	ASPECTOS DA PANDEMIA NAS FEDERAÇÕES	49
4.1	Um Olhar sobre o Canadá	51
4.2	Um Olhar sobre a Austrália.....	55
4.3	Comparando as Federações nas Respostas à Pandemia	59
5	AS RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS NA PANDEMIA NO CASO BRASILEIRO	72
5.1	Abordagem Metodológica	72
5.2	Percepções Sobre a Atuação das Secretarias Municipais de Saúde.....	74
5.2.1	Observações dos Questionários	74
5.2.2	Observações das Entrevistas.....	78
5.3	Caracterizando as Questões.....	87
5.3.1	Questões Gerais.....	87
5.3.2	Questões Específicas	92
6	PENSANDO SOLUÇÕES NA RESPOSTA À CRISE.....	99
6.1	Coordenação federativa	103
6.2	Autonomia, financiamento e conformidade	105
7	Considerações Finais	108
	Referências	111
	Anexos.....	128

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa buscou abordar a questão das relações interinstitucionais no sistema federativo brasileiro durante o enfrentamento da pandemia de Covid-19, trazendo um olhar sobre aspectos práticos que se desenrolaram no dia a dia dos municípios observados, uma vez que a execução está, em sua grande maioria, nas mãos destes, mas sem deixar de analisar os aspectos práticos e teóricos que permeiam os demais níveis do Estado federado brasileiro, estados e União.

A partir de uma base teórica acerca do federalismo e das relações interinstitucionais, passando pela contextualização sobre políticas públicas e em específico da política pública de saúde, terminando por apresentar os aspectos gerais do funcionamento do Sistema Único de Saúde, formou-se um espectro teórico capaz de compreender minimamente em que contexto a resposta à pandemia deveria estar sendo balizada.

Caminhou-se, então, por apresentar a situação da pandemia de Covid-19 no Brasil e no mundo, bem como os contornos que a situação teve ao adentrar nos países federados com suas características próprias.

A busca por compreender todos estes aspectos teve como motivação fornecer subsídios para a melhor compreensão do caminho adotado no Brasil no enfrentamento da pandemia, bem como ajudar a encontrar soluções que pudessem acrescentar ao debate maior.

Assim, esta pesquisa, partindo do referencial teórico mencionado, buscou na literatura científica de outros países federados, uma forma de comparar, dentro do possível, as medidas de enfrentamento à pandemia e as características de cada país, e com tal comparação internacional de federalismos pode-se analisar o caso brasileiro, as relações entre os entes federados, suas respectivas ações e interações.

Complementando a pesquisa, buscou-se analisar o tema na prática diária, através de um levantamento de dados dentro da abordagem qualitativa, utilizando-se de questionários e entrevistas semiestruturadas com gestores municipais, com vistas a colher as impressões destes sobre as relações interinstitucionais travadas pelas secretarias de saúde e pelo município de modo geral.

Mesmo diante de inúmeras barreiras, os municípios pesquisados atuaram de forma bastante consistente e proativa, buscando ações e medidas paliativas, quando a morosidade inicial no fluxo de informações não os impediu de adotar ações de reestruturação da rede de atendimento e a elaboração dos planos de contingência; adotando mecanismos de acompanhamento e avaliação nos centros de contingência na falta de tal procedimento por parte dos estados e da União; buscando estabelecer relações lateralizadas com outros municípios para diminuir a dependência da gestão dos estados e suas lacunas.

Os municípios também estabeleceram relações interinstitucionais informais, através de contatos pessoais ou políticos na busca por um maior estreitamento na relação com o Ministério da Saúde e nas relações com as secretarias estaduais de saúde. Também apoiaram-se entre si para suplantam a descoordenação e falhas na gestão federal e estadual. As relações interinstitucionais com órgãos de diferentes esferas a nível regional se intensificou através de acordos de cooperação formais e informais, de forma a suplantam as dificuldades nas relações formais com os estados e a União.

Diante de todas as informações, traçou-se uma hipótese geral de que existe um esgarçamento no tecido da federação brasileira, ocasionado por um embate ideológico entre os entes federados, na pessoa dos seus mandatários dos executivos, sendo possível observar uma narrativa muito centralizadora do governo federal em detrimento dos demais entes, ao mesmo tempo em que houve uma tentativa de desresponsabilização pelo resultado embaraçoso do combate à pandemia, com o qual a sociedade brasileira vem convivendo até então.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Federalismo e suas Características no Brasil

Em voto no referendo do plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) na medida cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6.341, em 15/04/2020, o Ministro Alexandre de Moraes, asseverou acerca do federalismo:

Esse julgamento - assim como outros, o próximo da ação direta de inconstitucionalidade, outras ADPFs que ingressaram - refere-se a um dos alicerces Estado Democrático de Direito. E qual é esse alicerce? O Federalismo e as suas regras de distribuição. Muito mais do que a discussão de quem pode mandar "a", mandar "b", aqui, nós estamos discutindo a questão de um dos três alicerces do Estado de Direito brasileiro.

Federalismo, assim como a separação de Poderes e a Declaração de Direitos Fundamentais são os três alicerces que têm a mesma finalidade: limitação de poder.

[...]

A complexidade e a gravidade da crise não permitem o desrespeito à Constituição. Mais do que isso, na crise, é que as normas constitucionais devem ser respeitadas. Na crise, a Constituição deve servir de guia aos líderes políticos para que haja cooperação, integração, exatamente para chegarmos a bom tom no final dessa difícil caminhada para todos: União, Estados, Municípios e todos os brasileiros. (STF, 2020, p. 21-22)

Também asseverou o ministro, que:

[...] temos que focar naquilo que a Constituição estabelece, a meu ver, como divisão de competências para a saúde pública, para cuidar da saúde pública. E esse Federalismo brasileiro é sofrido, nasceu com a Constituição de 1891 e até hoje não conseguiu chegar ao verdadeiro Federalismo, ao Federalismo idealizado pelos norte-americanos, em 1787 - e lá também, nós estamos vendo um dilema entre o governo central e os governos estaduais. Esse Federalismo brasileiro tão sofrido recebeu pela Constituição de 88 um fortalecimento, seja porque o passado, no Brasil, demonstrou que a excessiva concentração de poder, principalmente nos períodos de ditadura - Ditadura Vargas, Ditadura Militar -, fora nociva ao desenvolvimento do País, seja porque o tamanho continental do Brasil não permite decisões de todas as matérias em todos os aspectos do ente central. (STF, 2020, p. 23)

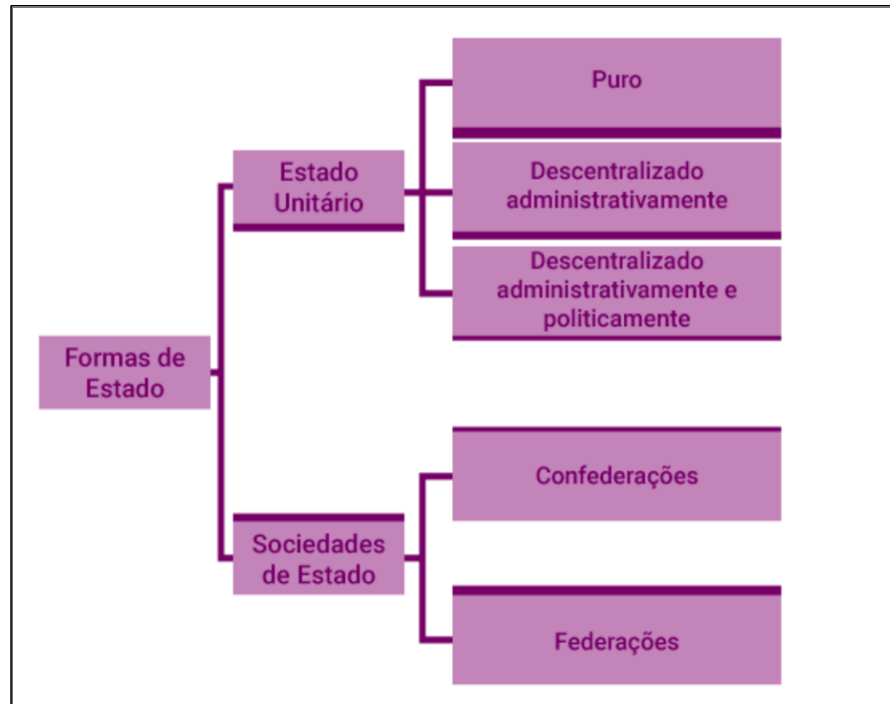
Afirmando ainda que:

Não é possível que, ao mesmo tempo, a União queira ter monopólio da condução administrativa da pandemia nos mais de 5 mil Municípios. Isso é absolutamente irrazoável. Como não é possível também que os Municípios queiram, a partir de uma competência comum estabelecida pela Constituição, tornarem-se repúblicas autônomas dentro do próprio Brasil, fechando os seus limites geográficos, impedindo a entrada de serviços essenciais. Não é isso que a Constituição estabelece.

A Constituição estabelece exatamente a divisão de competências a partir da cooperação - o chamado Federalismo cooperativo - de interesses, da predominância do interesse. (STF, 2020, p. 24)

Pois bem, ao debatermos sobre o tema central da questão do combate à Covid-19 no Brasil, devemos compreender qual é a base em que o Estado Brasileiro repousa para que consiga atingir seus fins.

Figura 1 – Formas de Estado



Fonte: ENAP, 2017, p. 7.

A federação é uma forma de Estado, como se observa na Figura 1, classificada como sendo do tipo de “Sociedades de Estado”, ao lado das confederações. O que distingue as duas formas é que nas confederações a característica é o poder estar mais deslocado para os entes federados, enquanto no sistema federativo, o poder está mais deslocado para o ente central, no caso brasileiro, a União, conforme explicam Arvate e Biderman (2004):

O sistema de governo federal representa um grau de unificação maior que o sistema confederado, com a preponderância do governo central sobre as demais esferas, principalmente no que diz respeito à soberania nacional. A constituição atribui a duas ou mais esferas de governo subnacionais (estados, províncias, municípios) algum grau de autonomia, competências legais e áreas próprias de ação. (ARVATE E BIDERMAN, 2004, p. 423)

Sendo assim, podemos definir o federalismo como sendo uma forma de Estado na qual existe um compartilhamento de autonomia político-administrativa e de recursos financeiros, inserindo-se aí as competências legislativas e tributárias, entre entes da federação, o poder

central e os poderes territoriais, representados por entes subnacionais, como estados e municípios.

O sistema federativo pressupõe um pacto federativo, materializado em uma constituição, a lei máxima do Estado, onde os entes federados se unem na criação de um governo central, outorgando-lhe poderes, também é característica de uma federação a inexistência de hierarquia entre os entes. Comumente vemos o federalismo associado a Estados com grandes extensões territoriais e também às diversidades étnica e cultural de povos que se unem em torno de objetivos comuns.

Especificamente no caso brasileiro, a formação do federalismo se deu a partir da tentativa de descentralização do governo da recém proclamada república, com a Constituição Federal de 1.891, dando maior autonomia às lideranças regionais. Este modelo de formação do federalismo brasileiro assemelha-se ao que Stepan chamou de *hold together*, uma forma em que se buscou manter a união dentro de um regime democrático. Analisando a formação dos estados federados de Índia, Bélgica e Espanha, asseverou Stepan (1999):

A Índia no final de 1948, a Bélgica em 1969 e a Espanha em 1975 eram sistemas políticos de fortes traços unitários. Contudo, nessas três sociedades multiculturais os líderes políticos chegaram à decisão constitucional de que a melhor maneira de "manter a união" em uma democracia era transferir poder e transformar seus Estados unitários ameaçados em federações. (STEPAN, 1999, p. 2)

Porém a ideia centralizadora nunca esteve distante na história brasileira, fazendo com que em determinados momentos houvesse uma oscilação no sentido da centralização do poder, observado, em extremo, por exemplo, nas ditaduras de Getúlio Vargas e do Regime Militar de 1964.

O federalismo brasileiro ganha força à partir da Constituição Federal de 1988, que deu grandes parcelas de autonomia a estados e municípios, com uma distribuição de competências tributárias que diminuiu a centralização de recursos financeiros na União e com o desenho de políticas públicas descentralizadas, como é o caso do Sistema Único de Saúde, delineado pelas regras insculpidas nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal.

Estes elementos definidores do federalismo brasileiro estão espalhados no julgamento da ADI nº 6.341, tanto nas partes citadas ao início deste tópico, quanto nos votos dos demais ministros. Junto com estes elementos já conceituados, os ministros trouxeram outro conceito importante, o de federalismo cooperativo.

Para se compreender melhor a extensão do federalismo cooperativo é importante expor a ideia por trás do outro modelo de federalismo, o modelo competitivo, conforme explicam Abrucio e Sano (2013):

Esse modelo utilizava a imagem do mercado como paralelo à vida política. Assim, os governos subnacionais devem, por um lado, buscar oferecer o melhor serviço público como se o eleitor fosse também um consumidor, e, por outro, competir entre si não só para ampliar o leque de escolhas dos cidadãos, como para aumentar a eficiência do setor público. (ABRUCIO E SANO, 2013, p. 18)

A evolução do modelo competitivo trouxe a teoria de que a competição entre os entes federados, tanto vertical quanto horizontalmente, promovia um maior controle do poder, onde esse controle mútuo entre os níveis de poder evitaria o mascaramento do domínio de um ente sobre outro, como explicam os autores:

Determinado tipo de cooperação pode mascarar o domínio de um ente federativo – normalmente o governo federal – sobre os demais. A competição enquanto controle é igualmente fundamental para aprender com os erros num sistema federal, incentivando a adoção de novas soluções. Além disso, a diversidade típica da situação federalista só se mantém com algum grau de competição. Trata-se da garantia dos direitos das minorias – nos termos definidos por James Madison, pai do federalismo norte-americano – que precisa de mecanismos competitivos para existir. (ABRUCIO E SANO, 2013, p. 18)

Porém a conclusão a que se chegou, é que um sistema puramente competitivo acaba por promover a desigualdade entre os entes federativos, estagnar o avanço do bem-estar social e aumentar a desigualdade social com o privilégio de determinada classe social em detrimento de outras.

Quando um ente federativo promove políticas sociais mais efetivas que outro ente, ocorre uma migração de cidadãos para aquela região federativa em busca de melhor qualidade de vida, com isso os gastos públicos aumentam naquela região, o resultado disso é uma retração da oferta de serviços públicos para evitar tal questão, o que é chamado por Paul Peterson de “*race to the bottom*”. (ABRUCIO E SANO, 2013, p. 19)

No sistema cooperativo procura-se combater a desigualdade entre os entes federativos e, por consequência, também a desigualdade entre os cidadãos, utilizando-se de mecanismos de redistribuição de recursos. Num país como o Brasil, de grande extensão territorial e com grandes disparidades sociais, a coordenação das diversas políticas públicas pela União é fundamental, bem como os diversos arranjos cooperativos, como quando se tem necessidade de fornecer serviços públicos que não caberiam no orçamento de um ente local isoladamente, que

podemos observar no caso da área da saúde com os serviços hospitalares e de exames de alto custo.

Apesar de ser necessária a cooperação entre os entes federados, defende-se que o sistema cooperativo não pode promover a inércia de um ou outro ente na expectativa que o governo central atue em seu socorro, conforme explicam Abrucio e Sano (2013):

Se um ente federativo precisa a todo momento da ajuda do governo central, provavelmente ele não esteja apto a se constituir enquanto tal. Uma coisa é a necessária política nacional de redistribuição de recursos; outra, o parasitismo. É a esse tipo de ente que o modelo competitivo pode servir como antídoto. (ABRUCIO E SANO, 2013, p. 18)

No entendimento dos autores, um balanceamento entre cooperação e competição torna o federalismo mais eficaz para enfrentar os diversos desafios que foram surgindo ao longo do tempo, explicam que:

Na interação entre os níveis de governo, o importante é evitar o jogo de soma zero, e não contrapor radicalmente a competição e a cooperação. Adotando essa linha raciocínio, Pierson argumenta: “mais do que ser um simples cabo de guerra, as relações intergovernamentais requerem uma complexa mistura de competição, cooperação e acomodação” (Pierson, 1995, p. 458). (ABRUCIO E SANO, 2013, p. 20)

Assim, observamos no federalismo brasileiro, desenhado pela Constituição Federal de 1988, a existência de um viés cooperativo, conforme se vê no desenho do SUS, por exemplo, tanto quanto um viés competitivo, que se mostra bastante forte, quando observamos, por exemplo, a área tributária, com a chamada “guerra fiscal” entre os governos estaduais.

Talvez esteja no exemplo da área tributária o maior ponto de competição do federalismo brasileiro, onde se observa pouca eficácia da política tributária articulada pelos estados e pela união:

No que se refere aos espaços institucionalizados de barganha, além da CIT [Comissão Intergestores Tripartite do SUS] e da CIB [Comissão Intergestores Bipartite do SUS], a área fazendária também possui um espaço próprio para a harmonização do ICMS [Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços], que é o Confaz [Conselho de Política Fazendária]. Porém, sua incapacidade de suplantar a guerra fiscal revela que há um limite na barganha federativa quando questões arrecadatórias entram em cena, colocando em xeque a própria arena, que fica ainda mais enfraquecida quando o Governo Federal se exime de participar das discussões. (ABRUCIO E SANO, 2013, p. 35)

Assim, delineados os pontos que distinguem o modelo federativo brasileiro, podemos compreender melhor o que o Supremo Tribunal Federal, no Acórdão da ADI nº 6.341, buscou

alcançar quando apresentou a visão institucional acerca do federalismo brasileiro e das competências de cada ente federado diante da emergência em saúde pública causada pela Covid-19:

3. O pior erro na formulação das políticas públicas é a omissão, sobretudo para as ações essenciais exigidas pelo art. 23 da Constituição Federal. É grave que, sob o manto da competência exclusiva ou privativa, premiem-se as inações do governo federal, impedindo que Estados e Municípios, no âmbito de suas respectivas competências, implementem as políticas públicas essenciais. O Estado garantidor dos direitos fundamentais não é apenas a União, mas também os Estados e os Municípios.
4. A diretriz constitucional da hierarquização, constante do caput do art. 198 não significou hierarquização entre os entes federados, mas comando único, dentro de cada um deles.
- [...]
8. Medida cautelar parcialmente concedida para dar interpretação conforme à Constituição ao § 9º do art. 3º da Lei 13.979, a fim de explicitar que, preservada a atribuição de cada esfera de governo, nos termos do inciso I do artigo 198 da Constituição, o Presidente da República poderá dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos e atividades essenciais. (STF, 2020, p. 2-3)

Um Estado Federativo tem no equilíbrio das forças e competências de cada ente, tanto quanto no equilíbrio e respeito de suas instituições, a base para a manutenção de seu *status quo* e para a prosperidade dos entes federados e dos cidadãos. Soares e Machado (2018), à partir do estudo de Riker (1964) e Klatt (1993) enumeraram as principais características que fundamentam o federalismo moderno surgido nos Estados Unidos da América:

As principais características constitucionais do federalismo moderno erigido nos Estados Unidos da América foram (Riker, 1964, p. 10; Klatt, 1993, p. 10-12):

1. **Constituição Federal** como forma de estabelecer o pacto federativo entre os entes territoriais.
 2. **Divisão do Estado nacional** em várias subunidades territoriais que constituirão os entes federados ou as unidades-membro da Federação.
 3. **Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário** autônomos nos âmbitos nacional e subnacionais.
 4. **Divisão de competências fiscais e administrativas** entre os níveis de governo.
 5. **Legislativo nacional bicameral** com representação das subunidades nacionais no governo central por meio de uma segunda casa legislativa (Senado).
 6. **Corte Suprema de Justiça** responsável pela regulação dos conflitos federativos e garantia da ordem federal.
- (SOARES e MACHADO, 2018, p. 19-20)

O exato balanço entre os poderes da união, dos estados e dos municípios, aliado, principalmente, à cooperação entre todos, traz eficiência e eficácia na execução das políticas públicas.

A coordenação por parte de um governo central e a cooperação entre todos os entes federados, são absolutamente necessárias para o desenvolvimento das políticas públicas. Frequentemente se debate acerca dos efeitos do federalismo na implementação de políticas

públicas e o que se observa é que a heterogeneidade dos federalismos não permite tecer conclusões fortes acerca de sua influência isoladamente no resultado das políticas públicas.

A distribuição de poder pode variar muito e disso depende a força de coordenação do governo central. Neste sentido que Stepan (1999) explica que “Todas as federações democráticas, por serem federações, restringem o poder central” (STEPAN, 1999, p.7). Sendo assim, a implementação das políticas necessita de um mínimo de consenso entre os entes federados em compensação às restrições de poder aplicadas ao governo central.

Sem fugir da linha de raciocínio de Stepan (1999), pode-se concluir que, ainda que não se consiga determinar especificamente como o federalismo afeta as políticas públicas, como está definido no parágrafo anterior, há que se considerar que “As instituições federativas são relevantes para as políticas públicas em todos os pontos do *continuum demos-constraining*”. (STEPAN, 1999, p. 16-17).

O conceito de *continuum demos-constraining* trazido por Stepan (1999) pode ser explicado como sendo o espectro que vai da menor à maior restrição do poder das majorias, onde a variação do grau de restrição se dá conforme o arranjo institucional estabelecido naquela federação, observando-se aspectos como a dificuldade de alteração da constituição federal, o grau de representatividade dos entes federados nas câmaras de legislação, a capacidade de veto das minorias, entre outros.

Arretche (2006) resume bem a questão ao tratar dos problemas de coordenação e autonomia observados no federalismo brasileiro:

Além disso, a autoridade do governo federal para induzir as decisões dos governos locais, no sentido de que essas decisões venham a coincidir com as suas próprias prioridades, permanece limitada, uma vez que esses governos detém autonomia fiscal e política, tendo, portanto, condições institucionais para não aderir às políticas federais. (ARRETCHÉ, 2006, p. 96)

Na classificação de Stepan (1999), o federalismo brasileiro se situa no extremo do espectro de restrição do poder da maioria (*continuum demos-constraining*), o que representaria uma grande dificuldade na coordenação pelo governo central e, consequentemente, uma dificuldade maior na implementação das políticas públicas (STEPAN, 1999, p. 9).

Não obstante à classificação de Stepan, a construção do federalismo brasileiro parece ter peculiaridades que dificultam muito a sua exata avaliação, por isso defendem Arretche e Fonseca (2018) que o federalismo brasileiro demonstra possuir elementos *demos-enabling*, já que existem mecanismos institucionais que permitem à União atuar mais livremente:

The 1988 Federal Constitution empowers the federal government to initiate legislation in all policy areas, including those with decentralized implementation, so that in most policy areas constitutional amendments are not needed for approving legislation. Legislation on the finances, policies, and spending of subnational units can be submitted to Congress either as complementary laws – addressed to regulate the Constitution – or ordinary laws. Thus, many policy changes affecting subnational affairs can be approved in Congress by a simple plurality of votes. (ARRETCHE E FONSECA, 2018, p. 151)

Complementam as autoras que, apesar disso, os estados da federação desempenham um papel muito importante na área da saúde, bem como os municípios, sob regras e padrões delineados pela União (ARRETCHE E FONSECA, 2018, p. 151).

Apesar da pertinente análise das autoras, nos últimos anos vimos o Congresso Nacional Brasileiro e o Supremo Tribunal Federal - STF atuarem restringindo os poderes da União, derrubando decretos e outras medidas editadas pelo executivo federal (TUROLLO E CANZIAN, FOLHA DE SP, 2020).

No mesmo sentido, temos a questão do isolamento social, tratada no capítulo 2, onde a atuação do STF durante a pandemia, foi no sentido de restringir o poder da União em favor dos estados e municípios, ainda que de forma sutil.

Observando os argumentos e os elementos apontados, arrisca-se dizer que existem poderosos mecanismos de constrição do poder central, mas que no cenário do presidencialismo de coalizão brasileiro, o *continuum demos-constraint* se mostra, possivelmente, muito mais fluido que em outros federalismos, a depender da condição política pessoal do representante do executivo federal.

Esta tese ganha corpo quando se observa as diversas reformas que foram sendo levadas a cabo pelos presidentes da nova democracia, desde Fernando Collor com o chamado “confisco da poupança”, que, nas palavras de Miriam Leitão (2011), citada por Bernardo (2020) foi ditatorial:

"Na hora da coletiva, senti um misto de revolta e perplexidade. Sabia que aquele plano provocaria um trauma na população. No fim do dia, chorei muito. O governo cometeu uma violência econômica muito grande contra o povo brasileiro. Foi o pior dos planos econômicos já feitos no Brasil", avalia a jornalista Miriam Leitão que, no livro *Saga Brasileira: A Longa Luta de Um Povo por Sua Moeda* (2011), se refere ao pacote como "arbitrário", "ditatorial" e "tresloucado" (BERNARDO, BBC/UOL, 2020)

Porém em outro momento do mesmo governo, dois anos depois, o Congresso Nacional protagonizou e foi responsável pela renúncia do primeiro presidente eleito democraticamente por voto direto na nova democracia, ao levar a cabo um processo de *impeachment*, mostrando todo o poder das instituições frente ao executivo federal.

Fernando Henrique Cardoso, por sua vez, esteve em um ponto mais equilibrado desta régua, pois teve parte de suas reformas administrativas bloqueadas pelo Congresso Nacional, mas conseguiu governar sem muitos entraves.

Já Lula conseguiu fazer as reformas que seu antecessor não conseguiu, com muito mais poder político, pode-se dizer que teve pouca resistência das instituições, fato que não ocorreu com sua sucessora Dilma Rousseff que, em seu segundo mandato, por notória falta de habilidade política e após travar por meses um embate com o então presidente da Câmara do Deputados, Eduardo Cunha, acabou sendo ré no segundo processo de *impeachment* da nova democracia e perdeu seu mandato.

Por fim chega-se ao presidente Bolsonaro, que, como visto, sofreu muitos revezes em sua administração perante as instituições, até que recentemente esboçou um grande esforço para conquistar mais autonomia, porém, parece ser mais com vistas à reeleição do que propriamente para a governabilidade, conforme explica Abrucio (2021):

Esse modelo com pouco sucesso legislativo já foi ironicamente intitulado de “presidencialismo do desleixo” pelo cientista político Fernando Limongi, um dos maiores estudiosos do presidencialismo de coalizão. Nesta linha, Bolsonaro comportava-se como um Macunaíma político, com grande preguiça para o trabalho duro da construção de políticas públicas em ambientes democráticos.

[...]

O presidente continuou, de tempos em tempos, a expressar visões de mundo autoritárias, porém, para salvar a família, iniciou o namoro com o “centrão”.

O relacionamento não se tornou logo de cara um casamento. Bolsonaro queria a proteção legislativa de seu mandato e de seus filhos, e em troca também prometia proteger parcela do “centrão” contra antigos fantasmas de denúncias de corrupção.

[...]

Somada a este temor em perder o mandato, outra coisa acelerou os planos de casamento com o “centrão”: a figura de Rodrigo Maia. O então presidente da Câmara, além de ser mais independente do que Bolsonaro desejava, começava a conversar com vários atores políticos para construir uma alternativa de centro contra o bolsonarismo em 2022. (ABRUCIO, 2021)

Vendo toda essa fluidez no grau de poder exercido pela União, que foi desde o poder de confisco até a sua completa aniquilação com um processo de *impeachment*, mais uma vez há que se debruçar na inafastável questão da grande necessidade de cooperação entre os entes federados para a construção, de forma efetiva, das políticas públicas e a consecução do bem comum.

2.1.1 As Relações Interinstitucionais no Federalismo

Compreendendo que é característica intrínseca do federalismo cooperativo a necessidade máxima de se estabelecer relações interinstitucionais, justifica-se então, fazer um breve aparte para melhor elucidar o conceito, as características e suas dimensões dentro do contexto brasileiro.

Em primeiro lugar cabe justificar a opção pela expressão “relação interinstitucional” e não pela mais usual que é “relação intergovernamental”, quando se trata de estudos do federalismo, para tanto observe-se que a expressão “relação intergovernamental” tem o cunho de designar todo e qualquer relacionamento estabelecido entre dois ou mais governos, de qualquer esfera, através de seus agentes públicos, independente de seu nível decisório, podendo ser de cunho oficial ou extraoficial.

Porém, este estudo está restrito a uma pequena área, onde a predominância da análise se dá em um nível institucional e não com a abrangência macro de governo. Parece bastante claro que o todo engloba a parte, mas ainda se está olhando para instituições específicas de seus governos, com peculiaridades que tornam mais prudente o uso mais restrito da expressão.

Sendo assim, podemos conceituar que “relação interinstitucional” é, para o escopo restrito deste trabalho e para os fins específicos aqui propostos, o relacionamento, ou seja, toda atividade ou interação, realizada formal ou informalmente, entre órgãos ou instituições de governos de qualquer esfera, união, estados ou municípios, horizontal ou verticalmente, através de qualquer agente público, independente de seu cargo ou posição, principalmente tendo como objetivo a efetividade das políticas públicas.

Este conceito desenvolvido a partir do estudo de Wright (1974) acerca do sistema político norte-americano, incorpora os elementos destacados por ele e que ajudam a trazer mais luz à complexidade e importância que é inerente às relações intergovernamentais, como se observa na conclusão apresentada em seu estudo:

IGR [Intergovernmental Relations] has become a distinctive dimension of activities in the American political system. It refers to a significant domain of political, policy and administrative actions by public officials. (WRIGHT, 1974, p. 16)

O autor elencou cinco pontos que foram destacados como elementos do conceito apresentado (WRIGHT, 1974, p. 2-4). O primeiro deles é que o estudo da relação intergovernamental tem como objeto todas as combinações de relação entre órgãos de governo, o que significa que pode ser vertical, como no caso das relações união-estado, união-município e estado-município, ou horizontal, no caso das relações estado-estado e município-município.

Em segundo lugar ele lembra que as relações se dão através de pessoas investidas em funções públicas, ou seja, não existem de fato relações entre órgãos, mas sim relações entre pessoas com seus comportamentos humanos. O fundamento essencial de uma relação intergovernamental é a interação pessoal entre agentes públicos.

A terceira observação se dá acerca do caráter abrangente das relações, que não se limitam apenas àquelas estabelecidas de forma rígida em normas e acordos formais, abrangendo todas as formas de contato, no dia a dia das instituições públicas.

O quarto elemento trata de esclarecer que, com a evolução do estudo sobre o tema, não mais se ficou restrito à observação de agentes investidos em funções específicas como governadores, prefeitos ou parlamentares, tendo sido ampliado o campo de estudos para os demais administradores da burocracia pública.

Por fim, a quinta questão destacada trata da ênfase que se observa ocorrer nas políticas públicas, observando como ponto importante a questão das alocações de recursos, chamada pelo autor de “foco fiscal”. O desenho, implementação e avaliação de políticas públicas são os principais objetos que implicam o estabelecimento de relações entre os agentes públicos.

No Brasil, observa-se, empiricamente, que as relações interinstitucionais, como expressão do federalismo, também ocorrem com os mesmos elementos destacados, porém aparentam uma maturidade menor que a observada por Wright (1974) no sistema norte-americano. Talvez a principal razão seja exatamente por ser tanto uma democracia jovem demais, quanto um federalismo jovem demais, uma vez que o marco destas duas instituições foi a Constituição Federal de 1988, ou seja, pouco mais de 30 anos apenas, contra mais de cem anos de maturidade norte-americana, sem deixar de considerar, ainda, que muitos outros fatores influenciam na maturidade destas instituições, como a própria formação do Estado brasileiro, gerando questões muito estudadas no campo das ciências sociais, por autores como Fernando Henrique Cardoso, Raymundo Faoro, Sérgio Buarque de Holanda e Roberto da Matta.

O padrão da política brasileira no campo das relações interinstitucionais parece produzir maior impacto, tanto positivo quanto negativo, nas políticas públicas, como será destacado mais adiante.

2.2 Breve Contextualização sobre Políticas Públicas

De sorte que o ponto focal da presente exposição é o federalismo e as suas nuances quando observando sua instrumentalização através das relações intergovernamentais, ou neste caso em específico, as relações interinstitucionais. Ainda cabe, pela didática e para uma melhor

contextualização das questões tratadas, prover o leitor de poucos, porém densos conceitos acerca da área de estudos de políticas públicas.

É importante, diante disso, começar compreendendo onde se insere tal estudo, de forma que a origem do estudo de políticas públicas é precedido pelo estudo da administração pública e este do estudo da administração em geral, após ocorrer uma espécie de “cisão” para a diferenciação com a administração de empresas, como explica Drucker (1999) citado por Saravia (2006):

A identificação da administração com a administração de empresas começou apenas com a Grande Depressão, que gerou hostilidade em relação às empresas e desprezo por seus executivos. Para não ser contaminada pela associação de sua imagem com a de empresas, a administração no setor público foi rebatizada de administração pública e proclamada uma disciplina distinta – com seus departamentos universitários, terminologia e hierarquia profissionais próprios. (SARAVIA, 2006, p. 24)

Com a evolução do estudo da administração de empresas, impulsionada pelo dinamismo do setor privado, a administração pública também foi evoluindo, enquanto a administração de empresas passava pelas fases de planejamento organizacional, planejamento estratégico, construção de cenários e gestão estratégica, a administração pública também passou por fases em que tentava acompanhar de perto a área privada, mas, ainda assim, devido à sua morosidade foi se distanciando e devido às suas peculiaridades foi se diferenciando, com a necessidade de atender os anseios da sociedade por maior participação nas decisões, como explica Saravia:

No âmbito público, registrou-se, ademais, um desejo crescente de participação democrática nas decisões estatais, na sua implementação, no seu controle e nos seus benefícios. A telemática (comunicações + informática) permitiu fortalecer a transparência e o conseqüente controle social das ações do Estado. Tudo isso levou, ao longo dos anos 80, ao fortalecimento progressivo da concepção mais ágil da atividade governamental: a ação baseada no planejamento deslocou-se para a idéia de política pública. (SARAVIA, 2006, p. 26)

Assim, o estudo das políticas públicas, que trazem em seu cerne características que exprimem a complexidade que possuem, é uma disciplina que não se traduz em uma lógica claramente definida, o que dificulta o seu estudo, criação e implementação.

Neste sentido, Souza explica que:

Assim, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa

também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos. (SOUZA, 2006, p. 25)

O estudo das políticas públicas traz a necessária diferenciação entre os termos que os teóricos adotam acerca das dimensões da política: *policy*, *politics*, *polity*. São termos utilizados na língua inglesa que se referem, respectivamente, aos conteúdos da política, aos processos políticos e às instituições políticas, como detalha Frey:

- a dimensão institucional ‘*polity*’ se refere à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo;
- no quadro da dimensão processual ‘*politics*’ tem-se em vista o processo político, freqüentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição;
- a dimensão material ‘*policy*’ refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas. (FREY, 2000, p. 216-217)

O autor também explica a função instrumental destas definições, apoiando-se no quadro conceitual em que Schubert explica o funcionamento das políticas públicas na prática:

Essa diferenciação teórica de aspectos peculiares da política fornece categorias que podem se evidenciar proveitosas na estruturação de projetos de pesquisa. Todavia, não se deve deixar de reparar que na realidade política essas dimensões são entrelaçadas e se influenciam mutuamente. Segundo Schubert, ‘a ordem política concreta forma o quadro, dentro do qual se efetiva a política material por meio de estratégias políticas de conflito e de consenso’ (1991, p. 26). (FREY, 2000, p. 217)

É neste ponto que se pode compreender a interseção necessária para que o referencial teórico produza a compreensão da dimensão do estudo proposto, onde o federalismo é parte importante da expressão da ordem política, bem como as instituições criadas a partir deste, como seus entes federativos e os órgãos destes entes que, através dos seus atores, tanto efetivam as políticas materiais junto aos cidadãos, quanto estabelecem as estratégias através das arenas de negociação e decisão.

Assim, para os fins de analisar a política pública de saúde posta em execução no Brasil para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, pode-se conceituar política pública, de forma bastante concisa, como sendo o conjunto de iniciativas, processos e decisões coordenadas, que buscam produzir efeitos positivos para sociedade, frente a uma questão socialmente relevante.

Tal conceito está condizente com os conceitos trazidos por diversos autores de referência e que foram citados por Souza:

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (SOUZA, 2006, p. 24)

2.3 A Política Pública de Saúde como Direito Social

No Brasil, a saúde é considerada, à luz do entendimento de grandes juristas e da própria corte constitucional, o Supremo Tribunal Federal, um direito fundamental do cidadão. Ainda que houvesse dúvida quanto a tal classificação, não poderíamos nos furtar a aceitar que da plenitude da saúde do ser humano depende sua dignidade, sendo que a dignidade da pessoa humana é fundamento basilar da nossa sociedade, é princípio fundamental da Constituição Brasileira, insculpida no inciso III do artigo 1º de nossa Carta.

Não obstante tais constatações, a própria Constituição Federal traz em seu artigo 196 a regra que norteia toda a materialização do direito à saúde do cidadão brasileiro. Classificada no Título VIII, “Da Ordem Social”, em seu Capítulo II, “Da Seguridade Social”, a Seção II traz os mandamentos constitucionais para a política pública de saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

(BRASIL, 1988)

Convém, porém, voltarmos no tempo para compreender a dimensão deste direito social e fundamental, cujo tema foi objeto, desde os primórdios, da atenção de grandes filósofos,

como o grego Hipócrates no século IV a.C., e o alemão Engels no século XIX, pensadores analíticos da condição humana. (SILVA, 2012, p. 9)

Cabe, então, compreender-se o significado do termo “direito”. Interpretando-se Kelsen, que o distingue chamando de “direito subjetivo” ou “pretensão”, pode-se compreender que este termo, apesar da dificuldade em compreender sua essência por conta da própria diversidade de situações à qual se refere (KELSEN, 1999, p. 88), é a expressão da ação ou omissão de outrem perante o titular do direito subjetivo, conforme explica Kelsen:

A conduta do outro correlativa da conduta devida do indivíduo obrigado é designada, num uso de linguagem mais ou menos conseqüente, como conteúdo de um “direito”, como objeto de uma “pretensão” correspondente ao dever. Essa conduta do outro correlativa da conduta devida do primeiro indivíduo, particularmente enquanto se traduz na exigência da conduta devida, é considerada como exercício de um direito.

[...]

Esta situação, designada como “direito” ou “pretensão” de um indivíduo, não é porém, outra coisa senão o dever do outro ou dos outros. Se, neste caso, se fala de um direito subjetivo ou de uma pretensão de um indivíduo, como se este direito ou esta pretensão fosse algo de diverso do dever do outro (ou dos outros), cria-se a aparência de duas situações juridicamente relevantes onde só uma existe. A situação em questão é esgotantemente descrita com o dever jurídico do indivíduo (ou dos indivíduos) de se conduzir por determinada maneira em face de um outro indivíduo. (KELSEN, 1999, p. 89)

Se temos que o direito subjetivo de uma pessoa se traduz no dever das outras para com o objeto daquele direito, observamos aí uma materialização de uma regra social, consequência de um “pacto social”, ensinado por Jean-Jacques Rousseau em sua obra clássica “Do Contrato Social”, sem querer adentrar nas questões do direito natural.

Neste ponto, a vida em sociedade foi evoluindo, muito em reação às barbáries cometidas nas sucessivas guerras ao redor do mundo, mas em especial após duas grandes guerras mundiais, que deixaram milhões de mortos e uma destruição sem fim. Com o fim da Segunda Guerra Mundial diversas nações se juntaram para criar a Organização das Nações Unidas – ONU, culminando com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, conjunto de regras mínimas que foi adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948.

Mesmo que distante de ser uma regra plenamente implementada por todos os signatários, a determinação do conteúdo do seu artigo 25 é mandamento que tem fundamento nos ideais de liberdade, justiça e paz, como descrito no preâmbulo da Declaração: “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (ONU, 1948), e, antes desta, na Carta das Nações Unidas, assinada em São Francisco (EUA) em 26 de junho

de 1945, que buscou “reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano” (ONU, 1945):

Artigo 25º

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade. (ONU, 1948)

Por ter tal dimensão, de direito fundamental, os parlamentares da Assembleia Constituinte de 1988 reafirmaram o compromisso, em nome da sociedade brasileira, com o princípio de se prover o mínimo de assistência à saúde, de forma universal, ou seja, disponível a todos os cidadãos brasileiros de forma indiscriminada, tanto quanto de forma gratuita e integral.

A consequência da inclusão do direito à saúde como princípio e regra na Constituição Federal de 1988 foi a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, em uma construção constante ao longo de seus 32 anos de existência, que o consolidou como uma referência internacional na área, reconhecido pela ONU e pela Organização Mundial de Saúde - OMS, servindo de modelo para outros países em alguns de seus programas.

2.4 O Sistema Único de Saúde - SUS

O Brasil percorreu um longo caminho desde a implantação da república até a consolidação de um sistema de saúde com as características determinadas pela Constituição Federal de 1988. A promulgação, em 5 de outubro de 1988, da chamada “Constituição Cidadã”, foi um marco para a sociedade brasileira, tanto pela materialização de um processo de redemocratização, após a ditadura militar, quanto pela instituição da garantia de muitos direitos individuais e sociais.

Dentro os direitos que a Assembleia Nacional Constituinte insculpiu na nova constituição, está a garantia de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988), conforme explicado.

A partir da promulgação iniciou-se um processo de efetivação dos direitos garantidos pela nova ordem constitucional, um movimento que não foi rápido e muito menos fácil, principalmente na área da saúde, em que o paradigma a ser adotado dependia de uma conscientização da nova ordem de cunho essencialmente federalista. Como visto anteriormente,

o federalismo brasileiro vinha de uma fase de dormência, com a centralização imposta pela ditadura militar, com pouca ou nenhuma participação dos entes federados na gestão de políticas públicas.

A nova ordem constitucional determinava uma participação ativa e efetiva dos entes federados na política de saúde, estabelecendo três diretrizes básicas mas de alto impacto:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

(BRASIL, 1988)

O desenho do modelo de política pública de saúde feito pela Constituição Federal de 1988 veio substituir um modelo de saúde pública baseado em um princípio de seguro social, onde o financiamento partia de contribuições de trabalhadores e apenas estes eram os destinatários do direito, deixando trabalhadores informais e desempregados sem atendimento à saúde, dependendo de atendimento privado pago ou da caridade de instituições (ARRETCHE, 2004, p. 159).

O novo modelo foi resultado de um longo trabalho que recebeu muita influência de um grupo chamado de “Movimento Sanitarista”, que teve seu início na década de 1970, tendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada em março de 1986, como um marco, debatendo soluções em três temas centrais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”. Sergio Arouca, que foi secretário de saúde do estado do Rio de Janeiro e posteriormente presidente da Fundação Oswaldo Cruz, a Fiocruz, foi o principal representante do movimento e presidiu a conferência, sendo também o responsável por apresentar uma emenda popular ao Congresso Nacional em nome do movimento e com mais de 50 mil assinaturas. Esses documentos foram a base para o texto constitucional (BRASIL, 2019).

Assim, os primeiros passos após a promulgação da Constituição Federal de 1988 contaram com a aprovação de dois marcos legais, chamados de Leis Orgânicas da Saúde, as leis números 8.080 e 8.142, a primeira de 19 de setembro de 1.990 e a segunda de 28 de dezembro de 1.990.

A lei número 8.080 tratou da organização do Sistema Único de Saúde, o SUS, trazendo em seus primeiros artigos as definições que norteiam o sistema:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

[...]

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O 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, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

(BRASIL, 1990)

Já a lei número 8.142 tratou da participação da comunidade na gestão do sistema e das transferências de recursos financeiros entre os entes federados, pontos extremamente relevantes para o pleno funcionamento do SUS. Foi através dessa lei que foram determinadas as criações, em todas as esferas de governo, das instâncias colegiadas que formam o SUS:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

(BRASIL, 1990)

Durante o período de 1.990 a 1.992, não obstante a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, o governo federal sob a presidência de Fernando Collor de Mello, não avançou com um dos princípios básicos da nova ordem, dificultando a descentralização, principalmente por conta dos repasses de recursos financeiros aos demais entes federativos.

Foi neste período de transição, ainda com vinculação ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, autarquia federal criada em 1977 e responsável pela gestão nacional da saúde no modelo anterior, que foram editadas as Normas Operacionais Básicas números 01/1991 e 01/1992, que promoveram os primeiros movimentos de transferência de recursos ao Fundo Nacional de Saúde, para destinação aos estados e municípios, com vistas à descentralização determinada pela Constituição Federal.

A retomada ao caminho delineado pelo “Movimento Sanitarista” veio com a mudança no executivo federal, em consequência de um processo de *impeachment* do presidente Collor que o levou a renunciar ao cargo momentos antes de sua condenação, tomando posse, então, o presidente Itamar Franco, trazendo em sua equipe o médico e político Jamil Haddad como ministro da saúde, que possuía laços com o “Movimento Sanitarista” (ARRETCHE, 2004, p. 170-172).

Sob o comando de Haddad, foi instituída uma comissão especial chamada de “Grupo Especial de Descentralização” que produziu um documento que foi debatido pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT e se tornou a base para a “Norma Operacional Básica - SUS 01/93”, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993:

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, usando das atribuições que lhe confere o artigo 87, inciso II, da Constituição, tendo em vista o disposto no seu artigo 198, inciso II, combina com os preceitos da Lei Orgânica Saúde (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90), e Considerando os elementos de natureza política e administrativa constantes do documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 15 de abril do presente ano:

Considerando que a construção do Sistema União de Saúde - SUS é um processo de responsabilidade do Poder Público, orienta-se pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e deve estar submetido ao controle da sociedade;

Considerando ainda a efetiva implementação do SUS vem assumindo dimensões complexas, cujo adequado equacionamento e domínio exige o estabelecimento de pressupostos essenciais na condução do processo, definição clara de responsabilidade das três esferas de governo e fixação de procedimentos e normas operacionais, resolve:

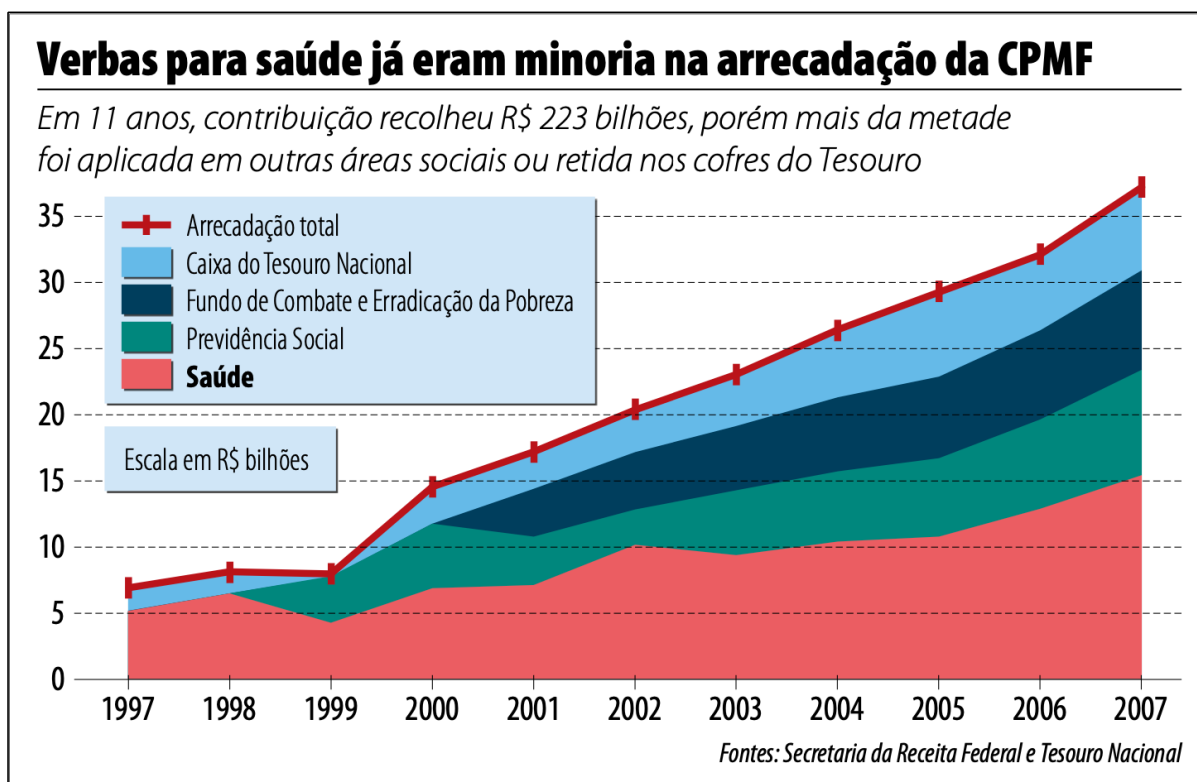
Art. 1º - Aprovar a Norma Operacional Básica - SUS 01/93, constantes do anexo único desta portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.

(BRASIL, 1993)

Apesar da edição da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, conflitos relativos ao orçamento para os repasses com o Ministério da Previdência Social acabaram causando

problemas nos repasses da união para os estados e municípios, resultando em um entrave para a descentralização, que somente foi resolvido, em parte, após a aprovação de uma emenda constitucional, em 1996, que criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF, com a promessa de garantia de uma fonte de recursos para a área da saúde. Porém o que ocorreu foi um “desvio” de parte dos recursos para outras áreas, uma vez que o tributo não tinha vinculação com a despesa da área de saúde, como observado na Figura 2.

Figura 2 - Distribuição da CPMF



Fonte: SENADO FEDERAL, 2014, p. 36.

Após extensos estudos com a participação de estados e municípios, representados através do CONASS e do CONASEMS, e da sociedade civil, no Conselho Nacional de Saúde, foi editada a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 que aprovou a NOB 1/96, com a redefinição do modelo de gestão do SUS. Segundo explica Arretche, a NOB somente começou a produzir efeito no começo do ano de 1998, após diversas mudanças através de normas administrativas editadas unilateralmente pelo ministro à época, Carlos Albuquerque (ARRETCHÉ, 2004, p.175-176).

As mudanças promovidas na norma tratavam de estabelecer requisitos aos estados e municípios para o repasse total dos recursos, através de programas distintos que, conforme os percentuais de cobertura da população, recebiam proporcionalmente, além da adoção do “Piso

de Atenção Básica-PAB”, que previa o repasse de um valor *per capita* em substituição ao antigo modelo de pagamento por produção. Também promoveu mudanças na forma de gestão, onde a NOB 1/93 estabelecia diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão por parte dos municípios, que podiam optar pela gestão “incipiente”, “parcial” ou “semiplena”, agora a NOB 1/96 lhes oferecia duas opções, a “Gestão Plena da Atenção Básica” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal”, conforme o porte do município e os serviços de saúde oferecidos à população, como serviços hospitalares e de referência.

Com o início dos anos 2000, vieram duas novas normas, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS números 01/2001 e 01/2002, que trouxeram em seu arcabouço instrumentos que promoveram uma melhoria na organização do sistema, visando, principalmente, estabelecer melhor acesso da população aos procedimentos de média e alta complexidade, com a atribuição de recursos especificamente a este segmento.

Essas normas também tinham como objetivo efetivar uma melhor descentralização do sistema, mitigando o efeito indesejado das normas anteriores, mormente a NOB 01/1996, de isolamento dos municípios em busca de sua autonomia.

Esse objetivo tinha como premissa a cooperação entre os municípios, através da microrregionalização, com um claro direcionamento à coordenação dos estados, papel este de suma importância para a consecução do princípio constitucional da integralidade do SUS. Esta norma instituiu o “Plano Diretor de Regionalização”, para os estados e Distrito Federal, e a “Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada”, como mais uma opção de habilitação para os municípios.

Na Figura 3, tem-se o quadro com a consolidação por Pereira e Quito (2004) das informações constantes em publicações do Ministério da Saúde, apresentando os principais aspectos da evolução das normas do SUS, desde a edição da NOB 01/1991 até a edição das NOAS 01/2001 e 01/2002, onde se observa, além da evolução da descentralização em si, relativamente ao modelo de financiamento e ao papel desempenhado pelos gestores, os aspectos de extrema relevância quanto ao processo de negociação, essência do conceito do federalismo aplicado ao SUS.

A busca por uma constante evolução e aprimoramento, fruto do modelo de gestão comandado pela Constituição Federal, com a gestão compartilhada e solidária, com a descentralização das atribuições e, ainda, com a participação da sociedade, levou ao desenvolvimento de uma nova política de saúde, o “Pacto pela Saúde”, que teve suas diretrizes operacionais consolidadas pela Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Figura 3 – Evolução das Normas do SUS

Normas	Racionalidade Sistêmica	Modelo de Financiamento	Papel do Gestores	Processo de Negociação
NOB 91/92	Igual a pagamento do prestador público ao privado criação e ampliação de sistemas informatizados de informação e centralizados	Repasse condicionado à produção de serviço	Predomínio da gestão federal Busca de unificação do sistema	Inexistente
NOB/93	cria modalidades de gestão municipal e estadual, com requisitos, responsabilidades, e prerrogativas diferentes	Repasse fundo a fundo a municípios habilitados, mas sem romper totalmente com a lógica do “pós-pagamento”	Maior autonomia ao gestor municipal Ausência do papel do Estado	Constituição de um Grupo Especial de Descentralização Instituição das Comissões Intergestores — Tripartite e Bipartite
NOB/96	Normatização da implantação do SUS quanto à assistência, à vigilância sanitária e ao controle de doenças Fortalecimento do papel dos municípios no Sistema Fortalecimento dos mecanismos de apoio à atenção básica (PAB) Adoção de políticas de incentivo Proposta de elaboração da Programação Pactuada e Integradas — PPI	Radicalização do processo de transferência fundo a fundo Utilização da base <i>per capita</i> para o financiamento da atenção básica Pagamento de incentivos	Melhor definição do papel do Estado	Negociação e formulação nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite
NOAS	Normatização da implantação do SUS quanto à assistência Ênfase na regionalização Instrumentalização da PPI	Instituição do <i>per capita</i> de alocação microrregional Mecanismo de financiamento diferenciado para o custeio da alta complexidade	Fortalecimento do papel do Estado como coordenador das relações intermunicipais	Negociação e formulação nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite

Fonte: DGA/SAS/MS

Fonte: PEREIRA e QUITO, 2004, p. 45.

O “Pacto pela Saúde” é entendido como sendo um conjunto de reformulações promovidas à partir da compreensão das dificuldades existentes no modelo vigente até então, mormente quanto às enormes diferenças regionais e municipais e das necessidades específicas de cada um, com uma atuação em três frentes, chamadas de componentes:

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais com o objetivo de promover inovações nos processos e nos instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades sanitárias de cada gestor de acordo com as necessidades de saúde da população.

A implantação do Pacto pela Saúde, nos seus três componentes – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS –, tem possibilitado a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes e promovido inovações nos processos e nos instrumentos de gestão.

A partir do Pacto pela Saúde, cada um – estados, municípios, Distrito Federal e União – adere ao processo com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. (BRASIL, CONASS, 2019. p. 24)

O “Pacto pela Vida” é o componente que atua tendo como foco a saúde da população em seis frentes: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006. p. 9).

Já o “Pacto de Gestão” busca estabelecer diretrizes tendo como objetivos a “descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada e Integrada – PPI; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde” (BRASIL, 2006. p. 17).

Por último, o “Pacto em Defesa do SUS” é o componente que busca efetivar o SUS como política pública de Estado, que transcenda os governos e suas ideologias, em conformidade com o preconizado na Constituição Federal, como descrito em suas diretrizes e iniciativas:

II. Pacto em Defesa do SUS

A. Diretrizes

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

1. Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;
2. Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

B. Iniciativas

O Pacto em Defesa do SUS deve firmar-se através de iniciativas que busquem a:

1. Repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;
2. Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;
3. Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

(BRASIL, 2006. p. 15)

Por fim, o último marco legal relativo ao SUS foi a edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal (alterado pela Emenda Constitucional nº 29/2000), definindo, entre outras questões, os valores mínimos a serem aplicados anualmente por cada ente federado na área da saúde.

Atualmente, a estrutura institucional e decisória do SUS é composta pelas instâncias de execução e de pactuação. A instância de execução é aquela onde se coloca em ação os programas e atendimentos, conforme as diretrizes pactuadas, bem como se faz a gestão do

sistema. Fazem parte desta instância, as secretarias municipais de saúde, as secretarias estaduais de saúde e o Ministério da Saúde, sendo suas atribuições distribuídas conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – As Atribuições no SUS

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização. • Estímulo à programação integrada. • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Apoio à articulação intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Fonte: MACHADO, 2011, p. 58-59.

A instância de pactuação é onde ocorrem as deliberações e decisões, permeia as três esferas de governo, municipal, estadual e federal, utilizando-se de fóruns com a participação dos gestores e da sociedade civil, esta última desempenha um duplo papel, o de participação na formulação da política pública e o de controle social.

Os fóruns de pactuação são os Conselhos Nacional e Estaduais dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS e COSEMS), o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB), e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde (CNS, CES e CMS), conforme representado na Figura 4.

Figura 4 - Estrutura institucional e decisória do SUS



Fonte: Elaboração própria com informações de MACHADO (2011, p. 60).

Existem atualmente instâncias regionais dentro dos estados, que são: o Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) e a Comissão Intergestores Regional (CIR).

3 A PANDEMIA DE COVID-19

A Covid-19 é a patologia que se origina pela infecção ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, também denominado de “Novo Coronavírus”, por fazer parte da família dos “Coronavírus”. Desta família fazem parte quatro outros Coronavírus, que são responsáveis pelo resfriado comum, hCoV-OC43, hCoV-229E, hCoV-NL63 e hCoV-HKU1.

Também fazem parte da família “Coronavírus” o MERS-CoV e o SARS-CoV, responsáveis pela Síndrome Respiratória do Oriente Médio – MERS e a Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS, que junto com a Covid-19 são classificadas como infecções pulmonares (pneumonias).

O Ministério da Saúde explica que esta patologia, Covid-19, apresenta um espectro clínico que vai desde casos assintomáticos até os mais graves, sendo que em torno de 5% dos casos o paciente pode necessitar de suporte ventilatório. (BRASIL, 2020)

A Organização Mundial de Saúde – OMS, teve contato com as primeiras informações sobre essa nova patologia quando, em 31 de dezembro de 2019, o escritório da OMS na China soube de uma publicação no website da Comissão Municipal de Saúde de Wuhan, relatando casos locais de uma pneumonia viral.

Ao mesmo tempo a OMS também tomou conhecimento dos mesmos casos de “pneumonia de causa desconhecida” através de sua plataforma “*Epidemic Intelligence from Open Sources* (EIOS)” por meio de um relatório no ProMED, um sistema da Sociedade Internacional para Doenças Infecciosas.

Já em 5 de janeiro de 2020 a OMS tornou pública a informação em comunicado oficial, relatando a ocorrência já de 44 casos constatados até 3 de janeiro de 2020, porém sem concluir acerca dos riscos em geral devido às poucas informações disponíveis.

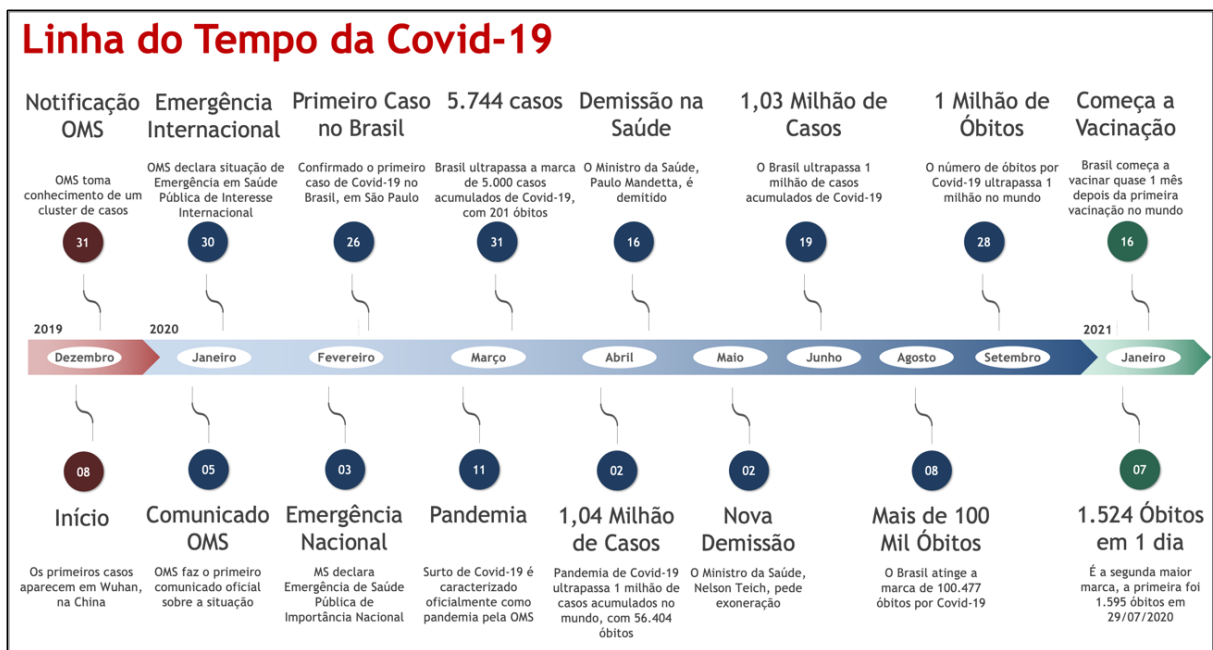
Assim, a partir das primeiras infecções ocorridas em 8 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, deu-se início uma crise sanitária sem precedentes nos últimos 100 anos, ou talvez até a maior da humanidade. Até então, uma situação parecida havia ocorrido em 1918 e 1919, com a Gripe Espanhola, que se alastrou de forma muito rápida por todos os continentes, deixando um rastro que se estima ser de 50 a 100 milhões de óbitos.

Em 31 de julho de 2021 às 8:21 horas, segundo dados coletados em tempo real e divulgados em um *dashboard*, pela universidade americana Johns Hopkins University & Medicine, atingiu-se 197.502.160 casos de Covid-19 no mundo, com o consequente óbito de 4.212.085 pessoas, dos quais 19.880.273 casos e 555.460 óbitos ocorreram no Brasil, que ocupa o terceiro lugar no mundo em número de casos e o segundo lugar em óbitos.

Seria necessário um estudo bastante aprofundado para se fazer uma comparação precisa entre as duas últimas pandemias, considerando as diferenças de população, aspectos ligados à globalização, diferenças de tecnologia, além das diferenças óbvias do avanço da ciência ligada à área da saúde, incluída aí a medicina.

Não obstante, é notória a alta gravidade da crise, até mesmo pela velocidade com que a pandemia se deu, como se observa na linha do tempo da Figura 5.

Figura 5 - Linha do Tempo da Covid-19



Fonte: Elaboração própria. Dados: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (2021); Ministério da Saúde (2021); Our World In Data (2021) & World Health Organization (2021).

Além das questões já descritas, após vários meses de pandemia e com um número alto de infecções, já se sabia que o vírus começaria a sofrer mutações significativas. É natural que ocorram tais mudanças genéticas e, segundo reportagem distribuída pela agência de notícias Reuters e publicada no portal de notícias do UOL: “Em resultado deste processo em andamento, muitas milhares de mutações já surgiram no genoma do SARS-CoV-2 desde que o vírus emergiu em 2019” (UOL, 2020).

Embora existam tantas mutações, a grande maioria delas não produz mudanças significativas no comportamento do vírus, diferentemente da variante encontrada pelos cientistas britânicos, que poderia estar fazendo com que a doença se tornasse mais contagiosa.

A reportagem também esclarece que o NHS, serviço de saúde britânico, informou ter identificado até 13 de dezembro de 2020, 1.108 casos com uma nova variante, chamada de “VUI - 202012/01” e que posteriormente foi batizada de variante Alfa.

Seis meses depois desta reportagem, as variantes de maior preocupação, segundo a OMS, são quatro, chamadas de Alfa, Beta, Gama e Delta. Encontradas primeiro no Reino Unido, África do Sul, Brasil e Índia, respectivamente, sendo variantes que representam um risco maior, seja pela capacidade maior de contágio ou por causar uma maior gravidade da doença, sem contar a resistência às vacinas já desenvolvidas.

3.1 A Política e a Pandemia no Brasil e no Mundo

A pandemia de Covid-19 chegou em um momento particular da história, a geopolítica atual está repleta de turbulências, com uma guinada de alguns países para governos de direita e extrema direita, fomentando o ultraconservadorismo ao redor do mundo.

Uma grande crise de refugiados tomou o mundo, tendo seu pico por volta de 2.015, com a entrada na Europa de cerca de 1 milhão de refugiados, ocasionada em grande parte por guerras e conflitos armados ou da fome e miséria, mas principalmente da guerra na Síria. Segundo a ONU, estima-se que em 2019 havia algo em torno de 68 milhões de pessoas na condição de refugiados.

Esta situação é um dos motivos que elevou o discurso ultraconservador no mundo, principalmente em países da Europa, como Itália, França, Alemanha, Áustria e Holanda. Em todos estes países houve um crescimento muito grande da participação dos partidos de extrema direita nas eleições mais recentes.

No Reino Unido o fenômeno resultou na saída do bloco europeu, o chamado *Brexit*, que se iniciou em 23 de junho de 2.016 com um referendo, onde a maioria dos britânicos escolheu a saída da União Européia.

Nos Estados Unidos da América a eleição de Donald Trump teve o mesmo significado, tanto quanto a eleição de Jair Bolsonaro no Brasil, ambos se não o são, no mínimo flertam com a extrema direita, basta uma precária análise dos discursos e das matérias controversas que defendem.

Talvez nada disso fosse um problema em si para a questão da pandemia, se o negacionismo não fosse justamente um uníssono da extrema direita, principalmente o negacionismo da ciência.

Basta um rápida pesquisa em qualquer sistema de pesquisa na internet para encontrar a inegável relação, recheada de reportagens, exemplos e artigos sobre a questão em diversas partes do mundo.

Foi exatamente observando este fenômeno que nasceu um projeto de pesquisa multinacional, envolvendo a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a Universidade de Columbia nos Estados Unidos da América e a Universidade de Viena na Áustria.

O projeto intitulado “Viral agnotology: Covid-19 denialism amidst the pandemic in Brazil, United Kingdom, and United States”, que em tradução livre significa “Agnotologia viral: negação da Covid-19 em meio à pandemia no Brasil, Reino Unido e Estados Unidos” está sendo conduzido pelos pesquisadores Renan Gonçalves Leonel da Silva (FM-USP) e Larry Au (Columbia), tendo como objetivo analisar o que se denominou “agnotologia”, um neologismo surgido nos Estados Unidos da América e que faz referência “ao estudo dos fenômenos de produção política e cultural da desinformação. Trata-se de um processo socialmente induzido e que visa a promoção deliberada da ignorância ou da incerteza na opinião pública acerca de determinado tópico” (TOLEDO, 2020).

Qualquer análise que se queira fazer sobre o enfrentamento à Covid-19, passa pela observação da gestão pública, que por sua vez traz em seu âmago as peculiaridades de um Estado federado e da necessária interação entre os seus diversos atores, tanto da burocracia quanto da política.

Em um área em constante evolução, os estudos acerca da implementação de políticas públicas também visaram compreender essa relação entre os papéis políticos e burocráticos e que cada vez mais se misturam, como explica Lotta:

Foi nesse sentido que novos modelos teóricos e pesquisas empíricas acerca do papel dos burocratas começaram a surgir, identificando a complexificação do papel dos burocratas e a dificuldade de separação entre questões de ordem técnica ou política. Uma das principais evidências desse processo veio da pesquisa conduzida por Aberbach, Rockman e Putnam (1981), que, a partir de uma análise empírica de diversos países, demonstraram um crescente hibridismo entre a política e a burocracia, o que definiram como “burocratização da política” e “politização da burocracia”. A burocratização da política ocorre com as decisões que envolvem escolhas e negociação e que levam os políticos a compreender e considerar aspectos técnicos em suas decisões. Já a politização da burocracia se dá em decisões que não são técnicas e que, portanto, permitem margem para negociação, acordos, busca de consensos e articulação de interesses difusos por parte da burocracia. A partir de suas análises empíricas, os autores observam que os burocratas, nas democracias contemporâneas, não apenas administram, mas participam com os políticos do processo de tomada de decisão, configurando-se também como policymakers. (LOTTA, 2012, p.4)

Assim, fica evidente que atores políticos com um viés de extrema direita, que mostraram-se propensos a atuar em prol de uma agenda negacionista, dificultaram a ação do Estado no combate à pandemia através da burocracia alinhada aos preceitos da ciência.

No Brasil se observou essa questão no primeiro momento crítico da pandemia, quando um embate entre o presidente Bolsonaro e o então ministro Mandetta, acerca das medidas de isolamento social e do uso de medicamentos para o tratamento da doença, levaram à demissão do ministro. O mesmo movimento se repetiu quando o seu sucessor, Nelson Teich, em menos de um mês no cargo, viu-se diante do mesmo problema e pediu exoneração do cargo.

Bolsonaro negava publicamente a gravidade da situação, referindo-se à doença como “uma gripezinha”, dentre outros discursos que incitavam a população a não acatar as recomendações de isolamento social defendidas pelos cientistas e levadas a efeito por vários governadores e prefeitos.

Da mesma forma passou a defender que o uso dos medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina seriam eficazes para o combate à Covid-19, com o intuito de levar a população a crer que existia um tratamento efetivo para a doença e não temesse sair do isolamento social.

A estratégia por trás do posicionamento de Bolsonaro não era velado, ele pretendia com isso evitar que a situação econômica se agravasse e que com isso ele fosse prejudicado nas eleições de 2.022.

Muitas pessoas se manifestaram no Brasil e no mundo contra as medidas de isolamento social, sendo que muitas delas tinham clara relação com o viés político de extrema direita. Sem contar os posicionamentos ofensivos e xenofóbicos contra a China, alimentados por teorias da conspiração acerca da criação intencional do vírus, parte de um plano de dominação comunista.

Tais posicionamentos, que também foram adotados por Bolsonaro, seu ministro das Relações Exteriores e seu filho Eduardo, que é deputado federal, acabaram por conduzir a relação com o principal parceiro comercial brasileiro a uma tensão que culminou com o atraso na liberação dos insumos para a produção da principal vacina utilizada no programa de imunizações do Ministério da Saúde até então, a Coronavac, produzida pelo Instituto Butantan em parceria com o laboratório chinês, Sinovac (ARBEX E GADELHA, CNN, 2021)

Na Alemanha movimentos extremistas de direita e islâmicos também atuaram na contramão da ciência diante da pandemia, segundo duas recentes notícias publicadas no site do jornal alemão DW, uma em 7 de fevereiro de 2.021, com o título “Polícia alemã alerta para aumento da hostilidade de negacionistas”, onde o jornal afirma que:

O chefe do Departamento Federal de Investigações da Alemanha (BKA, na sigla em alemão), a polícia federal do país, alertou que políticos, virologistas e jornalistas têm sido alvo de "hostilidades crescentes" por parte de negacionistas da covid-19 em território alemão.

[...]

O chefe do BKA observou que o movimento negacionista do coronavírus mistura teóricos da conspiração e pensadores esotéricos, mas também extremistas de direita e os chamados "cidadãos do Reich", que questionam a existência da República Federal da Alemanha como Estado legítimo e soberano, rejeitando seu sistema legal.

No ano passado, esses grupos contrários às medidas restritivas impostas pelos governos para conter a pandemias estiveram reunidos em protestos em cidades como Berlim e Leipzig. (DW, 2021)

Em uma outra notícia publicada pelo mesmo jornal alemão, em 8 de fevereiro de 2021, trazendo o título “Pandemia aumenta risco de radicalização de jovens”, a jornalista Kathleen Schuster afirma que:

Forçados a ficar em casa devido ao coronavírus e diante de incertezas sobre o futuro trazidas pela crise, adolescentes ficam mais suscetíveis à influência de grupos extremistas, alertam especialistas na Alemanha.

[...]

A própria covid-19 se tornou matéria-prima para propaganda online. Postagens islamistas identificadas pelo jugendschutz.net, órgão virtual independente que monitora a segurança infantil na Alemanha, equipararam a pandemia a uma punição de Deus por comportamento pecaminoso e profetizaram o fim dos tempos.

Posts de direita, por sua vez, usaram a crise para espalhar teorias da conspiração de que as medidas restritivas são na verdade o início de uma ditadura sob o comando da chanceler federal alemã, Angela Merkel. Eles também conseguiram juntar teorias da conspiração da pandemia com crenças antissemitas e xenófobas. (SCHUSTER, DW, 2021)

O panorama político aqui descrito e evidenciado com alguns exemplos do Brasil e do mundo, é uma das grandes dificuldades que torna a pandemia de Covid-19 a mais complexa que já existiu e, provavelmente, a pior de todas as que já foram enfrentadas pela humanidade.

3.2 Impactos Multidisciplinares

Apenas observando a linha do tempo da Figura 4 já é possível ter uma ideia da dimensão do problema, não apenas no Brasil, mas no mundo todo. Além disso, outras questões advindas da pandemia ainda merecem destaque, aquelas causadas na economia, como a queda do Produto Interno Bruto, que havia recuado 5% até o terceiro trimestre de 2020, aumento do desemprego que subiu de 11% no último trimestre de 2019 para 14,6% no terceiro trimestre de 2020 (BRASIL, IBGE, 2021).

Também constatou-se uma diminuição do nível médio de renda e um aumento da desigualdade social, conforme mostra o estudo “Efeitos da pandemia sobre o mercado de trabalho brasileiro: Desigualdades, ingredientes trabalhistas e o papel da jornada” publicado pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas – FGV Social.

Mostra o estudo que “No primeiro trimestre completo da pandemia a renda individual do trabalho do brasileiro, aí incluindo segmentos formais, informais e desocupados, apresentou queda média de 20.1%, enquanto a sua desigualdade, medida pelo índice de Gini, subiu 2.82%” (NERI, 2020, p. 3).

Houve ainda um aumento expressivo dos gastos públicos por conta da pandemia, com um consequente aumento do déficit nas contas públicas, segundo o Relatório Anual da Dívida Pública Federal 2020, publicado pelo Ministério da Economia, através da Secretaria do Tesouro Nacional, em 27 de janeiro de 2021.

O Relatório informa que o total de despesas com as medidas emergenciais adotadas na pandemia, tanto para gastos com a saúde quanto com a economia, tem um impacto estimado em R\$ 620,5 bilhões no resultado primário, o que equivale a 8,5% do PIB, enquanto a dívida pública ultrapassou os R\$ 5 trilhões, tendo aumentado quase 18% em relação a 2019 (BRASIL, 2021, p. 6 e 17).

As questões econômicas, em sua maioria, foram percebidas como sendo frutos das medidas sanitárias para contenção da pandemia, principalmente o isolamento social, porém os impactos da pandemia na sociedade vão muito além das questões de saúde, em estrito senso, e da economia.

Ainda são incipientes os estudos acerca de todos os possíveis impactos na nossa sociedade, mas já se sabe que abrangem muitos aspectos e áreas, não apenas economia e saúde. Vários estudos tentam comprovar o que se observa ocorrer de forma empírica, para se determinar de forma mais precisa a profundidade e extensão destes impactos e, também, se promoverão mudanças positivas ou negativas na sociedade.

São diversas as entidades e os pesquisadores que trabalham neste sentido, destacando-se aqui o “Observatório Covid-19 Fiocruz”, iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz para “o desenvolvimento de análises integradas, tecnologias, propostas e soluções para enfrentamento da pandemia por Covid-19 pelo SUS e pela sociedade brasileira” (FIOCRUZ, 2021).

Afirmam os pesquisadores, que a pandemia causou “repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias” (FIOCRUZ, 2021) e dentre os eixos que o Observatório Covid-19 Fiocruz trabalha está o de “Impactos Sociais da Pandemia”, com estudos em quatro linhas: “Covid nas favelas”, “Saúde indígena”, “Ética e bioética” e “Gênero e Covid-19”.

Também existem estudos que analisam as questões sociais no trabalho, não apenas nos aspectos econômicos do trabalho, como o desemprego por exemplo, mas naquilo que é o dia a dia do trabalhador, como o contato social presencial com seus colegas, que diminuiu muito ou

simplesmente ficou totalmente suspenso a partir da implantação do trabalho remoto, possibilitado por uma gama de tecnologias, algumas já existentes e outras novas ou readaptadas para o contexto.

Neste campo da tecnologia e inovação de produtos e processos, também os impactos aconteceram de forma bastante perceptível, houve um salto nesta área, impulsionado pela pandemia, conforme evidências apresentadas por Mota e Silva no artigo “Innovation in the Public Sector in Covid-19 Times”:

The National School of Public Administration - ENAP, supported by several institutions, launched a contest called “Desafios COVID-19” and “in just over a month, the contest identified about 600 solutions over the five regions of Brazil”. There are propositions about digital government, intergovernmental coordination, communication, material innovation, and health infrastructure, always focused on combating the pandemic and its effects. 14 winners emerged from this contest. (MOTA e SILVA, 2021)

A área da educação foi outro setor que sofreu um grande impacto com a pandemia, alunos, professores e os demais profissionais sofreram com a paralisação das atividades e depois com a retomada de forma remota e depois de forma parcialmente presencial.

Destaca-se aqui uma organização da sociedade civil, o “Todos pela Educação”, que produziu diversas notas técnicas sobre pontos específicos em que a educação é afetada pela pandemia, como as notas técnicas: “Educação na Pandemia: O retorno às aulas presenciais frente à Covid-19”, “Educação na Pandemia: Ensino a distância dá importante solução emergencial, mas resposta à altura exige plano para volta às aulas”, “Ensino a distância na Educação Básica frente à pandemia da Covid-19” e “Volta às Aulas: Recomendações para o plano de reabertura das escolas”.

Outro indicador dos impactos da pandemia na educação é a alta taxa de abstenção às provas do Exame Nacional do Ensino Médio, o Enem, a primeira prova ocorreu em 17 de janeiro de 2021 e 51,5% dos inscritos deixaram de comparecer, um recorde histórico, conforme destacam reportagens dos principais meios de comunicação. As explicações apuradas em algumas entrevistas indicam que um dos fatores, além do medo da contaminação, foi o preparo insuficiente dos estudantes.

Da mesma forma que o Observatório Covid-19 Fiocruz buscou analisar os impactos da pandemia no campo das Ciências Sociais, outros pesquisadores, do mundo todo, também buscaram compreender aspectos que eram afeitos a temas da mesma área, como o Federalismo.

Uma das organizações internacionais que tem promovido estudos e pesquisas relacionadas ao federalismo e a pandemia é o “*Forum of Federations*”, uma organização

internacional que “desenvolve e compartilha experiência comparativa na prática de governança federativa e descentralizada por meio de uma rede global” (FORUM OF FEDERATIONS, 2021).

O *Forum of Federations* publicou uma coletânea *on-line* de artigos denominada “*Dealing with the COVID crisis in Federal and Devolved Countries*”, escritos por profissionais e especialistas com o relato das experiências e “perspectivas sobre como o federalismo moldou a resposta à pandemia de seu país” (FORUM OF FEDERATIONS, 2021).

Estes e outros estudos conduzidos sobre a questão do federalismo serviram como referência para o desenvolvimento do Capítulo 4, que trata especificamente dos aspectos da pandemia no federalismo e onde se busca trazer uma visão 360 graus, observando onde o federalismo afeta a condução da resposta governamental à crise gerada pela pandemia, tanto quanto os efeitos que a própria crise produz no federalismo.

A realidade da multidisciplinariedade dos impactos da pandemia na sociedade deve ser compreendida de forma que se assimile a extensão com que se deve lidar ao buscar uma solução, ainda que para um problema específico.

Esta é uma questão que está muito clara quando se verifica as diversas críticas feitas ao isolamento social e os seus impactos na economia e na saúde mental, por exemplo.

4 ASPECTOS DA PANDEMIA NAS FEDERAÇÕES

Compreender os aspectos da pandemia e também do próprio federalismo é tão importante quanto compreender as características que surgem quando há o entrelaçamento de ambos.

Dentro do contexto desta análise, o caminho que se mostra mais diligente é aquele em que se percorrerá buscando identificar as necessidades que a pandemia de Covid-19 especificamente impôs aos Estados na busca efetiva de seu enfrentamento.

Como se viu, a multidisciplinariedade é uma das características basilares que a pandemia impôs, ao afetar diversos aspectos da vida em sociedade. Tal característica se traduz na necessidade de coordenação de múltiplas pastas governamentais em todos os níveis de governo, bem como a participação ativa de diversas outras instituições.

Sendo assim, a exigência nas federações é maior que nos Estados unitários, uma vez que existem bem mais atores, espalhados por todos os níveis, a serem considerados para cada política pública envolvida na resposta à pandemia.

Outra característica que se vê de forma bastante clara na pandemia de Covid-19 é a velocidade com que a pandemia afeta a sociedade. Viu-se isso nas diversas imagens que correram o mundo, de países como Itália, Espanha, Equador e aqui no Brasil, em Manaus por exemplo, mostrando hospitais lotados, pacientes morrendo sem atendimento, falta de suprimentos, cadáveres sendo abandonados nas ruas, caminhões militares cheios de cadáveres para enterrar ou cremar e enormes valas comuns para os mortos.

Obviamente que isso exige mais agilidade nas decisões e nas ações dos Estados, principalmente das federações, que precisaram lidar com suas arenas de negociações, autonomias locais e regionais e em muitas delas com muita ou alguma dependência de recursos do governo central, em uma velocidade quase impossível de se estabelecer.

Outra característica da pandemia foi que ela obrigou os Estados a investirem um montante muito grande de recursos, tanto diretamente no atendimento médico aos doentes, quanto em outras áreas, como na assistência social, na proteção da economia, na infraestrutura emergencial com hospitais de campanha, logística e demais necessidades.

A fragmentação do sistema de financiamento à saúde impõe a muitas federações dificuldades na hora de estabelecer as responsabilidades financeiras de cada ente, negociar e decidir fórmulas para a distribuição dos recursos extraordinários e na busca constante de melhor equidade nesta distribuição.

Uma outra característica da pandemia que demandou muitos esforços foi a comunicação com a população, pois foi enorme a necessidade de informar e educar as pessoas para as ações profiláticas e para as condutas em casos de diagnóstico positivo.

Mais uma vez se encontra o contraste entre Estados unitários e federações, onde estas dependem de ações de coordenação muito mais efetivas e uma necessidade muito grande de negociações para uma resposta efetiva e eficaz à pandemia, além do alinhamento de discursos entre autoridades federais, regionais e locais.

A gestão eficaz de recursos não financeiros também foi uma necessidade imposta pela pandemia, para que se alcançasse uma melhor distribuição de insumos, materiais básicos, medicamentos e equipamentos, diante das necessidades específicas de cada local.

O tipo de gestão imposto pelo modelo federativo mais uma vez demanda muito mais esforços, em todos os sentidos, para se conseguir atender de forma plena a população em todas as regiões e cidades.

Outra questão que merece destaque é a divisão das competências, característica típica do federalismo, que torna mais difícil para se estabelecer a coordenação diante da multidisciplinariedade das medidas de enfrentamento, tanto quanto o alinhamento no tempo da resposta de cada área com suas autoridades competentes sendo de entes distintos da federação.

O resultado do enfrentamento à Covid-19 de cada federação pode ser afetado diretamente pela sua estrutura federativa. Assim, em um estudo comparativo acerca do federalismo e descentralização na governança, financiamento e administração da área da saúde de oito países (Suíça, Canadá, Alemanha, Paquistão, África do Sul, Brasil, México e Nigéria), Marchildon e Bossert, a pedido do Forum of Federations, estabeleceram cinco características estruturais que permitissem a comparação entre os países:

- 1) A atribuição da responsabilidade constitucional pela saúde e cuidados de saúde;
 - 2) A existência (ou não) de uma lei nacional sobre cuidados de saúde que estabeleça direitos e responsabilidades;
 - 3) As fontes de receita direcionadas para o setor público de saúde e as fontes públicas e privadas e proporção de financiamento;
 - 4) O processo de financiamento e orçamento do ministério da saúde do governo central em relação aos governos subnacionais; e
 - 5) A organização e governança da parte publicamente financiada ou subsidiada do sistema de saúde.
- (tradução livre de MARCHILDON E BOSSERT, 2018, p. 1)

Tais características, grosso modo, tendem a expressar o grau de descentralização “estrutural” existente na área da saúde, porém os autores utilizaram outros aspectos relativos à

descentralização na prática, observando a gestão e implementação do sistema de saúde, conforme segue:

- A faixa de opções de espaço de decisão (estreita, moderada, ampla) em termos de regras de governança, regras de acesso, recursos humanos de saúde, organização e financiamento de saúde
- As capacidades dos governos subnacionais e autoridades de saúde delegadas
- A dependência relativa dos governos subnacionais das receitas externas (receitas do governo central) em oposição às receitas internas para despesas com saúde
- A extensão da condicionalidade associada às transferências de saúde do governo central para governos subnacionais
- A natureza das interações entre os governos central e subnacionais em termos de política e planejamento de saúde, incluindo os mecanismos intergovernamentais
- As tendências nos últimos 5-10 anos em termos de descentralização ou centralização do sistema de saúde

(tradução livre de MARCHILDON E BOSSERT, 2018, p. 2)

Claro que, para se tentar analisar como se dá o enfrentamento da pandemia numa federação, observar isoladamente cada um destes aspectos não deverá trazer muitas respostas, porém é importante estabelecer que tais aspectos, quando se traduzem na avaliação do grau de descentralização, isso resulta na compreensão de como as decisões são tomadas diante pandemia.

Um país com alto grau de descentralização e com uma federação bem estruturada em termos de divisão de poderes, tende a gerar menos impasses nas negociações e decisões, assim como uma federação com muita concentração de poder no ente federativo central.

Uma vantagem das federações no enfrentamento da pandemia é conseguir administrar melhor as peculiaridades regionais e locais, uma vez que, via de regra, a gestão centralizada tende a falhar quando se trata de criar respostas mais adequadas às diversidades de sua nação, principalmente porque, em sua maioria, as federações possuem grandes extensões de território.

4.1 Um Olhar sobre o Canadá

O Canadá é uma federação formada por 3 territórios e 10 províncias, classificado como democracia parlamentar e, ainda, como monarquia constitucional, tendo como chefe de Estado a Rainha Elizabeth II, e que faz parte da Comunidade das Nações - *Commonwealth*. O país tem uma população estimada de 38.008.005 habitantes em 1º de outubro de 2020, segundo informações do governo canadense em sua página oficial na internet.

A formação da federação no Canadá se assemelha à dos Estados Unidos da América, formado a partir da união de quatro colônias em 1867 e depois outras foram se juntando a elas

até a décima e última em 1.949. Também fazem parte da organização política do Canadá três territórios.

No Canadá as competências de cada ente federado está determinada na Constituição, em uma separação rígida com poucas atribuições em comum, sendo que a competência residual pertence ao Parlamento Federal.

Especificamente a área de saúde, deixou de ser atribuída a qualquer dos entes federados na Constituição de 1.867. Assim, coube ao Poder Judiciário canadense estabelecer uma espécie de competência concorrente.

Desta forma o governo federal tem atribuições específicas no sistema de saúde canadense, tanto quanto as províncias e territórios, porém a maior parte destas atribuições estão nos entes regionais, a quem cabe a grande maioria dos atendimentos aos cidadãos na área da saúde, como explicam Béland *et al*:

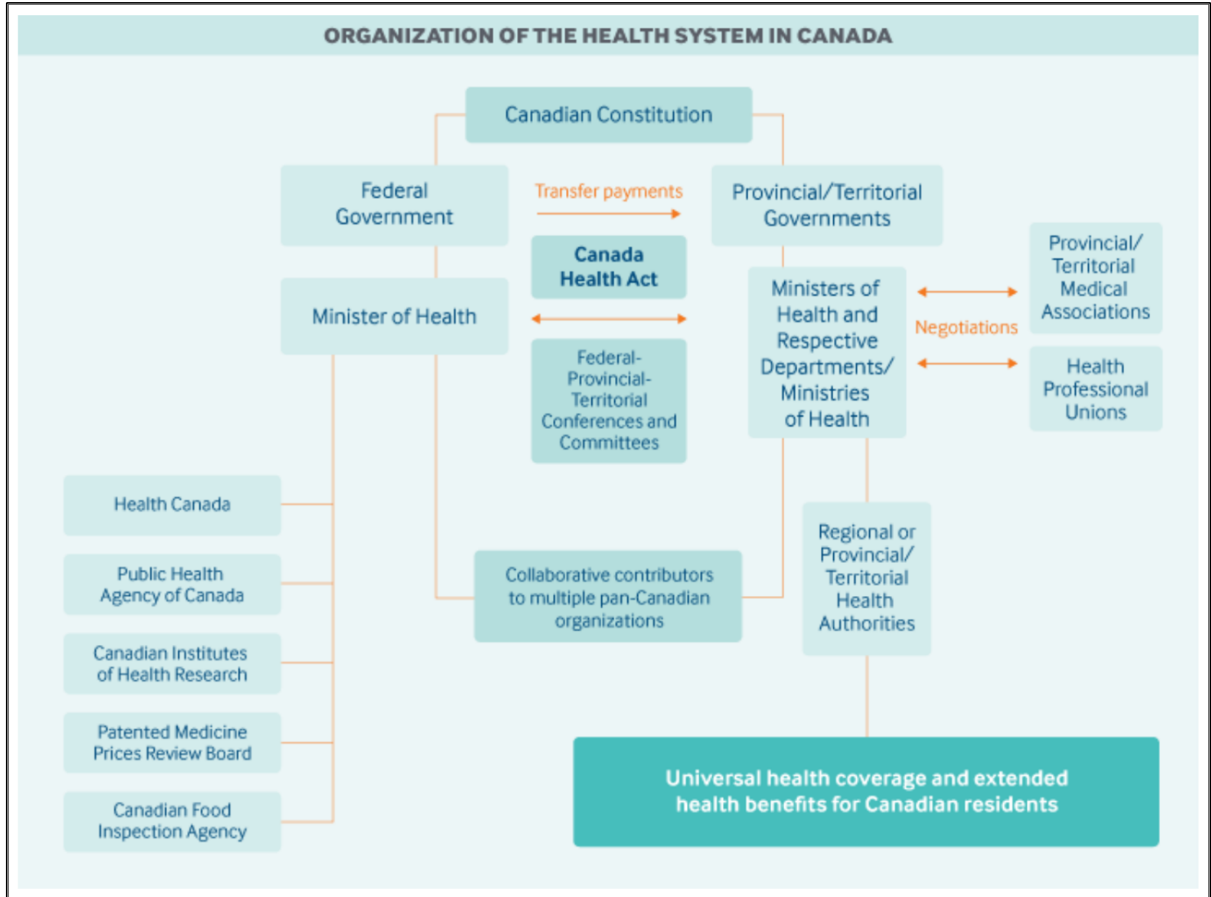
Except for hospital care, which the constitution placed under the exclusive jurisdiction of provinces, most areas of health care are within the shared jurisdiction of both levels of governments even if, in practice, provincial governments have assumed responsibility for the administration and delivery of most types of health care in Canada (Marchildon 2018).
(BÉLAND, 2021, p. 4)

O sistema de saúde canadense, chamado de *Medicare*, está baseado no *Canada Health Act* de 1984, resultado da evolução de outras leis anteriores e que, também, foi sendo alterado para atender a evolução do sistema, tendo sofrido sua última modificação em 12 de dezembro de 2.017 (CANADA, 2021).

Esta norma estabelece os 5 princípios do sistema, que são mandatórios: administração pública, abrangência, universalidade, acessibilidade e portabilidade; e determina duas condições para a transferência de recursos do governo federal para as províncias e territórios: informação e reconhecimento (CANADA, 2021, p. 5-9).

Mesmo com o governo federal regulando o atendimento à saúde de modo geral, cada província e território tem autonomia para estabelecer seu sistema, desde que atenda padrões mínimos determinados pelas normas, o que na prática resulta em um sistema diferente para cada região, já que cada um pode agregar diferentes serviços ao seu plano. A Figura 6 apresenta a organização do sistema de saúde canadense, com as instâncias de negociações e o fluxo de transferências de recursos.

Figura 6 - Organização do Sistema de Saúde do Canadá

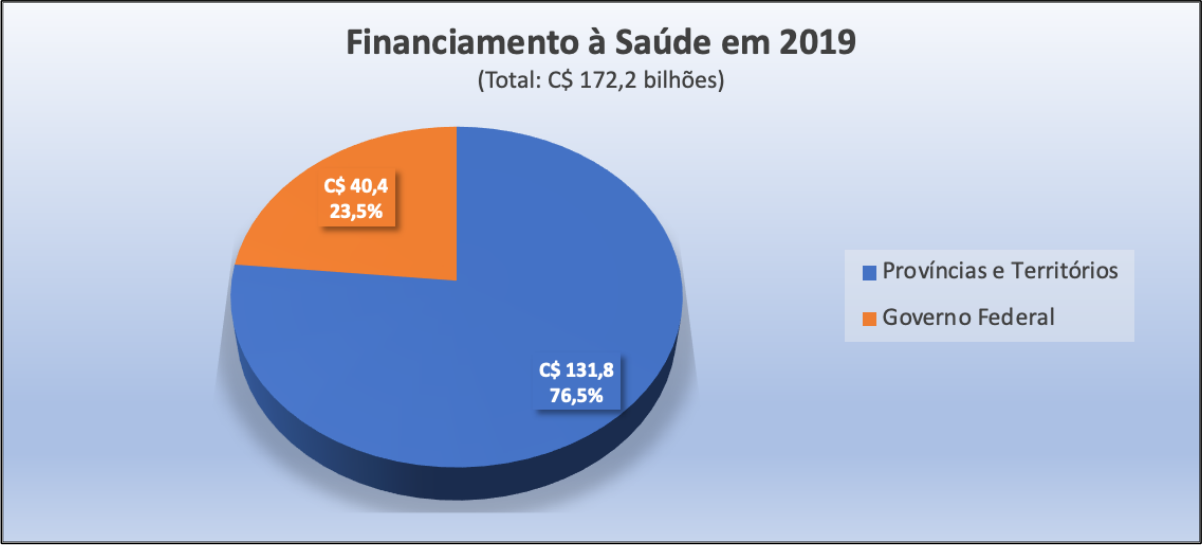


Fonte: MARCHILDON, 2020.

Os números apresentados no Gráfico 1 demonstram uma grande predominância do investimento de recursos próprios das províncias e territórios na área da saúde. Porém o governo federal tem um papel importante, de acordo com Béland *et al*:

[...] However, the CHT [Canada Health Transfer] does not constitute the whole fiscal federalism story for health care in Canada as there are two additional federal transfers that have direct and indirect impacts on provincial health financing. Equalization is an unconditional federal transfer that helps provinces with lower tax capacities to provide UHC [universal health coverage] and health services comparable to the UHC and health services provided in wealthier provinces (Béland et al. 2017). Equalization has been critical to the provision of universal programs such as Medicare in Canada (Bryden 2019). An indirect but nonetheless significant federal assistance is the Canada Social Transfer which amounted to C\$14.6 billion in 2019–20 (see Table 1). This per capita transfer is to support the provinces in providing some of the critical social determinants of health such as post-secondary education, social assistance, social services, childcare, and early childhood learning and development activities. (BÉLAND, 2021, p. 5)

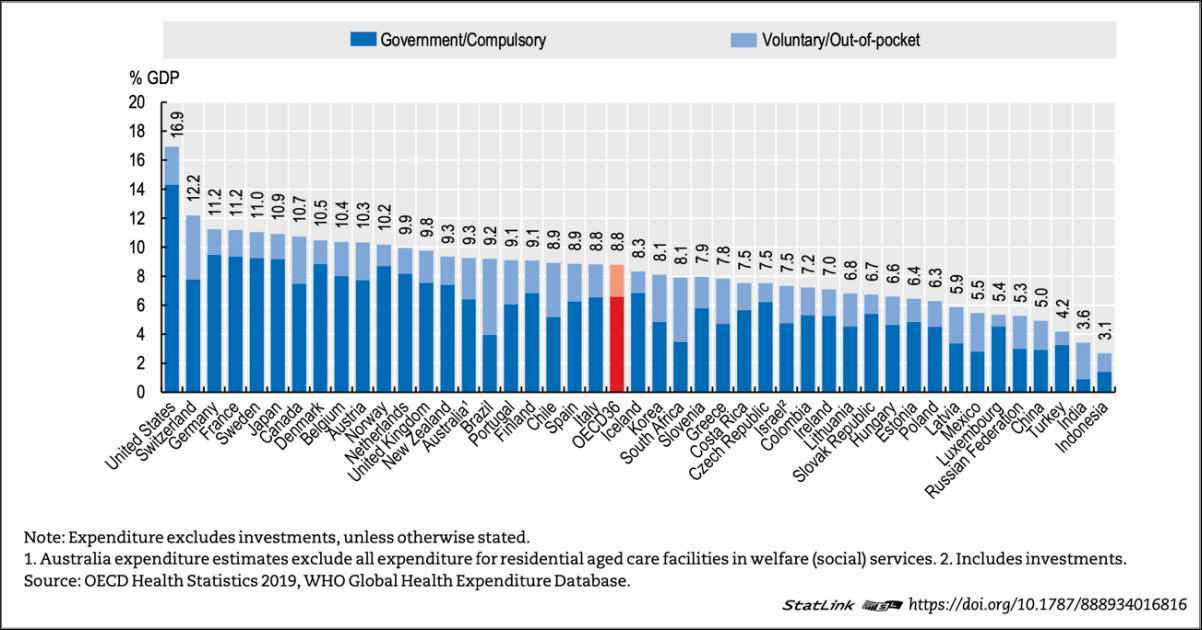
Gráfico 1 - Financiamento à saúde no Canadá



Fonte: Elaboração própria com informações de BÉLAND (2021, p. 5).

Pode-se ter uma dimensão do que representam estes valores quando comparados ao Produto Interno Bruto – PIB e ao total do número de habitantes (gastos *per capita*), conforme mostram os comparativos publicados no relatório “*Health at a Glance 2019: OECD Indicators*”, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

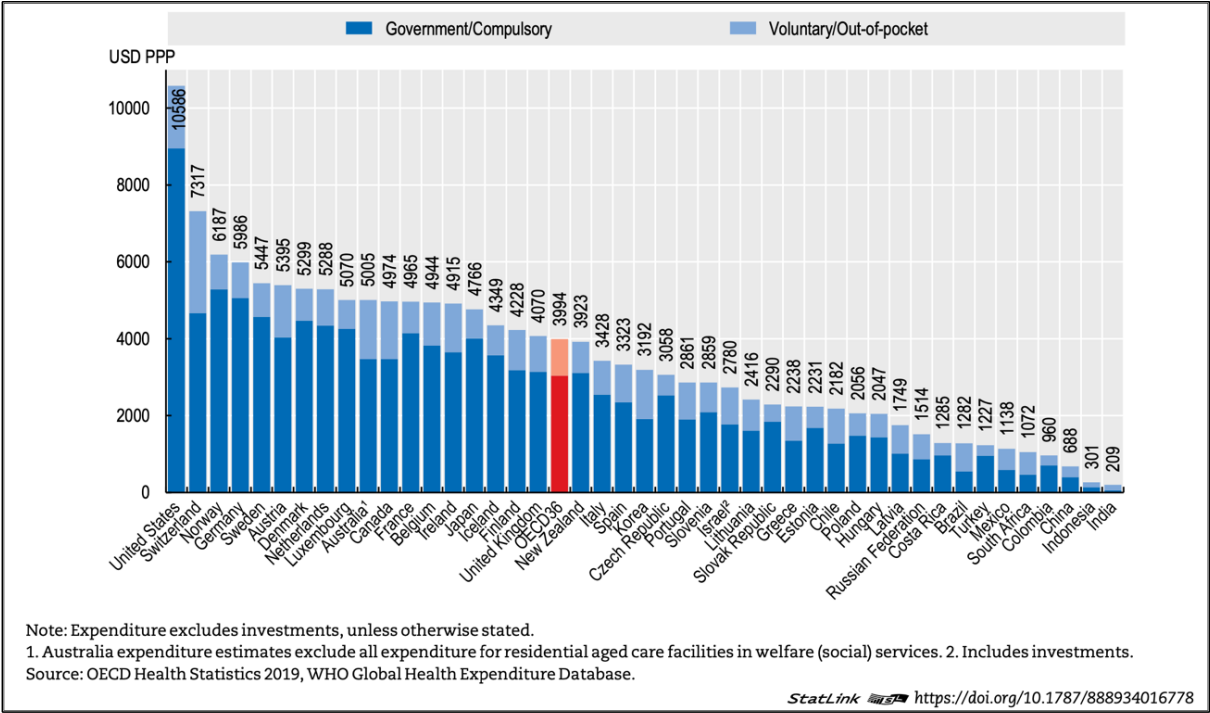
Figura 7 - Gastos em Saúde nos Países da OCDE, em percentual do PIB



Fonte: OCDE, 2019, p. 153.

O Canadá ocupa o 7º lugar, com investimentos da ordem de 10,7% do PIB, porém caindo para o 11º lugar quando analisado o seu investimento *per capita* que é equivalente a US\$ 4.974.

Figura 8 - Gastos em Saúde *per capita* nos Países da OCDE



Fonte: OCDE, 2019, p. 151.

A performance do sistema canadense também é muito boa, segundo a publicação “*Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*”, um estudo do “*Institute for Health Metrics and Evaluation*” da Universidade de Washington, nos Estados Unidos da América (FULLMAN *et al*, 2018).

O país aparece em 14º lugar entre os 195 países, com 94 pontos, atribuídos através do que o estudo chama de “*amenable mortality framework*” e que buscou avaliar a mortalidade amenizável, ou seja, as mortes que poderiam ser evitadas em um sistema de saúde de qualidade, observando tanto a qualidade do serviço de saúde, quanto o acesso da população a ele. A classificação da performance dos sistemas de saúde neste estudo se reduz a um índice que vai de 0 a 100, sendo 100 a melhor performance (FULMANN *et al*, 2018, p. 2.237 e 2.243).

4.2 Um Olhar sobre a Austrália

A Austrália, assim como o Canadá, é uma democracia parlamentar e monarquia constitucional, também foi formada a partir da união de colônias, que eram 6 em 1.901 e hoje possui 6 estados e 2 territórios, tendo como chefe de Estado a Rainha Elizabeth II, e também faz parte da Comunidade das Nações - *Commonwealth*. Segundo informações do *Australian Bureau of Statistics*, em sua página oficial na internet, o país tem uma população de 25.687.041 habitantes em 30 de junho de 2.020.

A Constituição da Comunidade da Austrália (*Commonwealth of Australia*) também traz uma rígida distribuição das competências de cada ente federado, porém, diferente do Canadá, a competência residual ficou para os estados, restringindo o papel e os poderes do governo federal, chamado de *Commonwealth*.

Mesmo assim, com o tempo, a rigidez foi dando lugar a uma maior centralização de forma a tornar a federação mais cooperativa, o que se deu mesmo sem mudanças constitucionais, apenas através da extensão da interpretação dos poderes do governo federal, dada pela “High Court”, a corte constitucional da Austrália (BANKS, 2012, p. 187-197).

A competência na área de saúde está atribuída aos estados na Constituição de 1.901, porém, uma questão ficou determinada como concorrente, a relativa à quarentena. Com essa brecha, a *Commonwealth* criou o Departamento de Saúde em 1.921, curiosamente, motivada pela pandemia de *influenza* após a Primeira Guerra Mundial (PODGER, 2016, p. 29).

Mas foi apenas após a Segunda Guerra Mundial que se iniciou um movimento de criação de um sistema de saúde nacional, complementando o sistema nacional de seguridade social. Assim, com uma mudança constitucional em 1.946, a *Commonwealth* passou a ter poderes para atuar na área da saúde (PODGER, 2016, p. 29).

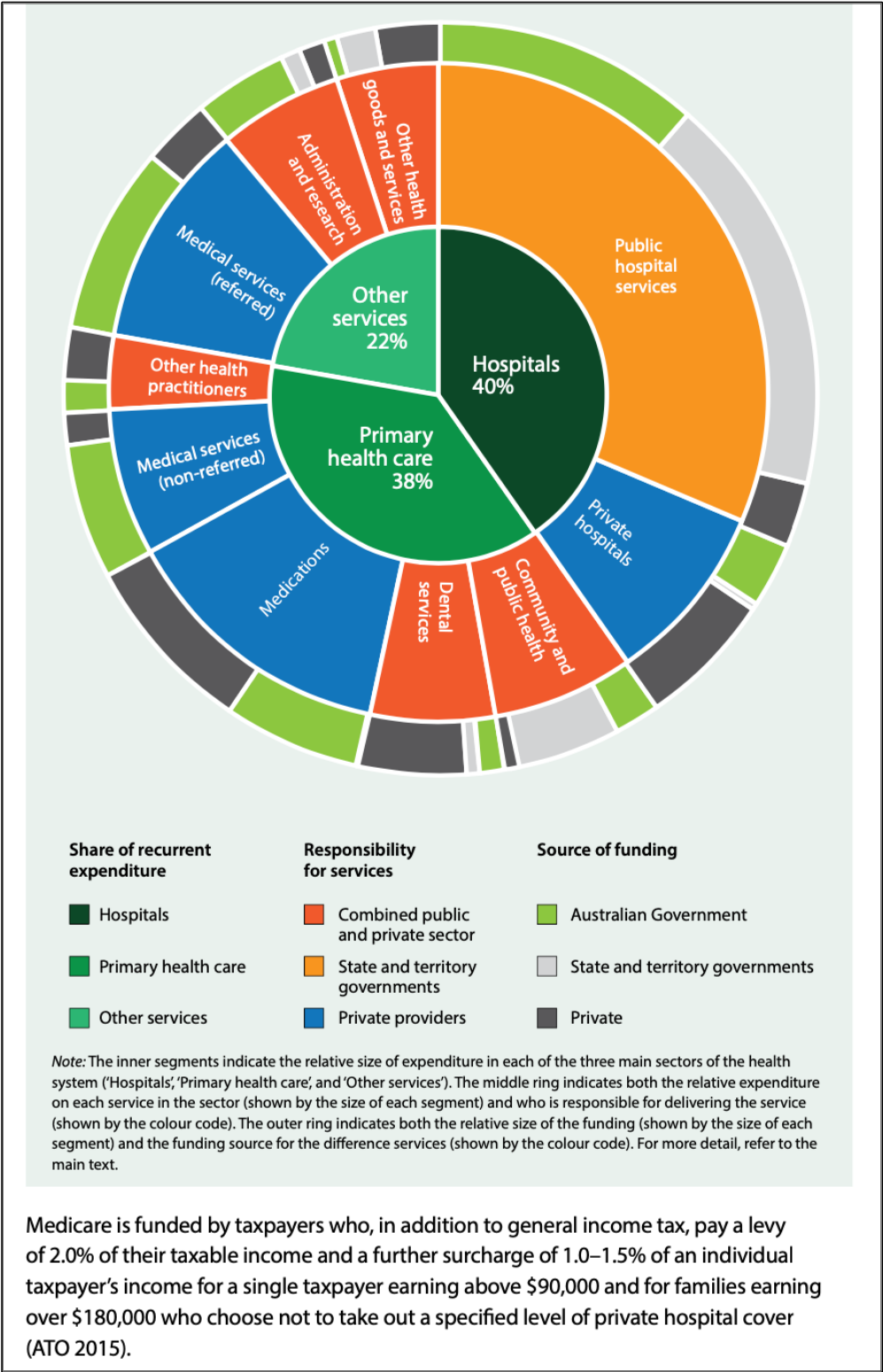
O sistema hoje vigente, também chamado de “*Medicare*”, foi resultado de um longo processo, com pequenas mudanças incrementais ao longo do tempo e fruto da maturidade da nação, como explica Podger:

While health reform in Australia has been marked by piecemeal, incremental changes, the overall trend to increasing Commonwealth involvement I would argue has not been accidental or driven by power-hungry centralists: it has been shaped by broader national and international developments including technological change and the maturing of our nation and its place internationally, and by a widespread desire for a national universal health insurance system. (PODGER, 2016, p. 36)

O governo australiano explica que o sistema nacional de saúde é “uma rede multifacetada de provedores, ambientes, atores e mecanismos de suporte públicos e privados”

(AUSTRALIA, 2016, p. 1). A complexidade descrita no conceito está bem representada na figura a seguir, que apresenta as responsabilidades em cada serviço.

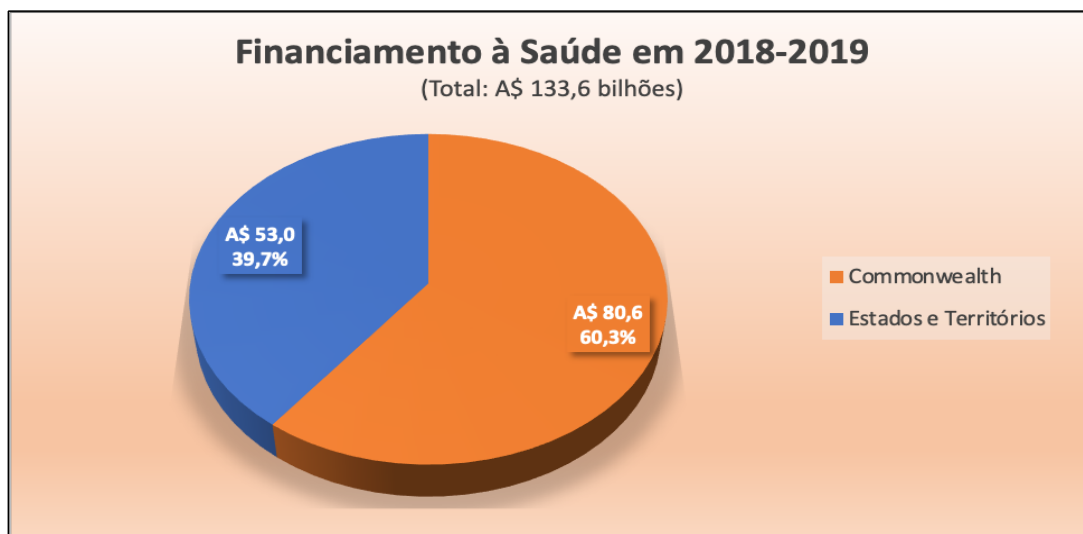
Figura 9 - Estrutura do *Medicare* Australiano



Fonte: AUSTRALIA, 2016, p.6.

Traduzindo em números, o total de investimentos na saúde, no orçamento australiano de 2018-2019, foi de A\$ 195,7 bilhões, porém parte destes valores são de origem não-governamental, conforme mostra o esquema da Figura 8. Então, considerando apenas os investimentos governamentais, pode-se ver que a maior parte dos recursos são provenientes da *Commonwealth*, em torno de 50% a mais que o investimento dos estados e territórios.

Gráfico 2 - Financiamento à saúde na Austrália



Fonte: Elaboração própria com informações de AIHW (2021, p. 5).

Seguindo a mesma linha de comparação apresentada para o Canadá, pode-se observar na Figura 7, que a Austrália aparece em 15º lugar, uma posição à frente do Brasil, com investimentos da ordem de 9,3% do PIB, e avança para o 10º lugar, chegando a US\$ 5.005 *per capita*, como visto na Figura 8 (OCDE, 2019, p. 151 e 153).

Cabe esclarecer, que apesar do Brasil aparecer logo atrás da Austrália, em termos de percentual do PIB, com 9,2%, a proporção entre o gasto governamental e o não-governamental mostra que menos da metade do investimento é de origem governamental, sendo que o investimento *per capita* coloca o Brasil em 38º lugar, com parcos US\$ 1.282, praticamente um quarto do valor do investimento australiano.

Também comparando a performance do sistema de saúde australiano pelo *HAQ Index* (FULMANN, 2018, p. 2.243), a Austrália está muito bem situada, em 5º lugar, com 96 pontos, onde o melhor colocado é a Islândia, com apenas um ponto a mais.

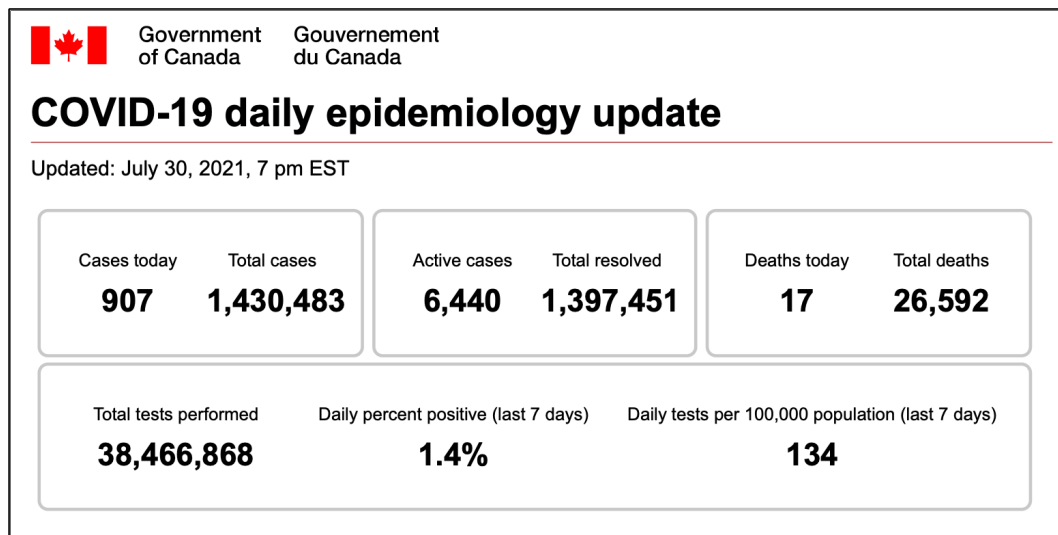
Por fim, fechando a comparação, apresenta-se aqui a posição do Brasil no mesmo *HAQ Index*, situado em 96º lugar, com 64 pontos.

4.3 Comparando as Federações nas Respostas à Pandemia

Mesmo diante dos diversos aspectos que foram levantados para se analisar a situação da pandemia em determinada federação, não se pode deixar de lado as estatísticas mais comuns para a pandemia, ou seja, o número de infectados, o número de óbitos, número de testes aplicados, tanto quanto os índices *per capita* relativos a estes.

Estes indicadores estatísticos estão resumidos nos painéis que se tornaram tão comuns ao redor do mundo, publicados pelos governos e entidades, mas que, apesar das diferenças, a maior parte deles traz os mesmos indicadores, como nas figuras a seguir:

Figura 10 - Painel Covid-19 do Canadá



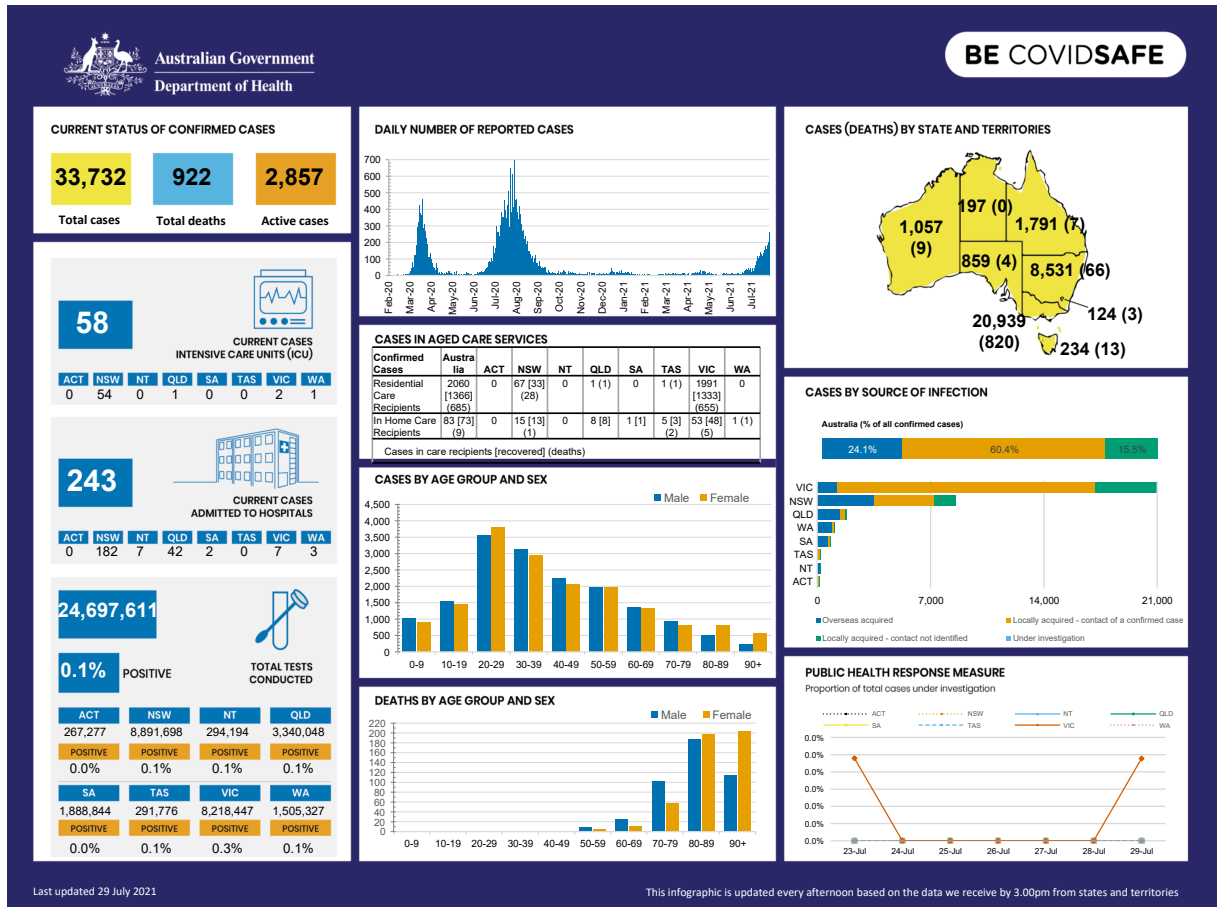
Fonte: CANADA, 2021.

Figura 11 - Painel Covid-19 do Brasil



Fonte: BRASIL, 2021.

Figura 12 - Painel Covid-19 da Austrália



Fonte: AUSTRALIA, 2021.

A análise destes índices não é suficiente para se determinar a performance de um país ou região, ainda mais tendo como foco de estudo a estrutura federalista. Não obstante, um estudo do Lowy Institute utilizou-se de 6 indicadores desta natureza para estabelecer uma relativa performance e ranquear 98 países, os indicadores utilizados foram: a) Número de casos; b) Número de óbitos; c) Número de casos por milhão de habitantes; d) Número de óbitos por milhão de habitantes; e) Número de casos em proporção aos testes; f) Número de testes a cada mil de habitantes.

Neste ranking, o Canadá ficou na 61ª posição, com 39,5 pontos, enquanto o país primeiro colocado foi a Nova Zelândia com 94,4 pontos. Não muito distante da Nova Zelândia está a Austrália, com 77,9 pontos, ocupando o 8º lugar. Lá no final da lista estão os Estados Unidos da América, em 94º lugar, com 17,4 pontos, e o Brasil, que ocupa o último lugar deste levantamento, 98ª posição, com uma média de 4,3 pontos (LOWY, 2021).

Mesmo sendo uma metodologia questionável, os números significam alguma coisa, uma vez que, empiricamente, sabe-se que Estados Unidos da América e Brasil foram citados inúmeras vezes como tendo tido muitos problemas na condução do enfrentamento à Covid-19.

Greer *et al*, olhando de forma multidisciplinar, buscaram trazer luz ao debate sobre a avaliação do desempenho no enfrentamento da pandemia, listando quatro pontos muito importantes a se analisar: a política social, o tipo de regime, as instituições políticas formais e, por último, a capacidade do Estado (GREER *et al*, 2020, p. 2-3).

Com relação às instituições políticas formais, citaram especificamente duas: o federalismo e o presidencialismo. Sobre o federalismo, ressaltam a questão da dificuldade de coordenação, mas citam exemplos de casos em que os governos regionais assumiram a coordenação na falha da liderança central, como no Brasil. Já o presidencialismo foi visto pelos autores como sendo menos estável e com propensão a facilitar a tomada de medidas autoritárias.

Finalizam os autores, lembrando que ainda pode ser cedo para tirarmos conclusões:

It is too early in most cases to identify the effect of policy decisions on the course of the ongoing pandemic, but it is not too early to start understanding why governments make the decisions that they do. A research agenda to address the COVID-19 pandemic that takes politics as a serious focus can enable the development of more realistic interventions in policies and shape our broader understanding of the politics of public health.

(GREER *et al*, 2020, p. 3)

Sendo assim, diante da observação estrita sobre as federações, propõe-se aqui tecer uma análise sob os seguintes aspectos:

- a) Descentralização do poder decisório, ou seja, a autonomia para implantar medidas unilateralmente;
- b) Descentralização do sistema de saúde, tanto para tomada de decisões quanto para entrega dos serviços de saúde à população;
- c) Descentralização da origem dos recursos, verificando-se o grau de dependência de repasses;
- d) Capacidade do Estado e de seus entes federados, para entrega dos serviços de saúde e para a manutenção da ordem.

Como visto, tanto o Canadá quanto a Austrália têm um modelo federativo com uma descentralização bastante forte, assim, os governos regionais foram os responsáveis por conduzir as ações de enfrentamento da pandemia.

No Canadá, uma das primeiras medidas adotadas para reforçar a coordenação entre os entes da federação e garantir uma melhor entrega dos serviços de saúde na pandemia foi, em 28 de janeiro de 2020, a formação do “federal/provincial/territorial (FPT) Special Advisory Committee on the Novel Coronavirus (SAC)”.

Enquanto na Austrália a Commonwealth e seus estados e territórios instituíram o “National Cabinet”, um gabinete de crise com vistas a uma resposta coordenada à pandemia, com um órgão de assessoramento científico.

No Canadá as províncias e territórios baixaram atos instaurando “estado de emergência” em seus territórios enquanto o governo central não o fez, conforme Béland *et al* explicam:

As one of the most decentralized federations in the OECD, Canada’s response to the COVID-19 pandemic has been led by the provincial and territorial governments, which have introduced extraordinary measures under their respective emergency acts, a step not taken by the federal government (Allin et al. 2020; NAO 2020). This reflects the reality that provincial¹ governments have extensive social and economic policy and program responsibilities as well as broad taxation powers and raise most of the revenues required for their respective spending needs. (BÉLAND, 2021, p. 4)

Na Austrália não foi diferente, cada estado declarou a sua “emergência em saúde pública” com medidas diferentes de restrição, inclusive fechando fronteiras entre estados, o que causou uma grande confusão e intensos debates sobre o federalismo cooperativo australiano, apesar da existência de um “gabinete de crise”.

As assimetrias entre as medidas tomadas por cada governo regional, tanto do Canadá quanto da Austrália era previsível, porém, a manutenção da autonomia mesmo diante da crise sanitária era uma grande preocupação no Canadá, segundo Rae:

While much of the response to the pandemic is directly related to the health crisis being managed on the ground by the provinces, public safety issues are also testing the federal system. All Canadian provinces have invoked emergency powers, as have most municipalities.

In the two telephone meetings the Prime Minister has held with the Premiers, it appears that the provinces have discouraged him from invoking the Emergencies Act. This federal legislation is the successor to the War Measures Act which transformed federal-provincial relations in the two world wars.

This, in turn, has meant that there has been in Canada - as in our federal neighbour the United States - a range of approaches adopted by different jurisdictions, and arguably a lack of consistency in the response to the pandemic. The Emergencies Act is being held in reserve, but it seems clear from discussions so far that it will only be used if all other federal and provincial approaches prove inadequate. (RAE, 2020, p. 1)

Apesar disso, pode-se observar uma atuação cooperativa muito grande entre o governo federal e os governos regionais. Essa cooperação no Canadá foi descrita no extenso e pormenorizado relatório do North American Observatory on Health System and Policies –

NAO chamado “North American COVID-19 Policy Response Monitor: Canada” de 9 de fevereiro de 2021.

A publicação faz uma compilação das medidas adotadas agrupando-as em 6 tópicos: prevenção à transmissão, garantia da infraestrutura física e capacidade da força de trabalho, provisão efetiva dos serviços de saúde, pagamento pelos serviços, governança e medidas em outros setores (NAO, 2021).

Conclui-se pelo relatório que há uma grande complementariedade na atuação dos entes da federação, onde o governo federal vem atuando para garantir todos os meios necessários para o trabalho das províncias e territórios, particularmente visíveis na área de comunicação em saúde, com a uniformização das informações epidemiológicas:

In addition to information for the public, PHAC provides information for provincial and territorial (PT) public health authorities and health care professionals, including guidance on measures to mitigate the spread of COVID-19 (PHAC, 2020i). While many public health orders are within the purview of provincial, territorial and municipal (PTM) authorities, PHAC has released several official statements regarding specific issues of public health importance throughout the pandemic. (NAO, 2021, p. 3)

A Austrália, por sua vez, sofreu muitas críticas no início, por conta do descompasso entre as medidas de cada estado e território, principalmente sobre o fechamento das fronteiras entre estados, apesar da cooperação no “gabinete de crise”, como explicado por Tulich et al:

This cooperative model has, however, led to some confusion. At the State and Territory level, we have seen the rapid introduction of (evolving) executive directives and orders under public health and emergency laws which introduce broadly similar restrictions but vary in detail, severity and penalties across Australia. (TULICH, 2020, p. 3)

Porém, uma convergência foi se estabelecendo nas questões mais importantes e por fim, a percepção de analistas acerca do resultado geral, até então, foi de que houve muito sucesso na coordenação e cooperação entre os entes da federação, como se vê no relatório da consultoria *McKinsey & Company*:

Nonpartisan collaboration between state and federal governments

A key feature of Australia’s response has been its ability to coordinate a unified national response, while at the same time allowing states to retain autonomy and decision-making powers—and to learn from one another. A notable aspect of this was the newly established National Cabinet, which was convened to act as the preeminent intergovernmental forum coordinating the government’s response to the COVID-19 pandemic and to facilitate collaboration between different levels of government. It was the first such body established in Australia since World War II, and it created an

effective environment in which to make decisions and resolve issues as they arose.
(CHILD, 2020, p. 6)

Ainda que as percepções acerca dos erros e acertos nas relações entre os governos regionais e o governo federal de ambos os países, Canadá e Austrália, estejam calcadas no resultado, até agora, apresentado de forma global, ou seja, do país como um todo, e ainda que existam severas diferenças nestes resultados entre as diversas regiões da federação, há que se considerar que existem muitas peculiaridades que tornam cada região única e que é de se esperar situações muito diferentes entre elas, mesmo com medidas semelhantes.

Em regiões muito populosas a gestão da crise torna-se mais complexa que em regiões menos populosas, bem como a diversidade da população, onde a cultura dos diversos grupos da população interfere na convergência de adesão às medidas.

Com relação ao distanciamento social, que no Brasil foi objeto de muita discussão e embates entre a União e os estados e municípios, no Canadá a competência era, indiscutivelmente, das províncias e territórios, sendo que o governo federal apenas publicou orientações a serem seguidas:

Decisions around school closures, workplace and community-setting closures, and mass-gathering events are based on risk assessments conducted at the PT level (PHAC, 2020d).

[...]

On February 10, PHAC released guidance on when to cancel postpone, or restrict large gatherings, recommending a risk assessment be taken with relevant health authorities and measures be taken to reduce transmission; however, PTM jurisdictions are responsible for legislating and enforcing specific measures to prevent mass gatherings (PHAC, 2020n).
(NAO, 2021, p. 5)

Na Austrália, o já citado desconforto causado pelo fechamento das fronteiras entre estados é uma evidência da competência dos estados em estabelecer medidas desta natureza, não sendo diferente quanto ao distanciamento social em si.

Neste sentido o papel do “*National Cabinet*” é de tentar uniformizar tais medidas, porém, deixando para cada estado e território a decisão do nível de repressão/recomendação a ser adotada, por óbvio por conta das peculiaridades de cada região. O papel do governo central australiano neste sentido foi similar ao canadense.

Em outra frente, o governo federal canadense buscou organizar os meios de produção para garantir o abastecimento de bens, insumos e medicamentos para a atuação dos governos regionais, através de diversas medidas concernentes ao monitoramento de estoques, industrialização e importação de bens e insumos, logística de distribuição. Enquanto isso as

províncias e territórios faziam a gestão regional, visando garantir o atendimento efetivo à população, como a disponibilização de leitos, por exemplo (NAO, 2021, p. 15).

O Parlamento da Austrália publicou, em maio de 2020, no que chamou de “*research paper*”, um rol de atribuições e responsabilidades do governo federal australiano, onde se observa em quais áreas que o governo central atuou, seja pela competência exclusiva ou compartilhada, em apoio aos governos regionais, destacando-se as mesmas áreas em que se viu a atuação do governo central canadense (AUSTRALIA, 2020).

Como já visto, as províncias e territórios canadenses têm pouca dependência do governo federal em termos de recursos financeiros, mesmo assim o governo federal destinou C\$ 1 bilhão para o combate à pandemia. Deste montante, metade foi para os governos regionais (NAO, 2021, p. 13).

No mesmo sentido, o governo federal australiano anunciou um acordo com os estados e territórios para o custeio dos gastos com saúde na pandemia:

The Australian Government will pay 50 per cent of the additional costs incurred by state and territory health services as a result of the diagnosis and treatment of patients with COVID-19, those suspected of having the virus or activities to prevent the spread of it. (AUSTRALIA, 2020)

O valor total estimado do investimento nesta área com a pandemia era de 1 bilhão de dólares australianos, em que metade seria de responsabilidade dos governos regionais.

Uma peculiaridade que o Canadá tem em relação a outras federações, como o Brasil, Estados Unidos da América e México, é que os governos regionais não têm impedimentos constitucionais ou legais federais para aumentar suas despesas na área da saúde, com déficit orçamentário, o que facilitou bastante a atuação deles durante a pandemia (BÉLAND, 2021, p. 5).

Os estados e territórios australianos parecem seguir a mesma linha, possuindo capacidade legal para administrar seus orçamentos, bem como captar financiamento externo, como se observa no relatório da S&P Global Ratings (S&P, 2020).

Com relação à estratégia de vacinação, chamou a atenção, pela disparidade em comparação com o Brasil, o seguinte relato:

As of September 25, 2020, the Government of Canada, under the advice of the COVID-19 Vaccine Task Force put together by the Canadian government, had signed agreements with the following companies for supplying vaccine doses under the condition that they pass clinical trials and receive regulatory approval from Health Canada: AstraZeneca, Sanofi, Johnson and Johnson, Novavax, Pfizer, and Moderna (Canada, 2020ca). The government of Canada also announced its commitment to

supporting the COVID- 19 Vaccine Global Access (COVAX) facility, which is investing in vaccine production capacity across multiple vaccine candidates worldwide. Canada committed CA\$220 million to procure up to 15 million vaccine doses for Canadians, and an additional CA\$220 million to purchase doses for low- and middle-income countries (Canada, 2020ca).
(NAO, 2021, p. 17)

Além disso, o governo federal canadense fez investimentos em infraestrutura para aumentar a capacidade do país em biomanufatura e em 27 de novembro de 2.020 anunciou a participação das forças armadas para ajudar no planejamento logístico da distribuição de doses de vacina em todo o Canadá (NAO, 2021, p. 17).

Na Austrália o planejamento parece ter sido mais cedo ainda, conforme a publicação “*Australia’s COVID-19 Vaccine and Treatment Strategy*”, feita em agosto de 2.020. A estratégia divulgada pelo governo australiano estabelecia medidas de suporte ao acesso e entrega à população, o mais cedo possível, de vacinas e tratamentos seguros e efetivos para a Covid-19 (AUSTRALIA, 2020).

Outra questão que causou muita confusão no Brasil, foi a questão do tratamento. Neste ponto, no Canadá, nem o governo federal e nem os governos regionais fizeram qualquer defesa ou recomendação de tratamento que não fosse autorizado pela agência reguladora pertinente. Porém, o governo federal emitiu um alerta à população em 25 de abril de 2.020, com a preocupação de que a população comprasse e fizesse uso independente de cloroquina e hidroxicloroquina, reforçando a importância do uso de medicamentos apenas sob a orientação médica (NAO, 2021, p. 18).

Da mesma forma, o governo australiano, através da agência de regulação de medicamentos, “*Therapeutic Goods Administration - TGA*”, do “Department of Health”, alertou à população e estabeleceu restrições ao acesso a estes medicamentos, citando o posicionamento do “*National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce*” e da Organização Mundial de Saúde - OMS (TGA, 2020).

A observação quanto à capacidade de entrega dos serviços de saúde e de manutenção da ordem, questões que parecem bem subjetivas, pode ser feita através da percepção da capacidade econômica, de gestão, de infraestrutura instalada e do grau de conformidade de todos os atores da política pública de saúde.

A capacidade econômica pode ser verificada através dos indicadores de investimento percentual do PIB e per capita na saúde, uma vez que o efetivo investimento dos recursos é que determina essa capacidade, pois de nada adianta existir recursos na nação se não estão

devidamente alocados na área de saúde e disponível para os atores ou entes que executam a política pública.

Assim, pode-se afirmar que, tanto a Austrália quanto o Canadá, possuem recursos suficientes e que realizam a alocação efetiva de tais recursos, tanto pelo governo federal quanto pelas administrações regionais.

A capacidade de gestão do sistema também está aparente, não se percebe o descolamento entre os estágios de políticas públicas, desde a agenda, passando pela elaboração, formulação, implementação, execução, acompanhamento e chegando na avaliação.

Mesmo a saúde pública sendo uma política complexa, formada por um conjunto de outras políticas específicas, é possível encontrar vários elementos na evolução dos sistemas de saúde de ambos os países, que levam a crer que a política está bem estruturada e tem aderência aos conceitos teóricos trazidos pelo campo de políticas públicas.

Isso, porém, não impediu a constatação de problemas como o que ocorreu com os abrigos de longa permanência no Canadá. Estes serviços não fazem parte do sistema de saúde do Canadá e carecem de recursos, o que levou ao caos tais serviços. Foram muito atingidos pela pandemia, com muitos óbitos, como descreve Béland:

Between March and early May 2020, 82 per cent of the deaths in Canada from COVID-19 occurred in long-term care (LTC) homes (Hsu et al. 2020). This was one of the highest proportions in the world. Conditions in some LTC homes were so desperate that the governments of Ontario and Quebec called upon the government of Canada to send the Canadian Armed Forces to provide medical support (Brewster 2020). The subsequent reports on the dire conditions in the most affected LTC facilities led to a public outcry for major reforms (Pfrimmer 2020). The proposals include making LTC a UHC service with accompanying national standards and federal transfers to improve conditions, a controversial idea in Quebec, a province hit especially hard by COVID-19 but where provincial autonomy remains a key political imperative (Marier and Béland 2020).
(BÉLAND, 2021, p. 6)

A infraestrutura de saúde pública no Canadá foi reforçada por conta da pandemia, pois se sabia que a taxa de ocupação de leitos era historicamente alta e que haviam comunidades autóctones dos territórios com infraestruturas e suprimentos insuficientes. Também existe uma natural dificuldade de prestar os serviços e abastecer as comunidades mais remotas e isoladas, muitas das quais são acessíveis apenas por via aérea.

Na Austrália a situação não foi diferente, tanto na questão das vulnerabilidades de certas comunidades em específico, quanto na questão da dificuldade de acesso a regiões mais remotas do território australiano, como afirma Fitts *et al*:

The rapid response to the COVID-19 pandemic in Australia has highlighted the vulnerabilities of remote Aboriginal and Torres Strait Islander communities in terms of the high prevalence of complex chronic disease and socio-economic factors such as limited housing availability and overcrowding. The response has also illustrated the capability of Aboriginal and Torres Strait Islander leaders and the Aboriginal Community Controlled Health Services Sector, working with the government, to rapidly and effectively mitigate the threat of transmission into these vulnerable remote communities. The pandemic has exposed persistent workforce challenges faced by primary health care services in remote Australia. Specifically, remote health services have a heavy reliance on short-term or fly-in, fly-out/drive-in, drive-out staff, particularly remote area nurses. (FITTS, 2020, p. 613)

Apesar de as pesquisas científicas serem incipientes para demonstrar, de forma mais detalhada e objetiva, os problemas que os sistemas de saúde tiveram, algumas informações conseguem indicar os pontos que levaram às estatísticas da pandemia vistas anteriormente.

Relatos em uma entrevista com os principais especialistas canadenses em controle de doenças e epidemiologia revelam as faces já conhecidas da falta de distribuição de renda e das disparidades sociais no Canadá, mas é notório que é um problema do mundo todo, onde um olhar mais aprofundado para as nações mais ricas, mostra não existir exceção.

A reportagem traz dados que confirmam algumas afirmações dos especialistas, como a que assevera que as principais vítimas da doença foram os mais pobres e as minorias e que em muitos lugares do Canadá a oferta de serviços de saúde é limitada. Apontam também, a ligação entre as condições sociais e as doenças crônicas que eram agravantes para a Covid-19. A ineficiência na divisão de responsabilidades entre governo federal e os regionais foi outro problema, afirmando que houve uma comunicação pobre e muito territorialismo. Por outro lado apontaram que a centralização de decisões atrapalhou as iniciativas inovadoras, que “não há um processo que as entidades privadas possam usar para lançar programas de teste inovadores”. Outro cientista afirmou que a falta de coordenação do governo federal atrapalhou as pesquisas, havia uma quantidade muito grande de projetos de pesquisa, muitos deles coincidentes e que resultou numa falta de pacientes adequados dispostos a participar dos ensaios clínicos (ALHMIDI, 2021).

Por fim, a observação mais difícil de se fazer, diz respeito à conformidade. O grau de cumprimento das regras por parte dos atores pode determinar o sucesso ou fracasso de qualquer política pública.

Este fator não diz respeito apenas às pessoas que trabalham no sistema de saúde, sejam políticos ou servidores públicos, gestores de alto e médio escalão ou burocratas de nível de rua, mas também aos destinatários das políticas públicas. Diante de uma pandemia como a de Covid-19, em que a cooperação da população é fator determinante, esse aspecto fica mais evidente.

A Transparência Internacional, organismo internacional que promove a luta global contra a corrupção, analisou “as percepções do setor privado e de especialistas acerca do nível de corrupção no setor público” e afirmou em seu relatório, “Índice da Percepção da Corrupção 2020”, que:

Como foi demonstrado nesse tumultuado ano que passou, a COVID-19 não constitui apenas uma crise econômica e de saúde, mas também uma crise de corrupção, na qual inúmeras vidas foram perdidas graças aos efeitos insidiosos da corrupção prejudicando os esforços que visavam dar uma resposta global justa e igualitária. Relatos de corrupção durante a COVID-19 ecoaram pelo mundo. (TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL, 2021, p. 4)

No ranking da publicação, Canadá e Austrália dividem a mesma colocação, 11º lugar, com 77 pontos em uma escala que varia de 0 a 100. O Brasil, na mesma publicação, está na 94ª posição, com 38 pontos.

Se por um lado, o institucional, Austrália e Canadá não demonstram diferenças com relação à conformidade, conclui-se que, por outro lado, os destinatários das políticas públicas devem seguir o mesmo nível de conformidade. É o que demonstra o estudo de Gächter e Schulz, “*Intrinsic Honesty and the Prevalence of Rule Violations across Societies*”, que afirmam que os indivíduos sofrem a influência das instituições fracas e do legado cultural que geram a violação às regras:

We measured intrinsic honesty in an anonymous die-rolling experiment. We conducted the experiments at least eight years after the measurement of PRV [Prevalence of Rule Violations] with young participants (students) who could not influence PRV. We find individual intrinsic honesty is stronger in the subject pools of low PRV countries than those of high PRV countries. The details of lying patterns support psychological theories of honesty. The results are consistent with theories of the cultural co-evolution of institutions and values and show that weak institutions and cultural legacies that generate rule violations not only have direct adverse economic consequences but might also impair individual intrinsic honesty that is crucial for the smooth functioning of society. (Gächter, 2016, p. 1)

Sem entrar em detalhes do estudo comportamental, cabe apenas enfatizar que o estudo, que durou ao menos 8 anos, foi conduzido em 23 países e contou com 2.568 participantes, permite considerar que, enquanto a população de Austrália e Canadá tendiam ao mesmo grau de cumprimento das medidas sanitárias impostas pelos governos, a população brasileira teria uma menor aderência a tais regras.

Por óbvio, a dificuldade dos governos no combate à pandemia é afetada pela adesão da população às medidas sanitárias impostas, mas mesmo assim, um outro lado da questão deve ser observado, as diferentes políticas impostas.

A política de restrição mais severa levada a cabo pela Austrália culminou com a imposição de penalidades de mesma proporção, por exemplo a multa de A\$ 200, para aquele que deixar de usar máscara facial, ou A\$ 1.652, para quem desrespeitar a regra de permanência em casa (VICTORIA, 2021).

No Canadá também houve imposição de multas, como no caso da cidade de Toronto, na província de Ontario, que a multa mínima é de C\$ 1.000 a C\$ 5.000 para descumprimento das restrições de distanciamento social em áreas públicas (TORONTO, 2021).

No Brasil, na cidade de Curitiba, por exemplo, uma lei municipal sancionada em 5/1/2021, prevê desde a advertência verbal a multas que vão de R\$ 150 a R\$ 550 para pessoas que desrespeitarem a obrigatoriedade do uso de máscara.

Várias notícias mostram que foram lavradas uma grande quantidade de multas no Canadá e na Austrália, o que não deve seguir o mesmo padrão no Brasil. Onde não se tem o costume de aplicar multas a pessoas físicas, a não ser as aplicadas aos motoristas de trânsito, por serem ligadas ao registro do veículo.

Comparativamente, pode-se dizer que o controle do cumprimento das regras impostas em razão da pandemia, tende a ser menor no Brasil do que na Austrália e no Canadá, dificultando ainda mais o enfrentamento à Covid-19 no país, principalmente por se ter uma política mais branda, tanto de restrições, quanto de punições.

Além destes pontos, a conformidade também é afetada pelo que a economia comportamental denominou *misfearing*. Sunstein explica que:

“Human beings are prone to “misfearing”: Sometimes they are fearful in the absence of significant danger, and sometimes they neglect serious risks. Misfearing is a product of bounded rationality, and it produces serious problems for individuals and governments.

[...]

As a result of various forms of bounded rationality, human beings are prone to what might be called “misfearing”: they fear things that are not dangerous, and they do not fear things that impose serious risks. (SUNSTEIN, 2006, p.1-2)

Esta resposta comportamental explica a opção de muitas pessoas por negligenciar as medidas de combate à pandemia. Dentre as diversas justificativas que emergem, destacam-se a desinformação, principalmente por conta da disseminação de “*fake news*”, instrumento muito utilizado dentro da política ultraconservadora, como já abordado.

Outra justificativa que parece ser muito utilizada, é justificar o risco à vida em contraposição à perda do emprego e renda. Diversas reportagens abordaram o tema e o que talvez seja importante observar, é que não existe de fato uma opção, as condições de

saneamento e pobreza levam à uma taxa maior de contaminação, independente de se estar trabalhando ou não.

Sem condições de se efetivar o isolamento social em comunidades que apresentam estas situações, os problemas apenas se somam, não se contrapõem. Também é importante observar que a fome é uma vulnerabilidade que existe e que vai ser agravada, então, as medidas econômicas são obrigatórias, independente de haver isolamento social, basta olhar para os números da economia brasileira antes da pandemia para se concluir isso.

Todas estas informações apontam para algumas possibilidades de conclusão da parte comparativa. A primeira delas é que grandes números, ou seja, indicadores globais, servem para se ter uma noção do quão distante ou perto se está dos objetivos das políticas públicas, mas que há necessidade de se descer ao nível de rua e refinar a implementação da política. É preciso olhar de perto e valorizar o *feedback* daqueles que efetivamente entregam e recebem os serviços de saúde, só assim se desenvolve respostas adequadas às necessidades da população. Isto é particularmente necessário nos sistemas federativos, que são marcados preponderantemente por grandes diferenças regionais.

Outra possibilidade, é de que há necessidade constante de se aprimorar processos para ajustar aquilo que deve ser decidido de forma centralizada, colegiada, regionalizada ou local, da mesma forma com aquilo que precisa ser implementado de maneira uniforme e aquilo que precisa ser singularizado.

Talvez nenhuma pesquisa científica revele mais sobre a situação de um sistema de saúde do que a observação do dia a dia, pois, no fim das contas, o resultado prático é o que mais importa, nenhuma gestão de saúde, descentralizada ou não, pode ser bem avaliada observando apenas seus aspectos formais, enquanto ignora o sofrimento do ser humano que leva de 43 a 119 dias de espera entre o pedido de exame e o resultado para diagnóstico de câncer, por exemplo (ONCOGUIA, 2019).

5 AS RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS NA PANDEMIA NO CASO BRASILEIRO

5.1 Abordagem Metodológica

As características da pandemia de Covid-19, aliadas ao modelo de sistema de saúde instituído na implementação do SUS, com múltiplas arenas de negociação e participação de vários atores, acarretaram um estresse nas relações interinstitucionais.

Como citado anteriormente, embates entre políticos, principalmente, mas não apenas, entre governadores e o Presidente da República, causou reflexos de grande extensão no enfrentamento da pandemia, com divergências sobre as competências de cada ente na determinação das medidas sanitárias e uma dificuldade maior nas relações.

Para tentar estabelecer as principais questões envolvendo o tema na prática, foi feito um levantamento de dados, dentro da abordagem qualitativa, que se deu através de questionários (Anexos 1 e 2), entre julho e setembro de 2020, e entrevistas semiestruturadas, entre novembro e dezembro de 2020, com gestores de saúde de três municípios pertencentes a duas unidades da federação. Por solicitação dos entrevistados, as informações presentes neste estudo foram anonimizadas.

Não foi possível estender a investigação para o nível dos governos estaduais e nem do governo federal. Foram realizados contatos com integrantes de dois governos estaduais, porém sem resposta, já junto ao governo federal não se conseguiu uma indicação para se tentar o contato.

Assim, buscou-se por informações em mais de um município, para se tentar obter uma melhor avaliação e validação das variadas hipóteses e questões levantadas, bem como para se verificar as diferentes realidades enfrentadas em cada município.

Os municípios possuem população estimada de pouco mais de 55 mil, 433 mil e 575 mil habitantes, com um PIB per capita em torno de R\$ 45 mil, R\$ 51 mil e R\$ 35 mil respectivamente, possuindo índice no “IDEB - Anos iniciais do ensino fundamental” de 5,9; 5,8 e 6,8 respectivamente.

Os dois maiores municípios são polos regionais e dispõem de atendimentos médicos de média e alta complexidade para suas respectivas regiões, estando habilitados na condição de “Gestão Plena do Sistema Municipal”, enquanto o outro município, o menor, está habilitado na condição de “Gestão Plena da Atenção Básica”.

Foram utilizados dois questionários, um para o diagnóstico inicial (Anexo 1), buscando identificar, de forma geral, um modelo de enfrentamento adotado pelas secretarias de saúde de cada município, e outro (Anexo 2) para aprofundar o diagnóstico das relações interinstitucionais e analisar a existência de uma correlação entre a qualidade das interlocuções e o resultado prático observado na oferta de infraestrutura de atendimento aos pacientes com Covid-19.

O primeiro questionário foi formulado com 16 questões abertas, divididas em 4 seções: “I - Estrutura para Enfrentamento da Covid-19 e para as Relações Interinstitucionais”, “II - Planejamento para Enfrentamento da Covid-19 e as Relações Interinstitucionais”, “III - Diagnóstico do Plano de Contingência e das Relações Interinstitucionais” e “IV - Análise da Conjuntura Pré-Pandemia”.

O segundo questionário propôs apenas duas questões, em duas seções distintas, “I – O Enfrentamento da Covid-19 e as Relações Interinstitucionais” e “II - Estrutura de leitos para enfrentamento da Covid-19 e as Relações Interinstitucionais”, porém de forma mais aberta e buscando respostas com maior extensão.

Posteriormente, após a avaliação das respostas dos questionários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para confirmação de pontos específicos das respostas dos questionários, para a complementação de outros pontos e para a elucidação de novas questões propostas, frutos da evolução na compreensão das questões e suas implicações.

Também foram realizadas investigações teóricas antes, durante e após o período de entrevistas com o objetivo balizar conceitos e, também, compreender o contexto que envolve o levantamento de dados.

Outro ponto, que contribui para a análise final, é a construção de uma base comparativa entre os resultados mensuráveis e/ou perceptíveis e a atuação no processo de enfrentamento, em federações diferentes, frente à pandemia.

O conjunto de ações adotadas no levantamento de dados, teve como premissa uma concepção construtivista social, onde as experiências dos indivíduos, suas compreensões acerca dos ambientes com os quais interagem, produzem complexas visões a serem trabalhadas pelo pesquisador no intuito de desenvolver uma teoria (CRESWELL, 2010, p. 31).

Partindo da concepção, a estratégia de investigação caminhou pela linha da pesquisa fenomenológica, buscando compreender as experiências vividas pelos atores no contexto de um fenômeno, uma vez entendida como a melhor estratégia dentro do contexto específico deste trabalho, em detrimento dos estudos de casos, pesquisa narrativa, teoria fundamentada ou etnografia (CRESWELL, 2010, p. 37-38).

Assim, a partir das percepções advindas das informações coletadas e dos estudos teóricos, pode-se formular hipóteses para as questões que tiveram impacto, direto ou indireto, no resultado do enfrentamento à Covid-19, descritas no item a seguir.

5.2 Percepções Sobre a Atuação das Secretarias Municipais de Saúde

Desde o início da pandemia no Brasil, há um avalanche de informações publicadas pelos órgãos oficiais das três esferas de governo, pelos veículos de comunicação jornalísticos e, também, divulgadas em mídias sociais.

Não demorou muito para que se pudesse perceber as dificuldades que se avolumavam para uma efetiva condução das medidas sanitárias pelos municípios, onde, de fato, são executadas a grande maioria das medidas e sentidas enorme parte das consequências, onde vivem os destinatários da política pública de saúde e de todas as outras políticas sociais e econômicas.

Os primeiros problemas perceptíveis ao público, foram relativos ao abastecimentos de bens, produtos e insumos necessários, relativos aos equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde, principalmente, e para a higienização, onde a atuação das esferas de governo foi percebida primeiro (CNN, 2020).

Mas bem antes disso, já havia uma questão com que os municípios tiveram que lidar, a coordenação da comunicação de medidas e protocolos, que é, primordialmente, de competência da União, por conta do desenho estrutural do SUS, não aconteceu de forma satisfatória.

As entrevistas revelaram, por exemplo, que duas secretarias de saúde tiveram que desenvolver seus planos de contingência antes que tivessem orientação disponível do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde.

5.2.1 Observações dos Questionários

A partir da leitura das respostas que as secretarias municipais de saúde deram às questões apresentadas nos questionários, foi possível extrair algumas observações, apresentadas nos tópicos a seguir:

a) Estrutura para Enfrentamento da Covid-19 e para as Relações Interinstitucionais

Todos os municípios foram obrigados a reorganizar a sua estrutura de atendimento à saúde, desde os menores, com sua rede de atenção básica, até os maiores com a gestão plena do sistema municipal, que atendem a alta e média complexidade e são polos regionais e macrorregionais.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), órgãos colegiados do Sistema Único de Saúde (SUS), publicaram apenas em maio de 2020 o “Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde”, apesar de ter sido tardio, ajudou a ir ajustando o que já havia sido feito.

De forma resumida, os municípios buscaram segregar o atendimento aos pacientes com sintomas possíveis para Covid-19, dos pacientes com outros sintomas, para evitar o aumento da contaminação. Uma das questões abordadas quanto à reestruturação foi sobre o atendimento eletivo, um dos relatos, aposto no questionário, ainda que em resposta a outra questão, dizia:

A suspensão por completo de todos atendimento eletivo causou e irá causar um dano irreversível na saúde da população [sic]. Muitos pacientes agravaram e estão desassistido [sic], principalmente no que se refere na média e alta complexidade [sic]. Consulta e procedimento com especialista.

Essa questão que preocupou uma das secretarias, observa-se ter sido uma preocupação válida, porém amplamente resguardada pelas associações médicas e conselhos de medicina. As consequências não são poucas, mas a necessidade de se redirecionar recursos, tanto materiais quanto humanos, foi uma das várias preocupações que motivaram a decisão.

Todas as secretarias municipais entrevistadas relataram a estruturação de um centro de contingências, em todos os casos eram comissões com a participação de vários órgãos públicos, como Ministério Público e secretarias de educação, e também da sociedade civil, como as entidades filantrópicas de assistência, as Santas Casas e outras de assistência a idosos e moradores de rua. A participação dos diversos atores e representações foi fundamental para uma melhor adequação das respostas à pandemia, tanto quanto para a transparência de todo o processo.

Uma das preocupações era quanto aos investimentos feitos, a transparência na aplicação dos recursos, tanto federais, que era a grande maioria, quanto estaduais, tendo em vista a exagerada alta dos preços em função da escassez já relatada. Ponto em que a participação do Ministério Público ajudou a diminuir o medo dos gestores quanto aos possíveis

questionamentos acerca dos procedimentos de compras que foram simplificados, inicialmente, pela lei nº 13.979/2020, modificada pela lei 14.035/2020, e outros dispositivos legais correlatos.

Pode-se afirmar que a pandemia criou a necessidade de se estabelecer uma nova instância ou arena de relações interinstitucionais, sendo que, nos municípios objetos do presente estudo, os secretários municipais de saúde eram os responsáveis pelas relações interinstitucionais estabelecidas dentro dos centros de contingência.

b) Planejamento para Enfrentamento da Covid-19 e as Relações Interinstitucionais

Relativamente ao planejamento que, numa visão macro, resultou na elaboração e divulgação de um plano de contingência, houve a participação ativa dos centros de contingência. Dois municípios relataram que, a princípio, não tinham informações específicas da União ou dos estados para a elaboração da primeira versão do plano, tendo sido utilizadas informações disponíveis na internet, de fontes nacionais e internacionais, como os sites da OMS, OPAS, secretarias estaduais de saúde, Ministério da Saúde, dentre outras fontes. Um município relatou que o COSEMS passou diretrizes. Outro município teve a possibilidade de utilizar-se do modelo já desenvolvido pela sua Secretaria Estadual de Saúde, que estava mais adiantada que a do estado dos outros municípios investigados.

Houve relatos de que os planos de contingência foram revisados pela Secretaria Estadual de Saúde, porém com um atraso bem expressivo, sendo que em uma secretaria municipal foram 2 meses, já em outra foi relatado ter tido o retorno da revisão da primeira versão quando já estava vigente a terceira versão do plano de contingência no município.

Não obstante o atraso nas avaliações, os planos de contingência dos três municípios sofreram influência, de alguma forma, das secretarias estaduais, que, ainda que não tenha ocorrido a tempo para as primeiras versões, ainda assim serviram para nortear os aprimoramentos subsequentes.

Não houve relatos de que os municípios tenham influenciado de alguma forma os planos de contingência dos estados, porém, uma observação bastante relevante, relatada por um dos municípios, foi a articulação deste com os demais municípios da região para uma ação coordenada junto ao governo do estado nas solicitações de materiais e equipamentos, o que permite inferir que a mesma coordenação levou a uma influência ou colaboração entre os municípios para a elaboração do plano de contingência dos demais.

Com relação à execução dos planos de contingência, de forma geral não sofriam um acompanhamento, senão pelos próprios comitês de contingência. Não houve relatos de que os

governos estaduais fizessem o acompanhamento da execução dos planos, pelo contrário, os relatos levam a crer que não havia uma comunicação efetiva neste sentido, ficando muito evidente isso, com os relatos e demais informações coletadas sobre as controvérsias acerca das medidas de restrição impostas, unilateralmente, pelos governos estaduais, questão que será melhor detalhada adiante.

c) Diagnóstico do Plano de Contingência e das Relações Interinstitucionais

Como já citado no item anterior, o acompanhamento das ações dos planos de contingência, ou seja, a verificação da efetividade do plano, foi realizada pelos próprios comitês de contingência, não tendo sido acompanhados pelos governos estaduais ou federal. A ressalva fica por conta da participação das regionais de saúde nos comitês, representando as secretarias estaduais de saúde.

Observa-se aqui, que seguiu uma estrutura de avaliação que já é padronizada no SUS com relação aos diversos procedimentos existentes até então, onde são os próprios municípios que estabelecem as metas e avaliam seu cumprimento, apenas relatando os resultados para a gestão do SUS a nível federal.

Os entrevistados informaram que, para as ações desenvolvidas dentro dos planos de contingência, não haviam metas estabelecidas ou, ainda, mensuração do atingimento destas metas. É possível que houvessem para pontos específicos, porém não foram relatadas experiências de ação coordenada e sistematizada de avaliação, nem mesmo dentro dos comitês.

Então, as avaliações se davam de forma empírica e geral, não sistematizada, porém pautadas na evolução estatística da doença.

Quando questionados acerca das dificuldades enfrentadas nas relações interinstitucionais, foram relatados problemas na coordenação estadual por dois municípios do mesmo estado, acerca do tempo de resposta nas interações, um deles citando que o “o estado demorou para definir alguns direcionamentos”, referindo-se a “fluxos e protocolos”.

Enquanto o município de outro estado relatou a questão enfrentada quanto às restrições impostas pelo estado na abertura das atividades econômicas não essenciais do município e da região, relatando que “não foram levados em conta pelo governo estadual a alta testagem da população realizada [...], na comparação com outras localidades e a discrepância de dados sobre número de leitos e de ocupação hospitalar”.

d) Análise da Conjuntura Pré-Pandemia

Os municípios relataram haver relações bem estabelecidas no período anterior à pandemia, como se era de esperar, devido ao desenho estrutural do SUS, porém houve um relato de certa “fragilidade” nas relações com o estado, trazendo dificuldades na questão da gestão de leitos. Não houve um detalhamento desta dificuldade, porém, sabe-se que existe uma gestão descentralizada dos leitos, visando atender as macrorregiões do estado.

Outra questão levantada foi acerca das dificuldades burocráticas existentes dentro do SUS de forma geral, citando que com a pandemia, passou a ter uma “maior agilidade na habilitação e qualificação dos leitos para o repasse de recursos”.

Acerca da relevância prática das relações interinstitucionais existentes, foi destacado que são de fundamental importância, tendo em vista a dependência, dos municípios que estão habilitados na condição de “Gestão Plena da Atenção Básica”, da gestão estadual e dos municípios que são polo regional, no que se refere aos atendimentos de média e alta complexidade. Esta questão foi bem resumida em uma das respostas de outro município: “Os municípios, apesar da prerrogativa da discricionariedade, não são autossuficientes, por isso as boas relações interinstitucionais com outros municípios são estratégicas e produtivas”.

5.2.2 Observações das Entrevistas

As entrevistas realizadas revelaram alguns pontos bastante interessantes, principalmente a observação acerca das diferentes realidades entre os municípios, que, à princípio não pareciam muito distantes.

a) Relações intergovernamentais da área da saúde

Os municípios não mantinham relação direta com o Ministério da Saúde, sendo que as interações eram feitas através dos sistemas, seja para habilitação de leitos ou para qualquer tipo de questionamento.

Um município relatou que existiam contatos mantidos pelas áreas técnicas da secretaria municipal com o ministério, porém, posteriormente, disse que a comunicação com o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde, órgão instituído como “mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional” pela Portaria nº 188/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2020, posteriormente alterada pela Portaria nº

3.190/GM/MS, de 26 de novembro de 2.020, eram difíceis e que o órgão era acessível apenas através do encaminhamento de documentos pelo Sistema Eletrônico de Informações – SEI.

Mesmo para o município que não relatou dificuldades nas relações com o Ministério da Saúde, as relações não ocorriam de fato, uma vez que, também, o contato era apenas através dos sistemas, que o entrevistado chamou de “canais convencionais”, explicando que após as solicitações serem encaminhadas, faziam contato com os deputados do município para pedir a intervenção destes junto ao Ministério da Saúde, com vistas a alcançar maior celeridade, mas não soube dizer se isto gerava algum resultado prático.

A relação dos municípios com os seus estados mostraram realidades diferentes: enquanto um relatou uma relação muito boa e com grande facilidade na comunicação e efetividade nos pleitos, os outros foram categóricos em afirmar que as respostas eram demoradas e que havia pouco ou nenhum espaço para interação e negociação. Apesar de, nos questionários, ter sido relatado não terem influenciado os planos de contingência dos estados, em uma das entrevistas foi dito que, quando havia alguma questão pontual acerca do plano de contingência estadual, faziam contato com a regional de saúde para solicitar ou sugerir mudanças.

Um dos municípios afirmou ter um relacionamento bem próximo com os demais municípios da região, trabalhando juntos, de forma coordenada, enquanto os outros municípios relataram dificuldades na relação regional.

Vale ressaltar que na região com bastante coesão, onde o município do entrevistado atuou em negociações representando os demais municípios da região, o prefeito daquele município era o coordenador do órgão regional que congregava os demais municípios.

Quando questionados acerca de possíveis falhas na gestão por parte dos estados ou da União, houve críticas para ambos. A União teria falhado na questão da coordenação em geral, não disponibilizando informações para os municípios para uma ação coordenada, tanto quanto na gestão dos suprimentos que faltaram no início da pandemia, como os Equipamentos de Proteção Individual - EPIs e medicamentos. Da mesma forma o estado, na falta de uma ação do governo federal, não atendeu as solicitações de suprimentos do município.

Houve a percepção por parte de um dos entrevistados, que o Ministério da Saúde falhou na gestão e coordenação, com uma falta de visão acerca das enormes diferenças entre os municípios, tendo tratado todo o território nacional da mesma forma. Também teriam falhado na divulgação de informações para a população em geral, pois houve a percepção de um dos entrevistados que não houve uma boa campanha de prevenção.

Um dos entrevistados relatou a surpresa de ter descoberto através do site, que, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, os funcionários estariam em regime de trabalho remoto já em fevereiro de 2020, aparentando um certo “desespero” dos órgãos centrais.

Outro entrevistado relatou uma situação bastante diferente no seu município, onde não faltaram EPIs, explicando que rapidamente fez as aquisições dos materiais necessários, não esperando que chegassem do estado ou da União, que quando distribuídos pelo estado, poderiam manter o estoque para não faltar, uma vez que são materiais com muita durabilidade.

Ressalte-se que a União fez a distribuição dos materiais, sejam EPIs, teste para Covid-19 ou qualquer outro, sempre através dos estados, nunca diretamente aos municípios, sendo que um dos entrevistados relatou que teve dificuldade no início, pois pediu ao estado, este respondeu para pedir à União, que respondeu que a distribuição era pelos estados sempre.

Houve demora em um dos estados, não apenas em disponibilizar informações, mas também para se estabelecer um canal de comunicação efetivo para a questão da pandemia. Tendo sido relatado por um dos entrevistados, mais de uma vez, que a comunicação era estabelecida com base nas relações pessoais, de modo informal, mas que algumas vezes acontecia através da Comissão Intergestores Regional - CIR e Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde – CRESEMS, órgãos regionais da CIB e do COSEMS.

A integração regional foi um ponto de destaque para dois dos entrevistados, que indicaram que as relações entre os municípios da região não foram eficazes, “faltou alinhamento com a região”, afirmou um dos entrevistados.

Por um lado relatando dificuldades para a secretaria de saúde do município menor, pois não conseguiam obter informações sobre os pacientes que estavam internados no outro município, nem através do estado e nem do município sede dos serviços hospitalares, onde os pacientes estavam internados.

As dificuldades em obter informações sobre os pacientes internados foram relatadas pelo município sede da regional, ou seja, aquele que abrigou os pacientes dos municípios da região, que explicou, sem ter sido instado sobre o assunto, que haviam problemas de comunicação, porque não se conseguia fornecer as informações necessárias sobre os pacientes e, que, o estado também não conseguia atender. Lembrando que o hospital de referência da região para o tratamento de Covid-19 é o hospital da universidade estadual.

Em um segundo aspecto, não houve uma cooperação entre os municípios da região para as negociações e reivindicações junto ao estado, nem mesmo para estabelecerem uma uniformidade das medidas de restrição. O município sede publicava um decreto estabelecendo

as restrições e os municípios do entorno ficavam sabendo somente no dia seguinte, tendo que publicar seus decretos depois.

Havia, segundo o entrevistado, uma incoerência, já que a movimentação de pessoas entre os municípios da região é muito grande, uns moram em uma cidade e trabalham em outra. Tal afirmação se constitui em um ponto importante na avaliação epidemiológica, que encontra consonância com o estudo de Moura *et al*:

Uma hipótese importante de disseminação da doença refere-se ao movimento pendular de pessoas entre os municípios. Isso ajudaria a explicar a disseminação próxima de núcleos urbanos e cidades adjacentes que têm um fluxo intenso de pessoas devido às economias interligadas e ao fenômeno das cidades-dormitório (AHMADI *et al.*, 2020; MONTEIRO *et al.*, 2020).
(MOURA, 2020, p. 175)

Certo comentário de um dos entrevistados chamou a atenção para uma questão das relações intergovernamentais, principalmente entre município e União, que suscitou que “a burocracia é uma dificuldade para os pequenos municípios, que muitas vezes não seguem os protocolos necessários”, explicando que não teve dificuldades nas relações com o Ministério da Saúde, mas que já ouviu reclamações de outros municípios e que sempre questiona se o interlocutor teria seguido todos os “passos” requeridos para o pleito reclamado.

Por fim, uma frase resumiu a agonia sofrida por muitos municípios no começo da pandemia: “os municípios tinham poucas informações, mas foram os que tiveram que correr, aprender e resolver, porque a população está perto, aqui...”.

b) Financiamento da resposta à pandemia

Os três entrevistados afirmaram que as verbas recebidas para o enfrentamento à Covid-19 eram predominantemente da União e que houve bastante celeridade neste ponto, permitindo uma resposta rápida por parte dos municípios. Não houve relatos de falta de recursos na execução. Mesmo assim, não houve negociação com o governo federal acerca do montante de recursos repassado, foi estabelecido unilateralmente.

Um dos entrevistados informou ter havido negociação de verbas com o governo estadual para instalação de um hospital de campanha, tendo sido negociado entre secretarias de saúde e posteriormente entre representantes políticos do executivo municipal e estadual, prefeito, governador, vice-governador. Estas negociações ocorreram de forma bastante célere, segundo o entrevistado.

Dentre os demais, um município afirmou ter recebido verba estadual, “mas bem pouco”, enquanto o outro entrevistado não conseguiu se lembrar se houve algum repasse estadual.

c) Atuação dos órgãos colegiados integrantes do SUS

A participação da sociedade, através dos conselhos municipais de saúde, nas decisões de enfrentamento à pandemia de Covid-19, foi “muito tímida”, nas palavras de um dos entrevistados, sendo corroborado pela opinião dos outros entrevistados. Em um dos municípios o conselho solicitou sua participação no comitê de contingência, tendo sido atendido pela secretaria de saúde, mas participaram apenas como ouvintes, sem direito a voto, explicou o entrevistado. É importante lembrar que, dentro dos comitês de contingência havia ampla representação da sociedade civil, em todos os municípios.

Foi relatado por um entrevistado que houve uma mudança na dinâmica das reuniões da CIR, CIB, CRESEMS e COSEMS, tanto na periodicidade quanto no encaminhamento das questões. As questões sobre a pandemia eram tratadas de forma pontual, pois vinham os questionamentos específicos e eles faziam as considerações aos representantes destes fóruns.

Asseverou um dos entrevistados, que, mesmo com os “atritos normais”, as relações estabelecidas no SUS, ajudaram muito nas questões da pandemia. Enquanto outro disse que a CIR e a CIB tiveram participações importantes, “mas não dava para esperar as reuniões”. O terceiro, que relatou que as comunicações aconteciam com base nas relações pessoais, ressaltou que “também aconteciam na CIR e no CRESEMS”.

Segundo relato de um dos entrevistados, pode ter havido negociação de alguma questão sobre a pandemia na CIT, mas não tem como afirmar, porém tudo aconteceu muito rápido. Este relato corrobora com a questão das tratativas pontuais relatado anteriormente.

Foi questionado, a um dos entrevistados, se havia um “descolamento” entre a gestão federal e a execução pelos municípios, advindo da sistemática, amplamente percebida através de notícias em geral, na qual os governos estaduais negociavam com o governo federal, conforme seus entendimentos e interesses próprios e depois, simplesmente “cascadeavam” os resultados para os municípios.

Foi respondido que sim, percebia “algo assim”, nas palavras do entrevistado, parecia haver “ruído na comunicação”, sendo que o entrevistado suspeitava que o problema estava na representação junto ao COSEMS.

d) Outras relações interinstitucionais

Além das relações estabelecidas dentro da própria estrutura do SUS, houve uma série de relações com outras instituições, tanto governamentais, com órgãos e poderes diversos, quanto do terceiro setor e da iniciativa privada.

A criação dos centros de contingência propiciou a efetividade destas relações, com vantagens notórias, principalmente quanto à celeridade das decisões, além de uma transparência muito maior das ações.

Em um município houve uma colaboração do Ministério Público em conjunto com o judiciário, para liberação de depósitos judiciais, com vistas a aumentar os recursos necessários para o enfrentamento da pandemia.

Outra relação foi estabelecida entre a secretaria de saúde e uma universidade estadual, em um momento, para a oferta de serviços de atendimento psicológico para os profissionais da área da saúde e logo no início, para realizar os cálculos de projeções da evolução da doença no município e na região. Estes “convênios” estabelecidos têm perdurado por toda a pandemia.

Vale ressaltar que a universidade tem autonomia para tratar de suas questões e estabelecer seus convênios e parcerias, não precisando acionar qualquer tratativa com o governo estadual, nestas questões em específico. Por óbvio que a proximidade da comunidade universitária, como um todo, favorece a criação de laços e o estabelecimento de relações com os demais órgãos do município para a instituição de parcerias.

Segundo o relato de um dos entrevistados, apesar de não ter suas solicitações de suprimentos de EPIs e medicamentos atendidas pelos governos federal e estadual, a secretaria de saúde do município colaborou, conforme a sua possibilidade, com órgãos estaduais dentro do município, como a penitenciária estadual, fornecendo EPIs que estes não haviam recebido do próprio governo estadual.

e) Entre testes, leitos e *lockdowns*

Dois pontos focais abordados no estudo, foram os testes para Covid-19 e os leitos disponibilizados exclusivamente para tratamento da doença. Imaginou-se, a princípio, que tais recursos, por serem de alta necessidade no enfrentamento à Covid-19, seriam, naturalmente, objetos de extensas negociações entre todos os entes da federação, devido à escassez.

Porém, não aconteceu exatamente assim, pelo menos não de forma ampla e regularmente distribuída. A política de testagem empreendida no Brasil, possivelmente devido

à falta de recursos, defendia a testagem apenas de pessoas com sintomas da doença, deixando de lado as recomendações internacionais de testagem em massa.

No início da pandemia houve falta generalizada de testes e insumos, tanto quanto a falta de laboratórios com capacidade para processar o material coletado. Porém, após a “normalização”, em muitos lugares não houve falta destes materiais ou de capacidade de processamento dos materiais coletados.

Os relatos mostram exatamente este panorama, com a escassez no início, sendo que um dos relatos informa que o próprio município tomou a iniciativa de comprar insumos para o laboratório do hospital da universidade estadual, responsável por processar os testes.

Em outra entrevista, foi explicado que os testes foram conseguidos junto ao estado e à União, porém a maior parte veio do governo federal. Ainda que houvesse a disponibilidade dos materiais para a testagem, ainda existia um gargalo muito grande no processamento dos testes, o tempo de resposta era muito ruim, demorava de 7 a 10 dias, quase ineficaz para os casos em que não havia internação, pois era quase todo o período de quarentena e tratamento.

Um dos municípios maiores afirmou, no segundo questionário de avaliação, ter enfrentado dificuldades em uma negociação com o governo estadual, no início da pandemia, quando, em conjunto com os demais municípios da região, solicitou 137 respiradores para montagem de leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Covid-19, porém, o governo estadual informou que poderiam fornecer apenas 9 unidades para os 9 municípios, “devido às dificuldades de importação e produção nacional dos aparelhos”. Disse, também, que depois foi normalizado o fornecimento.

Explicou o mesmo entrevistado, que houve negociação também em outro momento, quando foi solicitado recursos financeiros para a montagem de um hospital de campanha, sendo que a ação de negociação envolveu diferentes atores, com um desfecho satisfatório para o município.

Em um outro momento, por volta de julho de 2020, houve um embate acerca da disponibilização de leitos junto ao Ministério da Saúde. Explicou que havia 130 leitos de UTI Covid-19 habilitados para o recebimento de recursos de custeio, mas que enfrentou dificuldades “para a renovação dos repasses necessários para manter 45 destes leitos em operação”, tendo sido alegado, pelo Ministério da Saúde, que havia baixa ocupação dos leitos. O município argumentou que “os mesmos ainda se fazem necessários porque a pandemia não foi superada e há demanda constante de leitos de UTI para assistência de pacientes com outras patologias”.

Como dito anteriormente, um dos entrevistados era de um município que não estava habilitado para a oferta de leitos, por ser muito pequeno, utilizava-se da estrutura da região,

porém o entrevistado declarou que o município sede da regional, que abrigava os leitos, teve dificuldades com o governo estadual nesta questão, como veremos adiante. Explicou que mesmo diante da dificuldade, e de ser uma questão de âmbito regional, o município sede resolveu a questão sozinho, sem procurar a ajuda dos outros políticos e gestores dos demais municípios da região para articular uma estratégia de negociação com o governo estadual.

Por fim, o drama do terceiro município, em que o entrevistado relatou, em diversos momentos da entrevista, a questão com alguns detalhes:

- i. A definição do número de leitos a serem instalados, logo no início da pandemia, foi realizada através de uma projeção, sendo que houve cooperação da regional de saúde do estado na definição destes números. Posteriormente foi levada para a CIB e para o COSEMS, para que se pudesse habilitar os leitos, mas a execução foi feita aos poucos, informou o entrevistado;
- ii. Houve atraso por parte do estado na implantação dos leitos, que eram de responsabilidade dele, uma vez que estavam sendo instalados no hospital da universidade estadual e eram para atender à demanda de toda a região, por conta desse atraso foi necessário a todo momento que a secretaria municipal, e o município em si, cobrassem o governo do estado para cumprirem o planejamento que havia sido feito e acordado entre as instâncias;
- iii. Quando precisou ampliar o número de leitos, viu-se diante da inércia do governo estadual, que ficou na dependência do governo federal e não resolvia por si, o município se sentiu obrigado a tomar a iniciativa e resolver a questão diretamente com o hospital universitário, estabelecendo meios de “ajudar” o hospital na implantação dos leitos, contratando profissionais da área da saúde para o necessário aumento do quadro de atendimento aos doentes por Covid-19;
- iv. Em um momento de elevação dos números gerais, tanto de infectados quanto de ocupação de leitos Covid-19, o município contratou leitos em um hospital particular, esta contratação gerou muitos questionamentos, uma vez que eram leitos exclusivos para os pacientes do município e não para a região, fato que os demais municípios da região começaram a questionar. A questão girou em torno do entendimento do município, de que cada município recebia uma verba federal para seu uso exclusivo, não sendo um repasse para prestação de serviços para a região, e que era de uso discricionário, não atrelada a nenhuma ação específica. Assim, o município entendia, e lembrou aos demais municípios, que todos poderiam contratar leitos com essa verba, sugerindo que também contratassem os leitos particulares. Este episódio teve uma

ampla repercussão, sendo que os municípios da região acionaram o governo estadual, que enviou funcionários para fiscalizar a contratação dos leitos, de um modo geral.

No final de fevereiro de 2021, com o recrudescimento da pandemia, a situação do município e, por consequência, da região, é alarmante, com uma lotação que chegou a atingir “156%”¹ dos leitos de enfermaria, exclusivos para Covid-19, disponíveis pelo SUS. Segundo as notícias veiculadas, 54% dos pacientes eram de outros municípios da região. A situação ficou tão crítica que o hospital teve que fechar, por 12 horas, o pronto socorro médico. A direção do hospital explicou que foi “uma medida administrativa para organizar internamente o serviço, visando realizar os remanejamentos internos de pacientes para liberar leitos para os novos casos”.

Essa situação caótica, em conjunto com a situação não menos grave dos demais municípios do estado, levou o governo estadual a publicar um decreto, que estabeleceu medidas bem rígidas para a circulação de pessoas e funcionamento dos estabelecimentos e, também, com um aumento dos números de leitos, medidas estas, adotadas para todo o estado.

Tendo assim sistematizado as questões levantadas na entrevista, acerca da questão dos leitos, é importante extrair uma última observação, de um dado momento dos relatos, em que um dos entrevistados explicava toda a dificuldade com os leitos, ele disse que “não queria ser prefeito ou governador”, posto que o sistema como um todo é muito complexo, devido às inúmeras disparidades entre municípios, gerando uma enorme dificuldade para a gestão de modo geral.

Na questão das medidas restritivas, os entrevistados dos municípios maiores enfrentaram dificuldades em pelo menos um momento da pandemia, quando os governos estaduais aplicaram restrições mais severas do que as que os municípios entendiam ser necessárias.

Em final de maio de 2020, a região toda, de um dos municípios, foi mantida pelo governo estadual em uma situação de restrição máxima, chamada de bandeira ou fase vermelha, que só permite o funcionamento de serviços essenciais. Os municípios alegaram que os indicadores da região permitiam um abrandamento das restrições (mudança de fase ou bandeira), fato que motivou a apresentação de um recurso 4 dias depois, solicitando a reclassificação para a bandeira ou fase amarela. Dez dias depois, aconteceu a reclassificação da

¹ Havia 96 leitos de enfermaria SUS para Covid-19 disponíveis, porém com a superlotação, os pacientes excedentes foram alocados em leitos improvisados, razão da divulgação de um número maior de ocupação do que o total de leitos disponíveis.

região para a bandeira ou fase laranja, “após a apresentação de vários dados regionais ao Governo do Estado pelos representantes da Prefeitura [...], que comprovavam a redução do número de casos e de leitos ociosos”.

Outro município enfrentou situação parecida, quando em 30 de junho de 2.020, o governo estadual publicou um decreto suspendendo as atividades não essenciais de 7 regiões do estado, por 14 dias, a contar de 1º de julho de 2.020. O município apresentou recurso junto à secretaria estadual de saúde no dia 1º de julho de 2.020, alegando que o município “tem indicadores melhores que regiões que não fecharam”.

Porém, o município foi notificado pela secretaria estadual de saúde, no dia 3 de julho de 2.020, a cumprir integralmente o decreto, advertindo da possibilidade de adoção de medidas coercitivas, responsabilizando o município e o prefeito, afirmando, também, não haver “cabimento sanitário e jurídico” para o recurso.

Assim, sem sucesso nas tratativas do município com o governo estadual, ficou bastante claro que não houve negociação, simplesmente o estado fechou-se de forma irredutível. O município não recorreu ao judiciário, acabou optando por acatar o decreto estadual.

5.3 Caracterizando as Questões

Com o conjunto de informações, resultado das pesquisas bibliográficas, das pesquisas documentais, da aplicação de questionários e das entrevistas, delineou-se um caminho de hipóteses, que, acredita-se, possam ser objeto de intervenções para melhoria do sistema, dos processos e, ainda, dos produtos e serviços.

As hipóteses foram classificadas em duas categorias, elencadas a seguir.

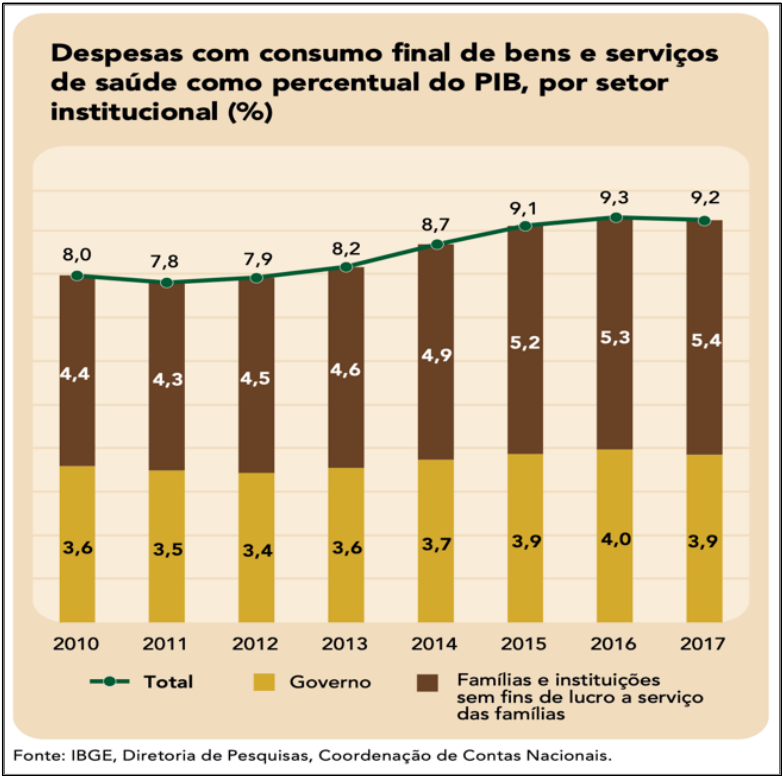
5.3.1 Questões Gerais

A primeira categoria a ser elencada, congrega as questões gerais, como o financiamento do SUS e a melhoria da qualidade do sistema, esta última observada tanto da ótica interna, aspectos da qualidade que afetam a mão de obra do SUS, quanto da ótica externa, a qualidade dos serviços prestados.

a) Financiamento do SUS

Os investimentos na área de saúde no Brasil ainda são muito tímidos se considerarmos apenas o financiamento público. Como visto nos comentários às figuras 7 e 8, menos da metade do total de investimentos na saúde partiu dos governos federal, estadual e municipal. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os maiores investimentos foram feitos pelas “famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias” (IBGE, 2019, p. 2), conforme se observa na Figura 13.

Figura 13 - Composição das despesas com saúde no Brasil



Fonte: IBGE, 2019, p. 2.

Explica, ainda, o IBGE que:

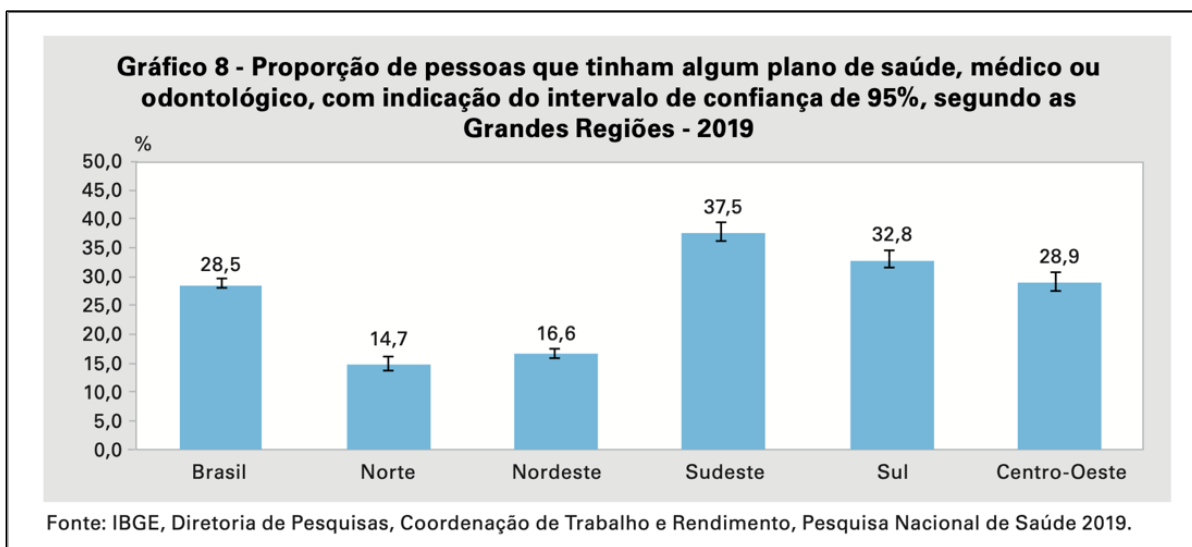
Em 2017, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil atingiu R\$ 608,3 bilhões. Desse total, R\$ 253,7 bilhões (3,9% do PIB) foram despesas de consumo do governo e R\$ 354,6 bilhões (5,4% do PIB) despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviços das famílias.

Na comparação com países selecionados da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OCDE, observa-se que as despesas com saúde como proporção do PIB são semelhantes, mas a participação do governo (gasto público) é menor do que a média desses países. (IBGE, 2019, p. 2)

Em uma outra publicação, a Pesquisa Nacional de Saúde 2019, o IBGE avaliou que:

Em 2019, 59,7 milhões de pessoas, o correspondente a 28,5% da população residente do País, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico – sem alterações significativas em relação ao percentual encontrado em 2013 (27,9%). As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções (37,5%, 32,8% e 28,9%, respectivamente), e as Regiões Norte e Nordeste, as menores (14,7% e 16,6%, respectivamente), mantendo as disparidades regionais identificadas na PNS 2013. Em outras palavras, o gráfico a seguir ilustra uma forte dependência da população brasileira em relação aos serviços de saúde pública, uma vez que 71,5% das pessoas não têm acesso à saúde suplementar. (IBGE, 2020, p. 29)

Figura 14 - Acesso ao SUS



Fonte: IBGE, 2020, p. 29.

Considerando estes dados estatísticos, tanto o volume de investimento, segmentado pela origem da fonte de recursos, pública ou privada, quanto o percentual da população que depende de alguma forma do SUS, estimado em mais de 70%, pode-se concluir que há uma necessidade grande de investimento público, sendo que essa necessidade é crescente, considerando o envelhecimento da população, conforme explica um estudo da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:

Portanto, o envelhecimento da população gera novas demandas para os sistemas de saúde. Pessoas mais velhas têm necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sócio-familiares peculiares desse grupo etário. Os problemas de saúde dos idosos – maiores vítimas dos efeitos de sua própria fragilidade – desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Por isso, é imperativo repensar o modelo atual. A estimativa é que a população idosa mais do que triplique nas próximas quatro décadas, passando de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050, segundo projeções do Banco Mundial. Essa mudança na estrutura etária do país representa uma variação significativa na demanda por serviços de saúde, por exemplo, o contingente de idosos, que em 2000 representava 10% da população, deverá chegar a 49% em 2050. (ANS, 2016, p. 13)

Assim, considerando que a Covid-19 é uma doença que tem como principais vítimas os idosos e as pessoas afetadas por outras doenças, gerando as comorbidades, o investimento em prevenção e envelhecimento saudável é cada vez mais necessário.

Por mais que seja uma questão bastante generalizada, o financiamento ao SUS teve, tem e terá ampla influência no quadro de enfrentamento às pandemias, seja de Covid-19 ou de quaisquer outras que possivelmente virão.

Pela ótica do federalismo, é importante ressaltar que a distribuição dos investimentos entre os entes da federação obedece, primordialmente, ao que está determinado no parágrafo segundo do artigo 198 da Constituição Federal e estabelecido na Lei Complementar nº 141/2012, que se consubstancia, de modo geral, em 15% das receitas da União, 12% das receitas dos estados e 15% das receitas dos municípios. Em muitos casos os entes subnacionais investem mais do que estes mínimos na área da saúde.

Considera-se que a distribuição destes investimentos também constitui um fator que deve ser amplamente reavaliado, observando a distribuição das fontes de receitas dos estados e municípios e o aumento da proporção dos gastos dos municípios em relação aos estados e à União, não obstante à necessidade de haver parcelas de repasses, como forma de controle e auditoria.

Como foi observado nas respostas dos questionários e entrevistas, algumas importantes medidas que os municípios buscaram efetivar, esbarraram na falta de recursos, seja pela falta em ou si ou pelo atraso na disponibilização.

Constantemente se observou casos, em várias localidades, de demora para o aumento do número de leitos, como a situação encontrada em um dos municípios pesquisados neste trabalho, que extrapolou o número de leitos disponíveis após vir por vários dias com um quadro de alta lotação. Talvez a disponibilidade imediata de recursos pudesse ter levado a uma resposta mais rápida da gestão municipal na disponibilização de leitos.

b) Melhoria da Qualidade do Sistema

Apesar da dependência de recursos que se tem para se aumentar a qualidade do sistema como um todo, e dos serviços prestados em particular, ainda se observa uma grande margem para a implantação de medidas que aumentem, tanto a eficiência, quanto a eficácia do sistema.

Muitas questões que afetam a qualidade dos serviços prestados, podem não ter relação direta com o gasto público efetivado. As questões afeitas aos funcionários em si, por exemplo, é uma delas, existem relatos, de conhecimento público, acerca do tratamento dado aos pacientes

pelos médicos e demais servidores, em muitos lugares, tanto quanto relatos das dificuldades e sofrimentos por parte dos profissionais da saúde.

A gestão de recursos humanos constitui um fator determinante neste aspecto, posto que, em muitas das questões, tanto funcionários quanto usuários são vítimas das deficiências nesta gestão.

Algumas evidências acerca desta questão, pode-se encontrar no estudo de Lotta *et al*, “A pandemia de COVID-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil – 2ª Fase”, que buscou identificar os impactos da pandemia nos profissionais, através da avaliação dos níveis de: medo, sentimento de preparo, recebimento de EPI, treinamento, suporte e alteração das práticas de trabalho.

Diante da análise dos dados obtidos, os autores concluíram que:

Os resultados mencionados acima suscitam um conjunto de recomendações que deveriam ser atendidas pelas três esferas de governo (União, estados e municípios) para melhorar a situação em que os(as) profissionais de saúde trabalham perante a crise, garantindo a todos(as) recursos, informações adequadas e proteção. A seguir elencamos algumas delas que, embora não esgotem as possibilidades, ajudam a construir uma agenda de ações. A continuidade e agravamento da pandemia no território brasileiro exigem que políticas, recursos, investimentos sejam direcionados para manter a segurança e bem-estar dos(as) profissionais da ponta. Muito embora os dados coletados e apresentados estejam circunscritos dentro do universo amostral (n = 2138), as análises demonstram, mais uma vez, que é preciso atenção com a saúde e a vida desses(as) profissionais.

- Continua distribuição de EPIs de qualidade para todos os profissionais dos diferentes níveis de atenção, em especial os(as) Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias;
- Distribuição massiva de testes rápidos tanto para monitoramento da população como, acima de tudo, dos(as) profissionais de saúde;
- Organização, planejamento e disseminação de informações adequadas/oficiais sobre novos fluxos de trabalho, procedimentos, práticas de proteção, etc. frente à crise;
- Reorganização dos serviços da Atenção Básica, direcionando-os de forma clara para atuarem durante a pandemia com a devida e necessária proteção;
- Consolidação dos canais de teleatendimento médico (teleconsulta) na Atenção Básica para a manutenção da assistência médica com baixo risco de contágio para profissionais e pacientes;
- Atenção especial aos ACS e ACE, tanto em relação às funções que podem assumir na pandemia, com nos cuidados que devem receber em termos de informações, treinamento e equipamentos. Estes são atualmente os(as) profissionais com maior percepção de vulnerabilidade, segundo os dados da pesquisa;
- Continua formação e treinamento adequados para que os(as) profissionais estejam mais preparados para enfrentar a crise, utilizando tecnologias simples, como vídeos com transmissão online, infográficos ou outro materiais de comunicação simples e assertiva que chegue na ponta rapidamente;
- Manutenção de redes de comunicação entre a secretaria de saúde e profissionais (como rede de whatsapp) para tirar dúvidas, fazer comunicação rápida e repassar informações oficiais;
- Distribuição de material informativo oficial para profissionais repassarem para população e combater as fake news;
- Realização de campanhas de valorização dos(as) profissionais da saúde para sensibilizar a população sobre sua importância e demonstrar o suporte que possuem por parte dos governos;

- Viabilizar e incentivar a articulação intersetorial pelos profissionais da linha de frente, por meio de fluxos de encaminhamentos definidos e repasse de informações sobre os serviços de emergência;
 - Manutenção e ampliação de políticas de suporte emocional e psicológico para os(as) profissionais da ponta – por exemplo disponibilizando os psicólogos da saúde para fazerem acompanhamento destes(as) profissionais;
 - Realização de atividades de prevenção ou punição de práticas de assédio moral, como canais de denúncia, campanhas de conscientização, valorização dos profissionais da ponta etc;
 - Realizações de ações que considerem a realidade das mulheres profissionais de saúde como: disponibilização de alternativas de cuidado para os(as) seus(suas) filhos(as); pensar em turnos e escalas que atendam essa necessidade e etc.
- (LOTTA, 2020, p. 23-24)

As conclusões do estudo citado também encontram correspondência em algumas das evidências coletadas por este estudo, com destaque para as questões da falta de EPIs, dificuldades de comunicação e falta de informações e orientações. Assim, pode-se concluir que há necessidade de uma melhoria contínua no sistema, em maior urgência durante a pandemia.

5.3.2 Questões Específicas

A segunda categoria congrega as questões específicas do enfrentamento à Covid-19, sendo que tais questões tratam de quatro pontos que, observou-se, têm afetado sobremaneira o desenvolvimento dos trabalhos das secretarias municipais de saúde, que são: o financiamento extraordinário em condições de emergências em saúde pública; a estrutura decisória e a uniformidade de ações; e, por último, as interferências políticas negativas em detrimento de ações pautadas nas recomendações dos organismos internacionais, comunidade médica e na ciência de modo geral.

a) Financiamento extraordinário

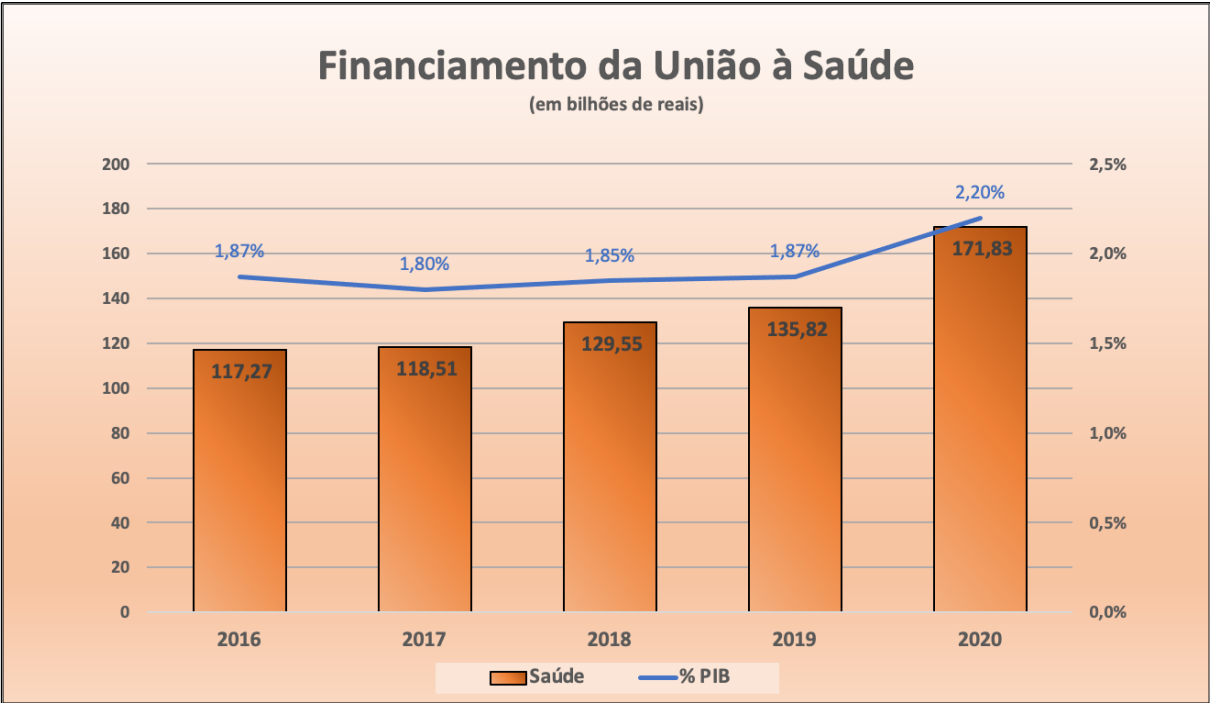
A pandemia trouxe a necessidade de aumento dos gastos públicos e como visto anteriormente, em 2020 o Brasil teve um gasto extraordinário, por conta da pandemia, de R\$ 620,5 bilhões, sendo que R\$ 322 bilhões foram alocados para pagamento do auxílio emergencial (BRASIL, 2021, p. 6).

Nos valores das despesas e transferências totais do Ministério da Saúde, publicados no site da Secretaria do Tesouro Nacional, observa-se que houve um aumento de 36,01 bilhões de reais nos gastos de 2020 em relação aos gastos de 2019, o que representa um aumento de 26,51%, ou seja, o valor alocado exclusivamente no SUS e somente pela União, tirando os

dispêndios relativos às questões econômicas, principalmente, conforme está demonstrado no Gráfico 3.

Aos se refletir sobre tais dados, conclui-se que o financiamento à saúde, diante da pandemia, não teve um acréscimo tão elevado, talvez devendo ser bem maior, principalmente diante da situação atual de infectados e mortos. Na Austrália, por exemplo, o orçamento federal 2.020-2.021 tem a previsão de A\$ 16 bilhões para a resposta à pandemia (AUSTRÁLIA, 2021), o que equivale a mais de R\$ 70 bilhões, o dobro do valor gasto a mais pelo Ministério da Saúde em 2.020.

Gráfico 3 - Despesas e transferências do Ministério da Saúde



Fonte: STN, 2021.

A diferença fica ainda mais significativa ao se analisar esse valor em termos de investimento *per capita*, o que equivaleria a A\$ 622,88 ou R\$ 2.728, comparado com os R\$ 170 para o caso brasileiro, quase 16 vezes menor.

b) Estrutura decisória e uniformidade de ações

O SUS, em função do modelo de federalismo cooperativo brasileiro e pelas diretrizes do movimento sanitário, foi concebido com uma estrutura decisória multicamada, como visto na Figura 4. Muitas instâncias de negociação, com representantes de municípios, estados e da

União, agregando-se a isso a participação da sociedade civil, num total de 10 instâncias, se computado as de nível regional, a CIR e o CRESEMS.

Toda essa estrutura produz uma grande participação dos municípios nas decisões, que é de extrema relevância, já que são estes que, de fato, executam a grande maioria das ações de saúde pública, conforme visto no Quadro 1, e, também, propicia uma maior uniformidade das ações, ainda respeitando as peculiaridades e diferenças regionais e locais.

Mas, isto tem um preço: quando esta “máquina” deliberativa está em funcionamento, consome muito “combustível”, que se pode traduzir em tempo e esforço de articulação. São muitas reuniões deliberativas em um caminho lento que percorre as diversas instâncias, desde a proposta até a efetivação da medida.

Essa foi a narrativa encontrada nas respostas dos questionários e nas perspectivas apresentadas pelos entrevistados, a velocidade com que a decisão tem que ser tomada, sendo uma questão nova, ainda não deliberada, inviabiliza a articulação pelas vias tradicionais e vice-versa, a articulação tradicional inviabiliza a celeridade das decisões.

O grande desafio é conseguir celeridade dentro de uma estrutura que privilegia o arranjo federativo, a participação da sociedade civil e o debate, o mais amplo possível, para as questões que se apresentam dentro do SUS, tendo em vista que, como se viu nos capítulos anteriores, a pandemia trouxe a necessidade de respostas rápidas, soluções inovadoras e a uniformidade de ação, esta, pelo menos dentro de uma macrorregião.

c) Interferências políticas sobrepondo decisões técnicas

Como já abordado, a politização da resposta à pandemia se tornou um flagelo que se somou a outro. As consequências disso estão nas manchetes de jornais desde o início da pandemia, vimos um embate de “ideias” acerca de tratamento médico, medidas de isolamento, medidas de prevenção, o negacionismo virou uma bandeira política e as preferências políticas abraçaram qualquer coisa que fosse apresentada por um lado ou outro, sem crítica, sem análise, sem fundamento.

Se fosse apenas uma opção individual, estaria fácil de resolver, afinal, acreditar que a Terra é plana, a princípio, não cria consequências para além do próprio indivíduo que nisto crê. Porém, quando se observa de perto, vimos que este embate levou as pessoas a se exporem ao risco e, com isso, levarem o risco para as outras pessoas.

Esta condição, por si só, já traria consequências para o sistema de saúde, criando um fluxo maior de pessoas contaminadas com necessidade de atendimento e internação. Mas, para além disso, afetou os profissionais que trabalham na área da saúde.

Segundo reportagem do jornal O Globo na internet:

O Brasil se aproxima de mais uma triste marca na pandemia: chega a quase mil profissionais de saúde mortos pela Covid-19. Em pouco mais de 10 meses, pelo menos 990 médicos, enfermeiros e técnicos, de acordo com dados oficiais, morreram vítimas da doença. A média é de três por dia desde o primeiro registro de óbito, ocorrido em 12 de março, segundo o Ministério da Saúde.
(GLOBO, 2021)

E vai além, conforme os entrevistados relataram, a falta de coordenação pelo governo federal, troca de ministros da saúde, dificuldades de articulação entre os entes federados, foram consequências de uma interferência política na condução dos trabalhos de enfrentamento à Covid-19. Mesmo quando políticos atuaram em consonância com as recomendações, neste caso em específico os governadores, a ânsia de protagonismo por conta de interesses pessoais, eleitorais ou quaisquer outros, levou ao distanciamento entre municípios e União.

Como visto, o distanciamento entre planejamento e execução e a falta de diretrizes uniformes e claras foram percebida pelos municípios, que sofreram as consequências de diversas formas, cada um conforme a sua necessidade.

Já nos primeiros meses da pandemia, Abrucio *et al*, fazem a premonição do que se constata neste trabalho. Analisam os autores, as consequências do posicionamento do governo federal, sob o comando do presidente Bolsonaro, na condução das políticas públicas dentro do federalismo brasileiro.

Após a colocação sobre a construção do modelo brasileiro de federalismo cooperativo construído ao longo dos governos pós redemocratização, os autores discorrem sobre a concepção de federação adotada nos Estados Unidos da América, pelo Partido Republicano, chamado *devolution powers*, onde se busca a ideia central de que a responsabilidade pelas políticas públicas sejam repassadas aos governos regionais ou locais e preconizam que:

No Brasil, o enfrentamento à COVID-19 evidencia o confronto dessas duas concepções de federalismo. Opõem-se o modelo cooperativo, construído a partir da CF/88, e o projeto bolsonarista, similar ao dualismo trumpista, baseado no slogan “Mais Brasil, Menos Brasília”, isto é, menos ação da União em políticas públicas.
(ABRUCIO et al, 2020, p. 667)

Defendem os autores que há três pontos de suporte no “federalismo bolsonarista”, o primeiro deles, citado anteriormente, é a redução do Estado, ideia central de atuação da equipe

econômica de Bolsonaro. Este esvaziamento da coordenação federal nas políticas públicas e a transferência das responsabilidades aos estados e municípios, leva a um aumento das desigualdades:

O primeiro suporte diz respeito à divisão rígida de funções entre níveis de governo. Responsabilidades deveriam ser repassadas a estados e municípios concomitantemente à diminuição drástica de participação da União no financiamento e apoio à redução das desigualdades territoriais. O pressuposto é de que estados e municípios são mais eficientes nas decisões de alocação de recursos, assim a União deveria intervir minimamente. O resultado seria aumentar a desigualdade entre governos subnacionais na provisão de serviços.
(ABRUCIO et al, 2020, p. 669)

O segundo ponto de apoio diz respeito ao movimento de concentração de poder decisório no governo central, em questões tipicamente federalistas, como defendem os autores:

Há pouquíssimo espaço para diálogo, negociação ou participação subnacional em programas federais. Os exemplos são vários, mas o pior ocorre em relação à região amazônica: o conselho criado para cuidar desta questão excluiu governadores da região da estrutura de governança.
(ABRUCIO et al, 2020, p. 669)

O terceiro e último pilar, relatam os autores, é a ideia da política como uma guerra permanente, explicada assim:

Mobiliza a lógica de guerra para atizar seu eleitorado e marcar posição antissistema. Os maiores inimigos são as instituições e suas lideranças, pois sua visão do presidencialismo repudia a negociação institucional e os *checks and balances* do Estado brasileiro, entre os quais está o federalismo.
(ABRUCIO et al, 2020, p. 669)

Todos estes elementos aparecem ao longo das pesquisas empreendidas neste trabalho, corroboradas com as respostas de questionários e narrativas dos entrevistados, seja pela expressa afirmação, seja pela falta de indicação de ação produzida pelo governo federal, em uma consonância com a ideia de que a interferência política aconteceu de forma negativa, sobrepondo-se às decisões técnicas e científicas.

Vê-se os mesmos problemas não apenas na área da saúde, mas na educação e na assistência social também, duas áreas muito importantes e que sofreram grande impacto durante a pandemia, em função das medidas restritivas implantadas. Na área da assistência social o protagonismo do Congresso Nacional foi de suma importância como descrito por Abrucio *et al*:

Similarly to health care, the Federal Government has a prominent role in approving guidelines and redistributing resources to subnational provision of social services, as well as managing well-known cash transfer program, called Bolsa Família. Despite Union's centrality, the emergency relief (Auxílio Emergencial) was only approved in April 2020 as a result of National Congress' initiative. At the same token, subnational governments had to adapt social services locally, distributed food products, and created subnational cash transfer programs, but these responses varied greatly (Fonseca, Arantes and Bastos, 2021) according to available local resources. (ABRUCIO et al, 2021, p. 93)

Da mesma forma, na educação se viu um “apagão” no papel do governo federal, onde a necessidade de distribuição nacional de bens e recursos se mostrava fundamental diante da necessidade da disponibilização de aulas e outros recursos educacionais de forma remota através da internet, como também ressaltam Abrucio *et al*:

In the case of educational policy, most municipal governments did not have the budget to guarantee access to remote education for the majority of poor students in the country, nor did they have the resources to buy the hygiene kit necessary for safe return to school. Nevertheless, the Federal Government refused to help subnational governments and went on to blame mayors and governors for shutting down schools. (ABRUCIO et al, 2021, p. 93)

O resultado teórico disso tudo também ficou estampado no artigo citado anteriormente, onde pontuam a enorme necessidade de coordenação de esforços no combate à pandemia, porém com atuação inversa do governo federal, ou seja, a “descoordenação da política de Saúde”, que por fim concluem:

O confronto e a descoordenação intergovernamentais, provocados pela falta de liderança da União, geraram desperdício de recursos, sobreposição de ações, redução dos ganhos de escala oriundos da coordenação federativa e prejuízos à garantia dos direitos sociais construída ao longo dos anos. O fato é que esse desarranjo federativo foi uma das principais causas para os péssimos resultados alcançados em relação ao número de doentes e de mortos. São dados que colocam o país numa posição desconfortável no cenário internacional. (ABRUCIO et al, 2020, p. 672-673)

Já o resultado prático se está vendo agora, com os números absurdos de infectados e óbitos, hospitais lotados e a economia tropeçando. Triste confirmação da previsão feita, interferência política que causou descoordenação, descoordenação que causou deficiência no enfrentamento à Covid-19.

No mesmo sentido concluem Abrucio *et al*, já em 2021, ao destacarem a importância da articulação federal e observarem a performance no combate à pandemia do federalismo brasileiro:

The final account shows that the Federal Government is crucial in reducing territorial inequalities and that national leadership is essential to tackle a Complex Intergovernmental Problem. The absence of the Federal Government in this game, thanks to both the presidential leadership's gamble on negationism and the opportunism of shifting the responsibility and the blame to states and municipalities, has resulted in a massive tragedy in Brazil. (ABRUCIO et al, 2021, p. 100)

Para encerrar, constatações não faltam, observe-se a questão da vacinação, que muitos entendem como sendo a “única arma” contra a pandemia, que, com o devido respeito, pode-se discordar, vendo que existem exemplos como a Austrália, Nova Zelândia dentre outros que já se percorreu aqui. Porém, olhando para a realidade brasileira, pode-se aceitar como sendo verdadeira a frase: é a única arma!

Depois de muitas discussões, embates, críticas, frases estapafúrdias do presidente e uma grande quantidade de óbitos (que persistentemente aumentam, pois ao final do dia 3 de março de 2021, notícias mostram um novo recorde de mortos em 24 horas, totalizando 1.910 e atingindo um total de 259.271 óbitos por Covid-19), cite-se aqui apenas uma notícia, veiculada pela CNN Brasil, nas palavras do jornalista William Waack, analisando a “articulação do Congresso com governos municipais e estaduais para a compra de vacinas contra a Covid-19”, que resume o quadro brasileiro:

“Há um importante dado político no que está acontecendo (na saúde): a gente percebe que a vacina é a solução, pelo menos a solução imediata, para minorar a situação”, disse.

“Como vamos conseguir [mais] vacinas? Governos estaduais, prefeituras e o Parlamento estão se entendendo – isso é um dado político muito relevante”, continuou, destacando a articulação desses poderes.

“Isso é resultado do vácuo político deixado pelo governo central, que é quem, no fundo, deveria ter esse papel de coordenação.”

(CNN, 2021)

Assim, de forma inegável, a atuação política em desfavor da articulação federativa e, absurdamente, contrária à ciência, é uma das questões que mais tem afetado o enfrentamento à Covid-19, como também concluem Abrucio *et al*:

Finally, the fifth lesson is related to the absence of effective national leadership that led to thousands of deaths that could have been prevented. Bolsonaro politicized the fight against the pandemic, combining anti-scientific discourse with a confrontation with governors and mayors. (ABRUCIO et al, 2021, p. 107)

6 PENSANDO SOLUÇÕES NA RESPOSTA À CRISE

A gestão de problemas complexos e catástrofes não é matéria nova, na década de 1970, após uma série de incêndios de enormes proporções no estado da Califórnia, nos Estados Unidos da América, buscando compreender as causas de tamanho desastre, descobriram um fato curioso, que as falhas nas respostas a incidentes eram, predominantemente, resultados de uma gestão inadequada, sendo que, frequentemente, eram devido a: problemas na distribuição de responsabilidades e na cadeia de comando, problemas de comunicação, falta de planejamento, falta de uma estrutura de gerenciamento pré-definida e problemas na integração dos órgãos.

Neste contexto foi criado um modelo de resposta a catástrofes naturais, conforme descreve Moynihan:

The ICS [Incident Command System] began as a calculated effort to respond to a specific coordination problem. Following a series of California wildfires in 1970, local, state, and federal agencies came together to discover how to better integrate their efforts by developing a common language, management concepts, and communications. Centralization of authority normally occurs within organizations and on a relatively stable basis. The critical innovation of the ICS was to temporarily centralize response authority to direct multiple organizations. The incident commander is responsible for directing and coordinating the tactical efforts of the organizations involved during the response.

In the years that followed its creation, the ICS was perceived by practitioners as successful in reducing coordination problems and improving fire response effectiveness (Bigley and Roberts 2001; Buck, Trainor, and Aguirre 2006; Cole 2000; Moynihan 2008). As its reputation grew, crisis responders outside California began to use the ICS not only to fight forest fires but also for other tasks, such as hazardous material cleanups, earthquakes, and floods. This second stage of the evolution of the ICS saw it applied outside its original environment, creating the danger of a suboptimal matching between governance structure and task. However, it is important to note that crisis responders were voluntarily adopting the ICS, at least in part because they perceived it as a tool to solve the problem of interorganizational coordination common to most crises.

The aftermath of 9/11 led to the third phase of the evolution of the ICS, when it became required of all federal crisis responders and all state and local responders receiving federal funding. In 2004, the DHS [Department of Homeland Security] released two closely related policy statements intended to shape the response to a wide range of domestic emergencies. The National Incident Management System and the National Response Plan represented an effort to nationalize crisis management policy in unprecedented ways, with the ICS as a central feature (US DHS 2004; FEMA 2007).

(MOYNIHAN, 2009, p. 897)

O modelo ICS se tornou uma metodologia mais abrangente e passou a ser utilizado no mundo todo, inclusive no Brasil, em que foi utilizado pelo Departamento de Minimização de Desastres, da Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil do antigo Ministério da Integração Nacional, nos protocolos de gestão de desastres, como citado em seu material de treinamento:

Assim, nas ocorrências com grande número de afetados, é recomendável o uso de ferramentas para gerenciamento de desastres, tal como o Sistema de Comando Operacional (SCO) ou também denominada de Sistema de Comando de Incidentes (SCI) ou outras ferramentas similares referentes a comando único ou integrado, instalando-a imediatamente. Tanto o SCI quanto o SCO são baseadas no Incident Command System (ICS), criado na década de 70 nos Estados Unidos da América. Pode ser conceituado como uma ferramenta gerencial (modelo), de concepção sistêmica e contingencial, que padroniza as ações de resposta em situações críticas de qualquer natureza ou tamanho. Permite que seus usuários adotem uma estrutura organizacional integrada para enfrentar as demandas e as complexidades de uma situação crítica, sem prejuízo de suas competências e limites jurisdicionais [...]. (BRASIL, 2017, p. 52-53)

O Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde publicou, em 2014, o “Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública”. Consta na publicação, que foram consultados os seguintes materiais para a sua elaboração: “Material de Referência do Curso Sistema de Comando de Incidentes. Programa USAID/OFDA de Capacitação”, “Capacitação em Defesa Civil – Sistema de Comando de Operações. Apostila do Curso de Educação a Distância da Universidade Federal de Santa Catarina” e “Curso de Gestão de Preparação e Respostas às Emergências em Saúde Pública – Universidade Internacional da Flórida – Fevereiro/2013”.

Na apresentação da publicação do Ministério da Saúde, está insculpido o seguinte:

O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, desempenha um papel essencial de suporte aos estados e aos municípios na resposta às emergências em saúde pública. Sendo assim, com o objetivo de maximizar a eficiência e a eficácia de sua preparação e da capacidade de resposta da Secretaria de Vigilância em Saúde para fazer frente às emergências em saúde pública, foi elaborado o presente Plano para coordenar os recursos federais em apoio aos estados e aos municípios. A implementação desse Plano permitirá a atuação da Secretaria de Vigilância em Saúde em situações de epidemias e desastres que demandem emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública, em tempo oportuno, de forma qualificada e cooperativa. (BRASIL, 2014, p.5)

O “Plano de Resposta” prevê a utilização do Sistema de Comando de Operações – SCO, como forma de coordenação, e a ativação de um Centro de Operações de Emergência em Saúde – COES, explicando que:

A estrutura principal do Coes em um SCO é constituída pelo Comando, Staff do Comando e Staff Principal. Essa composição de coordenação permitirá:

- Estrutura de comando clara, definida e adaptável às situações.
- Estabelecimento de prioridades e objetivos comuns.
- Uso de terminologia comum entre os órgãos envolvidos.
- A integração e padronização das comunicações.
- Planos e ordens consolidados.

A atuação coordenada é, portanto, essencial para que ocorra a interação com as diversas organizações governamentais e não governamentais envolvidas na resposta a uma emergência em saúde pública, articulando e organizando o esforço para a minimização de seus efeitos, fortalecendo, assim, a capacidade do SUS para atuação no enfrentamento às emergências em saúde pública.
(BRASIL, 2014, p.8)

Aparentemente, seguindo tal “Plano de Resposta”, foi instalado o COE-COVID-19, em 22 de janeiro de 2.020, e logo após, em fevereiro de 2.020, foi apresentado o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), com as diretrizes para o caso da ocorrência do surto, o que se concretizou no mês de março de 2.020.

O “Plano de Contingência Nacional” já está na 3ª edição, disponibilizada agora em 2.021, mas em julho de 2.020, uma publicação na página da internet do Conselho Nacional de Saúde, confirma o que se percebeu desde o começo, que o “Plano de Resposta” não estava sendo seguido de fato.

Como se observa na notícia publicada: “Após as mudanças na titularidade do Ministério [da Saúde], as ações do COE estão restritas à coordenação logística na distribuição de insumos pelo país”. Nesta notícia, vê-se que um grupo de entidades da área da saúde, que fazem parte da organização social “Frente pela Vida”, lançou o Plano Nacional de Enfrentamento à pandemia de Covid-19, em 3 de julho de 2.020, que, também, está em sua 3ª edição. Explica a entidade, que foi “motivada pela necessidade imediata de mudanças na resposta à pandemia do novo coronavírus e diante da inoperância por parte do Governo Federal”.

Neste “Plano Nacional”, entregue em 24 de julho de 2.020 ao Ministério da Saúde, estão elencadas 70 recomendações, distribuídas por destinatário, autoridades políticas, autoridades sanitárias, gestores do SUS e sociedade em geral.

Com estes exemplos, pode-se perceber que as autoridades possuem todas as informações necessárias para orientar a implementação da melhor resposta possível à pandemia, porém, como visto, a atuação governamental deixou muitas lacunas.

Analisando todas as questões levantadas no Capítulo 5, traçar uma linha racional e lógica para estabelecer soluções efetivas, parece uma tarefa, se não impossível, pelo menos hercúlea. Afinal, as possíveis soluções já são de conhecimento geral, estão debatidas e consolidadas há muito tempo, tanto quanto formalizadas em diversos documentos acessíveis a todos, faltando apenas materializá-las, como se descreveu nos parágrafos anteriores.

Porém, em um exercício de refinamento de hipóteses, pode-se partir de uma visão geral e, estrategicamente, ir estreitando para se encontrar possibilidades de ações com potencial resolutivo.

Assim, em agosto de 2020, durante a conferência “Making Decentralization Work - Tools for Health Policy Decision Makers and Managers”, Marchildon, em sua apresentação “Decentralization and Health Care in Canada”, propõe a reflexão diante de três questões, acerca da resposta à Covid-19 em um sistema de saúde descentralizado, traduzindo livremente, estas são as questões:

1. Diante de uma pandemia, com base na experiência do Canadá, quais são as desvantagens de um sistema de saúde altamente descentralizado?
 2. Usando o Canadá como um estudo de caso, quais são as vantagens de uma resposta à pandemia mais descentralizada, da perspectiva de saúde pública e da perspectiva de um sistema de saúde?
 2. Como você acredita que as instituições ou mecanismos poderiam garantir uma maior resposta nacional à pandemia de Covid-19 e ainda assim preservar a capacidade dos governos subnacionais de responder, de forma que melhor refletisse os requisitos e necessidades regionais?
- (MARCHILDON, 2020, p. 26)

Bem, talvez as respostas não sejam tão simples, talvez as respostas nem sejam possíveis de se implementar, pois, como se pôde observar nos diversos aspectos abordados neste trabalho, o federalismo por si só não garante uma melhor resposta à pandemia, mesmo assim, não se pode dizer que é irrelevante.

Parece claro que, dentro de um federalismo efetivamente cooperativo, com seus necessários embates e negociações, que ocorrem nas arenas apropriadas, existem muitos ganhos, pois o respeito às diferenças e peculiaridades de cada localidade e de sua população, produz políticas públicas mais eficientes e eficazes.

Em um sistema altamente descentralizado, a necessidade de coordenação é muito maior, bem como a eficiente ponderação entre o respeito às diferenças e a uniformização das ações. Arrisca-se dizer que para todas as questões que Marchildon levantou, o Brasil tem a resposta: o SUS.

Em sua concepção, o SUS, como já visto, propõe uma teia bastante intrincada entre coordenação, deliberação e execução, que consegue, teoricamente, responder ao desafio de superar as desvantagens de um sistema altamente descentralizado, aproveitar ao máximo as vantagens que advêm desta mesma característica, garantindo assim, uma “maior resposta nacional”, preservando “a capacidade dos governos subnacionais de responder, de forma que melhor refletisse os requisitos e necessidades regionais”.

Por fim, com todas as considerações tecidas ao longo dos parágrafos introdutórios deste capítulo, fica a pergunta que não quer calar, por que, então, o Brasil encontrou tantas dificuldades para estabelecer uma resposta efetiva contra a pandemia?

6.1 Coordenação federativa

Com tantos indicadores, pode-se afirmar, com convicção, que a coordenação federativa não funcionou, com isso, foi afetado sobremaneira o papel de cada ente dentro do SUS. Se não há coordenação federal, o sistema fica “às cegas”, como se percebeu. Outros atores assumem o papel de coordenar as ações, neste caso foram os chefes dos executivos estaduais, que obviamente não estão tão preparados quanto os técnicos do Ministério da Saúde, que, estes sim, possuem a experiência de muitos anos neste campo.

Ainda que timidamente, sem um respaldo dos maiores atores políticos, o presidente da república e o ministro da saúde, percebe-se que o Ministério da Saúde fez muitas coisas, coisas importantes, como o repasse de verbas de forma célere, mesmo que depois tenha sofrido uma retração nos repasses.

O fortalecimento da estrutura técnico-científica do SUS, no âmbito do governo federal, se mostra como uma possível solução para que a atuação da coordenação federal seja menos afetada pelas tentativas de interferência política.

Mas não seria suficiente, pois questões de financiamento às ações são muito mais complexas, visto que as dotações orçamentárias convencionais não dão conta de suprir a necessidade de uma situação de emergência nacional.

Mecanismos de “gatilhos” orçamentários poderiam ser uma solução neste campo, porém é uma construção bastante complexa, que exige muito estudo e uma estruturação legal de nível de legislação complementar ou, até, constitucional. Sem contar que a recomposição das dotações orçamentárias, remanejamento e alocação, precisam de uma análise dinâmica, baseada na situação econômica e orçamentária do momento.

Outra possibilidade é a construção legal, aos moldes do que foi feito na Austrália, de uma instância temporária, porém de instalação obrigatória, de articulação federativa, que tenha a possibilidade de afastar os interesses pessoais dos mandatários do executivo, com poderes e decisões vinculantes, o “*National Cabinet*” brasileiro.

Considera-se, que a experiência australiana gerou melhores resultados que as demais respostas dos outros países federativos, considerando as estatísticas da pandemia em países como Estados Unidos, Brasil, Canadá, Alemanha, Rússia e Índia.

O proposto “Gabinete de Crise Nacional”, também não é uma solução mágica, e muito menos nova, dentro do contexto brasileiro da pandemia, tendo sido explorado como proposta,

em artigo de Lotta *et al*, publicado em 22 de maio de 2020, no site jornalístico “Congresso em Foco”, que pontuou:

Uma das soluções voltadas à coordenação que têm sido utilizadas nacional e internacionalmente é a constituição dos chamados gabinetes ou comitês de crise. Esses gabinetes são estruturas temporárias criadas para enfrentar crises de forma emergencial e integradas. Eles se constituem em espaços de tomada rápida de decisão do qual participam diferentes atores responsáveis pela formulação e implementação das soluções. Podem envolver atores de várias secretarias, mas também podem envolver poder executivo, legislativo e judiciário; podem envolver atores de fora dos governos (sociedade civil, empresários) ou de outros entes federativos (estados, governo federal).
(LOTTA, 2020)

Neste artigo é citado um outro documento, a Nota Técnica nº 32 – Estratégias de Coordenação Governamental na Crise da Covid-19, publicada em abril de 2020, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, ligado ao Ministério da Economia, e escrita por Schmidt *et al* (IPEA, 2020). Como os autores explicaram, o comitê ou gabinete de crise, por si só, não resolve nada, até porque, como se vê, ele já existe:

Na esteira dessas diretrizes, a primeira e mais usual medida tomada pelos governos diante de situações de crise é o estabelecimento de comitês responsáveis por lidar com a crise e suas repercussões, os chamados comitês de crise, gabinetes de crise, comitês emergenciais, entre outras denominações. No Brasil, esta instância é materializada pelo Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, estabelecido pelo Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020, sob a coordenação da Subchefia de Articulação e Monitoramento da Casa Civil da Presidência da República, que conta com a participação de representantes de 27 órgãos, como ministérios, empresas públicas e agências reguladoras. **Evidentemente, a simples criação formal de uma instância de coordenação em situações de crise não é suficiente para garantir a adequação ou sucesso de medidas necessárias** ao enfrentamento dos impactos observados nos momentos que antecedem a situação de emergência, em seu auge e decorrer, e mesmo no período pós-crise, em função das eventuais consequências derivadas do cenário de crise. (grifo nosso)
(IPEA, 2020)

Talvez tenha passado despercebido, mas o que foi dito parágrafos atrás, pode ser a inovação que traga uma solução para o “apagão” de coordenação de crises no Brasil, portanto vale a pena repetir: a construção de um dispositivo legal que possibilite a instalação de uma instância temporária, órgão, gabinete ou comitê, porém de instalação obrigatória para situações que, objetivamente, atendam determinados requisitos ou de instauração pelo Congresso Nacional, com a possibilidade de provocação de forma ampla, que vincule a agenda do Congresso Nacional. Esta instância deve ser uma articulação federativa, com especificidades bem trabalhadas, de forma que tenha a capacidade de afastar os interesses pessoais dos

mandatários dos executivos, com uma composição abrangente e possuindo poderes e decisões vinculantes dentro de sua área de atuação.

Um outro aspecto que não é possível ser abordado com a devida profundidade, por ser tema de grande extensão e, apesar da relação, está fora do escopo deste estudo, é a questão da reforma tributária. Porém, não se pode deixar de mencionar, pois uma constante na questão da resposta à pandemia, é a desigualdade, que tem vários aspectos. Citando apenas dois, a maior disseminação da doença em comunidades carentes e as diferenças de orçamento da área da saúde de municípios e estados.

A distribuição de receitas é uma questão intrinsecamente federativa, sendo que uma reforma tributária efetiva, olhando apenas por este aspecto, tem a capacidade de atuar, não só na diminuição das desigualdades de um modo geral, mas em específico na melhoria das ações da área da saúde, com uma melhor distribuição de recursos.

Por fim, uma última observação acerca das relações interinstitucionais e da coordenação federativa, diz respeito aos comitês de contingência.

Observou-se que tais estruturas, presentes em cada ente, eram estanques em sua própria esfera de governo, não tinham verticalidade, ou quando tinham, eram muito tímidas, o que aparentemente criou certas dificuldades para a tomada de decisões, com recursos, discussões e politizações negativas.

Além da solução proposta, do “Gabinete de Crise Nacional”, uma medida que pode ser implantada de imediato e permitiria uma maior eficiência na resposta à pandemia, seria o estabelecimento desta verticalidade nos comitês de contingência, que poderia propiciar uma maior velocidade, uniformidade e menor desgaste político, na implementação das medidas, tanto quanto economia de recursos, com a diminuição ou ausência de judicializações.

6.2 Autonomia, financiamento e conformidade

Os entes federados possuem autonomia nas decisões, dentro de suas esferas de governo, mas estão balizados por parâmetros estabelecidos dentro do sistema de pactuações do SUS.

Porém, o funcionamento deste sistema depende da existência de protocolos a serem seguidos, o que, salvo exceções, não há como disponibilizar previamente em situações de emergências pandêmicas, como a que se vive atualmente. Nestes casos, os protocolos são criados e disponibilizados em tempo real, daí a necessidade de uma coordenação federal.

Mesmo assim, é necessário que os entes subnacionais tenham condições de exercer a sua autonomia, porque, como visto, existem peculiaridades e especificidades em cada

município e as condições para as ações serem desenvolvidas dentro deste contexto, devem ser garantidas pelo sistema.

Apesar do atraso com que os municípios tiveram que lidar, de uma forma ou outra, os centros de contingência foram sendo instituídos, os planos de contingência foram sendo feitos e ajustados, as ações foram sendo planejadas e executadas.

Por outro lado, a comunicação mais rápida e efetiva pode ser essencial dentro deste contexto de necessidade de tomada de decisão. Assim, a criação de protocolos decisórios extraordinários, poderiam ajudar muito.

Tais protocolos podem conter linhas de comunicação que sejam canais extraordinários de comunicação vertical e horizontal, entre União, estados e municípios, que tenham, dentre outras, características específicas como:

- a) Congregar de forma sistemática as informações repassadas, de forma que estejam disponíveis para todos da rede;
- b) Acolher todos os gestores de todos os níveis, garantindo que uma questão tratada por um, estejam disponíveis para todos;
- c) Permitir o desmembramento de assuntos em sub-redes, conforme a expansão dos assuntos tratados.

A preocupação com a comunicação é uma constante na gestão de crises, por isso mesmo faz parte de todos os instrumentos citados neste trabalho, o ICS, plano de resposta e planos de contingência. Também, acredita-se, seja um ponto bastante frágil na estrutura toda de gestão, que como vimos, causou muitos problemas.

Em muitos casos, a necessidade de recursos extraordinários para o financiamento às ações, se torna um entrave a qualquer execução, sendo uma das questões já citadas e que merece um detalhamento, principalmente, sabendo-se que, no município, é onde a grande maioria das ações devem ser executadas. Por isso a importância e necessidade de um estudo que trabalhe uma resposta mais dinâmica e célere para o financiamento emergencial.

Tanto é assim, que a falta de mecanismos de financiamento de emergência acabou criando uma dependência muito grande para os municípios e a consequente supremacia da união e, parcialmente, dos estados, com o poder de distribuição dos recursos durante a pandemia, de acordo com as informações coletadas.

Os mesmos “gatilhos” citados anteriormente, podem conter tanto uma solução vertical, quanto horizontal, fazendo a intervenção na alocação de recursos dentro da arrecadação de cada ente, quanto na descentralização, com o repasse automático da União para os estados e municípios, e dos estados para os municípios.

Obviamente, e isso já foi dito, é uma questão complexa, que tem muitas peculiaridades e que precisa ser elaborada através de muito estudo, porém, não se pode deixar de atuar neste sentido.

Uma grande preocupação, que caminha pari-passo com a distribuição de recursos, é com a conformidade, como lembra Arretche, tratando da regulação, responsabilidade e autonomia:

Em suma, a autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implementem decisões de acordo com suas próprias preferências, as quais não são necessariamente compatíveis com o interesse público e o bem-estar da população. São as regras institucionais de uma política pública – isto é, regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, arenas institucionalizadas de representação de interesses, etc. – que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais.
(ARRETCHÉ, 2003, p. 335)

Assim, observando o contexto da arquitetura institucional do SUS, conclui a autora, que:

A despeito dos limites de nossas análises e avaliações, as evidências sugerem que os instrumentos da estrutura institucional ainda não são plenamente explorados pelos atores diretamente interessados em suas ações. Penso contudo que se trata mais de aprofundar e amadurecer o uso dos instrumentos existentes e menos de redesenhar esta estrutura. (ARRETCHÉ, 2003, p. 343)

Estas observações valem tanto para a questão da melhoria da qualidade, quanto para o controle a ser exercido no uso do dinheiro público em si. Para corroborar com a posição da autora, basta dar uma olhada em uma ata de reunião de um Conselho Municipal de Saúde para ver como funciona, de fato, esse sistema de controle pela sociedade.

Com a leitura de várias atas, pode-se perceber que, no caso observado, houve uma participação muito ativa na alocação dos recursos, tanto quanto no questionamento da aplicação das verbas. O conselho ajudou a decidir onde era necessário atuar, mostrou falhas nas unidades e discutiu soluções.

Portanto, pode-se concluir que os sistemas convencionais do próprio SUS já dariam conta de atuar na garantia da conformidade, no caso de recursos extraordinários recebidos de forma automática, no entanto, na situação de pandemia, outros atores também entraram em cena para ajudar nesta tarefa, como os centros de contingência, com a participação de outros atores, principalmente do Ministério Público.

7 Considerações Finais

Com a menor média móvel do ano de 2.021 e a menor desde maio do ano passado, entramos o mês de setembro de 2.021 com o número de óbitos diminuindo consistentemente, apesar das questões observadas quanto à vacinação, conforme descrevem Abrucio *et al*:

The most important episode of this fourth phase was called the “vaccine war”. The Bolsonaro did not have an active national policy, that include negotiation of the purchase of vaccines and, on the contrary, postponed the negotiation with Pfizer (for six months) and prohibited, in October 2020, the purchase of a vaccine that was being produced by the government of the state of São Paulo, through the Butantan Institute in partnership with the Chinese company Sinovac. The last three months of 2020 were a conflict over whether or not to buy this vaccine. (ABRUCIO et al, 2021, p. 104-105)

Apesar disso, pode-se atribuir à campanha de vacinação a responsabilidade por tal diminuição de óbitos, onde destaca-se o protagonismo dos municípios na implementação do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19, com primeira edição publicada em 16 de dezembro de 2.020 (atualmente na 10ª edição).

Não poderia deixar de ser diferente, pois o desenho estrutural do SUS, política pública que melhor contempla o desenho do federalismo cooperativo brasileiro, aposta todas as fichas na gestão compartilhada para que se possa diminuir as enormes desigualdades regionais.

Neste sentido foi que os municípios, como protagonistas, atuaram durante a pandemia para tentar superar as dificuldades nas relações intergovernamentais, existentes por si só, mas seriamente agravadas pela política adotada pelo governo federal, que em grande parte foi por responsabilidade direta do presidente da república.

A atuação dos municípios contemplou um rol de ações, como se observa no quadro a seguir:

Quadro 2 – Ações e Medidas Paliativas dos Municípios

Dificuldades Encontradas	Ações e Medidas Paliativas
Morosidade inicial no fluxo de informações	Na falta de informações pelos canais oficiais, os municípios buscaram ativamente em outras fontes o necessário para as ações de reestruturação da rede de atendimento e elaboração dos planos de contingência
Acompanhamento precário ou falho	Os municípios, através dos centros de contingência e secretarias de saúde, faziam o acompanhamento e avaliação permanente das ações
Dependência dos pequenos municípios para com o estado e o município polo nos atendimentos de alta e média complexidade	Busca ativa e direta entre os próprios municípios do polo regional
Distanciamento na relação dos municípios com o Ministério da Saúde	Busca por contatos pessoais ou políticos para maior aproximação e solução de eventuais questões

Falha de coordenação e gestão federal	Os municípios encontraram nos estados e entre si um meio de suplantar a descoordenação e atuarem uniformemente e com melhor gestão
Falha de coordenação e gestão estadual	Os municípios encontraram apoio em outros municípios e órgãos para suplantar a falha estadual
Falta de repasse de materiais e insumos	Foram feitas aquisições emergenciais com recursos próprios ou do repasse federal até que os estados saneassem a distribuição
Dificuldade nas relações intergovernamentais	Através de iniciativas próprias, foram estabelecidas conexões diretas com outros órgãos de diferentes esferas, com acordos de cooperação, de forma a superar as dificuldades nas relações com os estados e União.

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de todo o esforço dos municípios e das ações e medidas paliativas adotadas, soluções que sejam mais elaboradas e efetivas, como as citadas no Capítulo 6, deveriam ser objeto de debate no Congresso Nacional, de forma a contemplar uma evolução para um sistema de gestão de problemas intergovernamentais complexos. Pois como citam Abrucio *et al*, novos problemas complexos são prováveis de ocorrer novamente no futuro:

In conclusion, the chapter presents the lessons that can be drawn from the performance of Brazilian federalism in the face of pandemic. These lessons will be important because complex new problems are likely to arise in the future, and they will require greater intergovernmental coordination. (ABRUCIO et al, 2021, p. 84)

Como tais problemas necessitam de uma maior coordenação intergovernamental e o desenho institucional das relações intergovernamentais do SUS não consegue atuar na celeridade necessária, um sistema de gestão de problemas intergovernamentais complexos necessita de um mecanismo que minimize a atuação política baseada em interesses pessoais e partidários. Além disso, os problemas intergovernamentais complexos têm como característica envolver mais de uma área de política pública, como observado anteriormente e também citado por Abrucio *et al*:

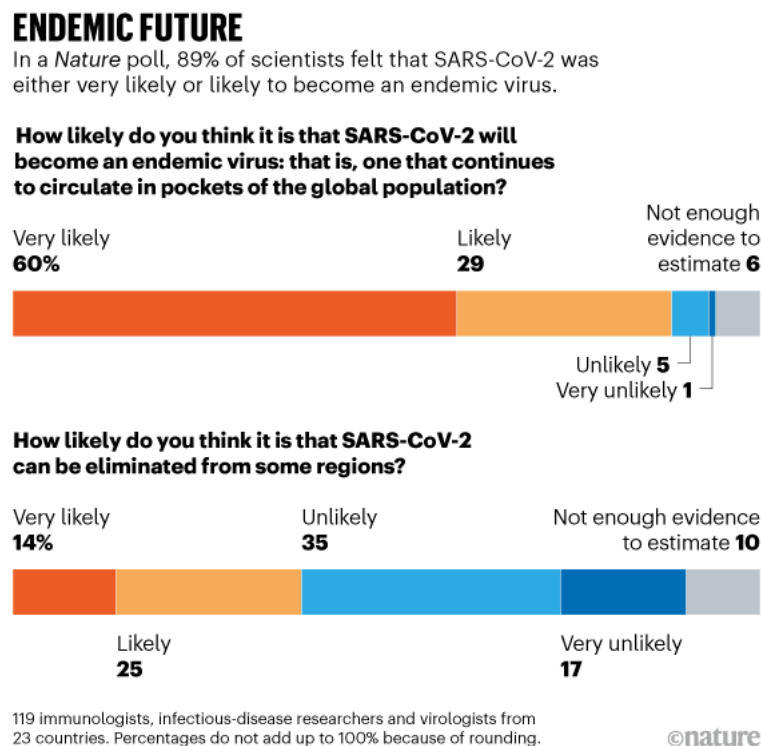
The fourth lesson is that COVID-19 is not just a problem of federative coordination within of the health care systems. Being a complex intergovernmental problem, it also brings for federative coordination in other public policies, such as education and social assistance, and intragovernmental coordination among them, which are essential responding the pandemic and tackling inequalities. The lack of national coordination also featured these other policies, resulting in a significant heterogeneity in subnational responses. (ABRUCIO et al, 2021, p. 106-107)

Por fim, apesar dos relatos dos entrevistados afirmarem que não houve falta de recursos, pondera-se que ao tempo das entrevistas, não havíamos chegado no pico de infectados da pandemia, onde quase todos os estados brasileiros enfrentaram uma superlotação de leitos, o

que, obviamente, dependia de recursos e equipamentos para a expansão. Presume-se então, que a questão da melhor distribuição de receitas e do financiamento emergencial, debatidas no Capítulo 6, sejam de suma importância para a gestão de problemas intergovernamentais complexos.

A grande urgência já passou, mas ainda estamos longe de enxergar o fim da pandemia, na verdade, acredita-se que a pandemia tornar-se-á uma endemia, foi o que se observou numa pesquisa da revista Nature com mais de 100 imunologistas, pesquisadores de doenças infecciosas e virologistas, que trabalham com o Coronavírus e que responderam à enquete na distribuição disposta na Figura 15.

Figura 15 – Futuro da Pandemia



Fonte: Revista Nature, 2021, p. 383.

O que se espera é que o sofrimento tenha sido capitalizado em aprendizado e que, para o futuro, construam-se melhores mecanismos e protocolos para situações semelhantes, que a democracia não sofra tanto e que se fortaleça o federalismo, que foi testado à exaustão.

Referências

ABRUCIO, Fernando Luiz e SANO, Hironobu. *Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras*. Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais – IFCI / Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – AECID / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG / Editora IABS, Brasília-DF, Brasil - 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280947301_Associativismo_intergovernamental_e_experiencias_brasileiras>. Acesso em: 08 fev. 2021.

ABRUCIO, Fernando Luiz. *Novo tipo de coalizão traz incertezas*. Fundação Astrojildo Pereira, 05 de fevereiro de 2021. Disponível em: <<http://www.fundacaoastrojildo.com.br/2015/2021/02/05/fernando-abrucio-novo-tipo-de-coalizao-traz-incertezas/>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José. FRANZESE, Cibele; SEGATTO, Catarina Ianni e COUTO, Cláudio Gonçalves. (2020). *Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental*. REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA | Rio de Janeiro 54(4):663-677, jul. - ago. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>>. Acesso em: 24 jul. 2021.

ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José; COUTO, Cláudio; SEGATTO, Catarina & FRANZESE, Cibele. *Mais Brasil, Menos Brasília: o sentido do federalismo bolsonarista e seu impacto no combate à Covid 19*. Estadão, 12 de abril de 2020. Disponível em: <<https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/mais-brasil-menos-brasilia-o-sentido-do-federalismo-bolsonarista-e-seu-impacto-no-combate-a-covid-19/>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José and SEGATTO, Catarina Ianni. (2021). *American Federal Systems and COVID-19: responses to a Complex Intergovernmental Problem*. Emerald Publishing Limited, 04 Oct 2021. No prelo.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor*. Martha Oliveira ... [et

al.]. – Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_final_livro_idosos.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

ALHMIDI, Maan. *Five big lessons experts say Canada should learn from COVID-19*. CTV News, January 26, 2021. Disponível em: <<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/five-big-lessons-experts-say-canada-should-learn-from-covid-19-1.5282125>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ARBEX, Thais e GADELHA, Igor. *Governo admite que ataques à China travam chegada de insumos para vacina*. CNN Brasil, 19 de janeiro de 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/governo-admite-que-ataques-a-china-travam-chegada-de-insumos-para-vacina/>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

ARRETCHE, Marta & FONSECA, Elize. (2018). Chapter Seven. *Brazil: Local Government Role in Health Care: A Decision Space Approach*. DOI: [10.3138/9781487513566-010](https://doi.org/10.3138/9781487513566-010). Acesso em: 06 ago. 2020.

ARRETCHE, Marta. *Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia*. Debate – Ciência & Saúde Coletiva 8 (2) – 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>>. Acesso em: 04 ago. 2020.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. *Toward a unified and more equitable system: health reform in Brazil*. In: *Crucial needs, weak incentives: social sector reform, democratization, and globalization in Latin America* [S.l: s.n.], 2004.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. *Coronavirus (COVID-19) at a glance for 29 July 2021*. Department of Health. Disponível em: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/07/coronavirus-covid-19-at-a-glance-29-july-2021_0.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2021.

AUSTRALIAN GOVERNMENT | DEPARTMENT OF HEALTH. *Australia's COVID-19 Vaccine and Treatment Strategy*. 18 August 2020. Disponível em:

<<https://www.health.gov.au/resources/publications/australias-covid-19-vaccine-and-treatment-strategy>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

AUSTRALIAN GOVERNMENT | DEPARTMENT OF HEALTH. *Coronavirus (Covid-19) in Australia – Pandemic Health Intelligence Plan. Australian Health Protection Principal Committee*, 4 September 2020. Disponível em: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/05/coronavirus-covid-19-in-australia-pandemic-health-intelligence-plan_1.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. (2020). *Australia's health 2020: in brief*. Australia's health series nº 17 Cat. no. AUS 232. Canberra: AIHW. Disponível em: <<https://www.aihw.gov.au/getmedia/2aa9f51b-dbd6-4d56-8dd4-06a10ba7cae8/aihw-aus-232.pdf.aspx?inline=true>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

BANKS, Gary; FENNA, Alan and MCDONALD, Lawrence. *Australia's federal context in Productivity Commission and Forum of Federations 2012, Benchmarking in Federal Systems*, Roundtable Proceedings, Melbourne, 19–20 December 2010, eds A. Fenna and F. Knüpling, Productivity Commission, Canberra. Disponível em: <<https://www.pc.gov.au/research/supporting/benchmarking-federal-systems/10-benchmarking-federal-systems-chapter8.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth; JR., Luiz Celso Gomes; DOURADO, Lorena Salces; PETRINI, Gabriel; ROBILLOTI, Paulo e IBARRA, Antonio. *O impacto econômico da pandemia do Covid-19 e a contração do PIB no primeiro trimestre de 2020: não é culpa da política de saúde pública*. Centro de Estudos de Conjuntura e Política Econômica - IE/UNICAMP, Nota do Cecon, n.14, maio de 2020. Disponível em: <https://www.economia.unicamp.br/images/arquivos/nota_cecon_14_PIB_corona.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

BERNARDO, André. *Entre infartos, falências e suicídios: os 30 anos do confisco da poupança*. BBC News | Brasil, Rio de Janeiro, 17/03/2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51919261>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

BERTOLLO, Carlos Roberto. *A espanhola, por Nelson Rodrigues*. O Liberal, 20 set. 2020. Disponível em: <<https://liberal.com.br/columnas-e-blogs/a-espanhola-por-nelson-rodrigues/>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL | MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE COVID-19. 3ª edição– versão eletrônica, Brasília – DF 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-espin-coe-26-novembro-2020>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRASIL | MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade nº 6.341/DF – Distrito Federal. Relator Ministro Marco Aurélio. Pesquisa de Jurisprudência, Acórdãos, 15 abril 2020. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754372183&prcID=5881265#>>. Acesso em: 08 fev. 2021.

CANADA. *Canada Health Act, R.S.C., 1985, c. C-6*. Disponível em: <<https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

CBC NEWS. *Here are the Canadian politicians facing questions over travel amid COVID-19 restrictions*. January 02, 2021. Disponível em: <<https://www.cbc.ca/news/politics/canadian-politicians-pandemic-travel-1.5859785>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

CHILD, Jenny; DILLON, Roland; ERASMUS, Eija and JOHNSON, Jacob. *Collaboration in crisis: Reflecting on Australia's COVID-19 response. Australia's response to the COVID-19 pandemic to date offers valuable, actionable insights for decision makers worldwide*. McKinsey & Company, December 2020. Disponível em: <<https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/collaboration-in-crisis-reflecting-on-australias-covid-19-response>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

CNN BRASIL. *Waack: Sem coordenação do governo, estados e municípios se articulam por vacinas*. Publicado em: 03 de março de 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/waack-sem-coordenacao-do-governo-estados-e-municipios-se-articulam-por-vacinas/>>. Acesso em: 03 mar. 2021.

CONGRESSO EM FOCO. *Como estruturar um gabinete de crise para fazer frente à pandemia*. Publicado em: 22 de maio de 2020. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/opinioao/forum/como-estruturar-um-gabinete-de-crise-para-fazer-frente-a-pandemia/>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma*. Publicado em: 22/05/2019. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma#:~:text=Imagens-,8%C2%AA%20Confer%C3%AAncia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%3A%20quando%20o%20SUS%20ganhou%20forma,vista%20como%20dever%20do%20Estado>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Covid: Entidades da Saúde ressaltam urgência da recomposição do Centro de Operações de Emergência*. Publicado em: 27 jul. 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1290-covid-entidades-da-saude-ressaltam-urgencia-da-recomposicao-do-centro-de-operacoes-de-emergencia>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 67 p. (CONASS Documenta; 19). Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-19/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

CRESWELL, John W. (2021). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto*. John W. Creswell; tradução: Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição: Dirceu da Silva. – 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, Roberto Moraes. (2020). *PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 EM SANTA CATARINA*. Estudos Interdisciplinares em Saúde. Edição : v. 9 n. 1 (2020): RIES. Disponível em: <<https://doi.org/10.33362/ries.v9i1.2316>>. Acesso em: 26 fev. 2021.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. *PORTARIA Nº 188, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2020*. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro Publicado em: 04/02/2020 | Edição: 24-A | Seção: 1 - Extra | Página: 1. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. *PORTARIA Nº 3.190, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2020*. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Publicado em: 27/11/2020 | Edição: 227 | Seção: 1 | Página: 188. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.190-de-26-de-novembro-de-2020-290849829>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

DW BRASIL. *Polícia alemã alerta para aumento da hostilidade de negacionistas*. Publicado em: 07/02/2021. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3p1tY>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

FITTS, Michelle S.; RUSSELL, Deborah; MATHEW, Supriya. et al. *Remote health service vulnerabilities and responses to the COVID-19 pandemic*. Aust J Rural Health. 2020; 28 : 613–617. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ajr.12672>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

FOO, Martin J.; WALKER, Anthony; HRVATIN, Rebecca; JAIN, Sharad and ZHANG, Jin. (2020). *Checks and Imbalances: Delayed Australian State Government Budgets Will Embrace More COVID-19 Stimulus*. S&P Global Ratings, 7 Sep, 2020 - United States of America, APAC, EMEA. Disponível em: <<https://www.spglobal.com/ratings/en/research/articles/200907-checks-and-imbalances-delayed-australian-state-government-budgets-will-embrace-more-covid-19-stimulus-11633988>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

FORUM OF FEDERATIONS. *Who We Are*. Disponível em: <<http://www.forumfed.org/who-we-are/>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

FRENTE PELA VIDA. (2020). *PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19*. Contribuição das organizações que compõem a FRENTE PELA VIDA e atuam no campo da Saúde à sociedade brasileira. VERSÃO 3 – 1º/12/2020. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

FREY, Klaus. *Políticas Públicas: um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil*. Planejamento e Políticas Públicas, [S. l.], n. 21, 2009. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

FULLMAN, Nancy; YEARWOOD, Jamal; ABAY, Solomon; CRISTIANA, Abbafati; ABD-ALLAH, Foad; ABDELA, Jemal and Others. (2018). *Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*. Lancet. 391. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/326169162_Measuring_performance_on_the_Healthcare_Access_and_Quality_Index_for_195_countries_and_territories_and_selected_subnational_locations_a_systematic_analysis_from_the_Global_Burden_of_Disease_Study_2016>. Acesso em: 18 fev. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Observatório Covid-19: Informação para a ação. Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

GÄCHTER, Simon & SCHULZ, Jonathan. (2016). *Intrinsic honesty and the prevalence of rule violations across societies*. Nature. 531. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/nature17160>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

GLOBAL CANADA. *Should Canada Go For Zero? Global Best Practices, TANZANIAN Democracies & Lessons For Canada*. Global Canada Working Paper: Version 4.1. December 23, 2020. Disponível em: <<https://global-canada.org/wp-content/uploads/2020/12/Should-Canada-Go-For-Zero-Version-4.1.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

GONTIJO, José Geraldo Leandro. *Relações Intergovernamentais e Políticas Públicas: Notas sobre os domínios de política e suas particularidades como variável independente*. Perspectivas, São Paulo, v. 47, p. 89-105, jan./jun. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/6201>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

GOVERNMENT OF CANADA. *COVID-19 daily epidemiology update*. Updated: July 30, 2021. Disponível em: <<https://health-infobase.canada.ca/covid-19/epidemiological-summary-covid-19-cases.html>>. Acesso em: 31 jul. 2021.

GREER, Scott; KING, Elizabeth; FONSECA, Elize; PERALTA-SANTOS, Andre. (2020). The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health*. Vol. 15. No. 9. P. 1413-1416. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783340>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

IBGE. (2020). *Pesquisa nacional de saúde: 2019 | Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde | Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

IBGE. *Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2017*. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101690>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

INSTITUTO ONCOGUIA. *Demora em diagnosticar câncer pelo SUS reduz chances de cura*. Equipe Oncoguia, 02/09/2019. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/demora-em-diagnosticar-cancer-pelo-sus-reduz-chances-de-cura/12992/42/#:~:text=Demora%20em%20diagnosticar%20c%C3%A2ncer%20pelo%20SUS%20reduz%20chances%20de%20cura,-Ver%20conte%C3%BAdo%20relacionado&text=O%20tempo%20m%C3%A9dio%20para%20diagn%C3%B3stico,com%20menores%20chances%20de%20cura>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

JR., Reynaldo Turollo e CANCIAN, Natália. *Supremo blindo Congresso de medidas de Bolsonaro que atropelam Legislativo*. Folha de S. Paulo, 02 jan. 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/01/supremo-blinda-congresso-de-medidas-de-bolsonaro-que-atropelam-legislativo.shtml>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

KELLAND, Kate. *Nova linhagem de coronavírus tem mutações essenciais, dizem cientistas*. Viva Bem, UOL – Reuters, 15/12/2020. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/reuters/2020/12/15/nova-linhagem-de-coronavirus-tem-mutacoes-essenciais-dizem-cientistas.htm>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

KELSEN, Hans. (1881-1973). *Teoria pura do direito*. Hans Kelsen; [tradução João Baptista Machado]. 6ª ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEWIS, Steven. *Is Australia a COVID-19 Role Model for Canada? Outcomes Alone Don't Tell the Tale*. Loongwoods.com, August 2020. Disponível em: <<https://www.longwoods.com/content/26309//is-australia-a-covid-19-role-model-for-canada-outcomes-alone-don-t-tell-the-tale>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

LIMA, Carlos Alexandre Souza de. *Análise do processo de implementação das normas operacionais da assistência à saúde*. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10360/1/217.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

LISTER, Tim; SHUKLA, Sebastian e BOBILLE, Fanny. *Pandemia de coronavírus desencadeia disputa global por máscaras de proteção*. CNN Brasil, 05 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/pandemia-de-coronavirus-desencadeia-disputa-global-por-mascaras-de-protecao/>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

LOTTA, Gabriela. *O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade*. In: FARIA, C. A (org). *Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática*. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<https://perguntasaopo.files.wordpress.com/2014/06/pend-08-gabriela-s-lotta-2-revisado-2.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

LOTTA, Gabriela; FERNANDEZ, Michelle; CORRÊA, Marcela; MAGRI, Giordano; ALIBERTI, Claudio; MELLO, Campos & BECK, Amanda. (2020). *Impactos da Covid-19 nos profissionais da saúde pública - 2a fase*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/343537874_Impactos_da_Covid-19_nos_profissionais_da_saude_publica_-_2a_fase>. Acesso em: 27 out. 2020.

LOWY INSTITUTE. *Covid Performance Index: Deconstructing Pandemic Responses*. Disponível em: <<https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MARCHILDON, Gregory. (2020). *Canada's Response to COVID-19: Strengths and Weaknesses of Decentralization*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/343725573_Canada%27s_Response_to_COVID-19_Strengths_and_Weaknesses_of_Decentralization>. Acesso em: 02 mar. 2021.

MARCHILDON, Gregory. (2020). *Decentralization and Health Care in Canada*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/343725572_Decentralization_and_Health_Care_in_Canada>. Acesso em: 18 ago. 2020.

MARCHILDON, Gregory; BOSSERT, Thomas. (2018). *Federalism and Decentralization in the Health Care Sector*. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/329488358_Federalism_and_Decentralization_in_the_Health_Care_Sector/citations>. Acesso em: 17 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÕES. *Gráficos Interativos*. Disponível em: <<http://covid19.mctic.gov.br/graf/>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA | SECRETARIA ESPECIAL DE FAZENDA | SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. *Dívida Pública Federal: Relatório Anual 2020*. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Janeiro, 2020, número 18. Disponível em: <<https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/relatorio-anual-da-divida-rad/2020/114>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. *Módulo de formação. Resposta: gestão de desastres, decretação e reconhecimento federal e gestão de recursos federais em proteção em defesa civil para resposta*. Apostila do instrutor. Ministério da Integração Nacional | Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil | Departamento de Minimização de Desastres. - Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2017. Disponível em: <<https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/publicacoes/paz/resposta-livro-base.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2021.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. *Covid-19 no Brasil*. Disponível em: <https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>. Acesso em: 31 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Painel Coronavírus*. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. Brasília/DF, fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

MOYNIHAN, Donald P. *The Network Governance of Crisis Response: Case Studies of Incident Command Systems*. Journal of Public Administration Research and Theory, Volume 19, Issue 4, October 2009, Pages 895–915. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jopart/mun033>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

MP, Greg Hunt. *Budget 2020-21: Record health and aged care investment under Australia's COVID-19 pandemic plan*. Ministers | Department of Health, 6 October 2020. Disponível em:

<<https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-greg-hunt-mp/media/budget-2020-21-record-health-and-aged-care-investment-under-australias-covid-19-pandemic-plan>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

NERI, Marcelo C. *Efeitos da pandemia sobre o mercado de trabalho brasileiro: Desigualdades, ingredientes trabalhistas e o papel da jornada*. Rio de Janeiro – RJ, Setembro/2020 – FGV Social – 15 páginas. Disponível em: <<https://cps.fgv.br/pesquisas/efeitos-da-pandemia-sobre-o-mercado-de-trabalho-brasileiro>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

NETO, Aristides Monteiro; ISMAEL, Ricardo; ROMANATTO, Eduiges; MATOS, Elmer Nascimento; FIORI, Tomás Pinheiro e BIRKNER, Walter Marcos. (2017). *Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: Dinâmicas, Impasses e Consensos Atuais (Revelados por Gestores Públicos Estaduais)*. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2306.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

NOLAN, Mark. *Have the bushfires and COVID-19 highlighted a constitutional crisis in Australia?*. Charles Sturt University 21 May 2020. Disponível em: <<https://news.csu.edu.au/opinion/have-the-bushfires-and-covid-19-highlighted-a-constitutional-crisis-in-australia>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

NORTH AMERICAN OBSERVATORY. *North American COVID-19 Policy Response Monitor: Canada*. North American Observatory on Health Systems and Policies: February 9, 2021. Disponível em: <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2021/02/Canada-COVID19-HSRM_20210209.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2021.

OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*. OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.). *Qualificação de gestores do SUS*. Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Graboís e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro,

RJ. EAD/Ensp, 2009. 404 p., il. Disponível em: <https://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

OUR WORLD IN DATA. *COVID-19 Data Explorer | Daily new confirmed COVID-19 cases per million people*. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer>. Acesso em: 16 fev. 2021.

PARLIAMENT OF AUSTRALIA | DEPARTMENT OF PARLIAMENTARY SERVICES. *COVID-19 Australian Government roles and responsibilities: an overview*. 19 May 2020, RESEARCH PAPER SERIES, 2019–20. Disponível em: https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/7346878/upload_binary/7346878.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

PEREIRA, Silvana Souza da Silva & QUITO, Marcus Vinícius. (2004). *NOAS: HOUE IMPACTO PARA O SUS?*. Revista de Direito Sanotário, vol 5, n. 1, março de 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v5i1p40-54>. Acesso em: 15 fev. 2021.

PETHERICK, Anna; KIRA, Beatriz; BARBERIA, Lorena; FURST, Rodrigo; GOLDSZMIDT, Rafael; LUCIANO, Maria; MAJUMDAR, Saptarshi. (2020). *A luta do Brasil contra a Covid-19: riscos, políticas públicas, e Comportamentos*. BSG Working Paper Series, BSG-WP-2020/036, novembro 2020. Disponível em: https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-11/BSG-WP-2020-036-PT_0.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.

PHILLIPS, Nicky. *The Coronavirus Will Become Endemic*. Nature, 2021. Disponível em: <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-021-00396-2/d41586-021-00396-2.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021.

PODGER, Andrew. *Federalism and Australia's National Health and Health Insurance System*. Asia Pacific Journal of Health Management, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 26-37, 2016. DOI: <10.24083/apjhm.v11i3.151>. Disponível em: <https://journal.achsm.org.au/index.php/achsm/article/view/151>. Acesso em: 22 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. *Greca sanciona lei que pune quem desrespeitar medidas anti covid*. Publicado em: 06/01/2021. Disponível em:

<<https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/greca-sanciona-lei-que-pune-quem-desrespeitar-medidas-anti-covid/57568>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

PRIME MINISTER OS AUSTRALIA. *Coronavirus public health partnership with the states - Commonwealth to meet 50 per cent of state costs*. MEDIA RELEASE, 06 Mar 2020. Prime Minister, Minister for Health, Minister Assisting the Prime Minister for the Public Service and Cabinet. Disponível em: <<https://www.pm.gov.au/media/coronavirus-public-health-partnership-states-commonwealth-meet-50-cent-state-costs>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

PRODUCTIVITY COMMISSION AND FORUM OF FEDERATIONS. (2012). *Benchmarking in Federal Systems, Roundtable Proceedings*. Melbourne, 19–20 December 2010, eds A. Fenna and F. Knüpling, Productivity Commission, Canberra.

REA, Bob. *Federalism and the COVID-19 crisis: The view from Canada*. Forum of Federations. Disponível em: <http://www.forumfed.org/wp-content/uploads/2020/04/Bob_RAE_CanadaCOVID.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

SARAIVA, Enrique e FERRAREZI, Elisabete. (2006). *Políticas públicas; coletânea – Volume 1*. Brasília: ENAP, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2914>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

SATIE, Anna. Brasil registra 1.910 mortes por Covid-19 em 24h e bate recorde. CNN, 03/03/2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-registra-1910-mortes-por-covid-19-e-atinge-novo-recorde/>>. Acesso em: 04 mar. 2021.

SCHMIDT, Flávia; MELLO, Janine e CAVALCANTE, Pedro. (2020). *Estratégias De Coordenação Governamental na Crise da COVID-19*. IPEA, Nota Técnica – Nº 32 - DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, Abril de 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9828/1/NT_32_Diest_Estrat%20a9cias%20de%20coordena%20a7%20a3o%20governamental%20na%20crise%20da%20Covid_19.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2021.

SCHMITT, Gustavo. *Quase mil profissionais de saúde morreram por Covid-19 no Brasil*. O Globo, 26/01/2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/quase-mil-profissionais-de-saude-morreram-por-covid-19-no-brasil-24853318>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

SCHUSTER, Kathleen. *Pandemia aumenta risco de radicalização de jovens*. DW, 08 de fevereiro de 2021. Disponível em: <<https://p.dw.com/p/3oxyM>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

SILVA, Andrey Prizzon da; MOTA, Eduardo Almeida. *Public Sector Innovation in Times of Covid-19. Essays on Efficiency, Transparency, and Innovation in the Brazilian Public Sector*. Columbia Global Centers – Rio de Janeiro. Dez. 2021. No prelo.

SILVA, José Afonso da. (2005). *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo, Malheiros, 2005. 25. ed., rev. e atual. nos termos da reforma constitucional até a Emenda Constitucional n. 48, de 10 de agosto de 2005. 924 p.

SILVA, Leny Pereira da. *Direito à saúde e o princípio da reserva do possível*. Distrito Federal. Monografia. Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/DIREITO_A_SAÚDE_por_Leny.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. *Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde*. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, maio de 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

SOUZA, Carlos Alexandre de. (2020). *Abril decisivo contra explosão da Covid-19*. Correio Braziliense, Brasília, quarta-feira, 1º de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/04/01/interna-brasil,841598/abril-decisivo-contr-explosao-da-covid-19.shtml>>. Acesso em: 02 mar. 2021.

SOUZA, Celina. (2006). *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 16 fev. 2021.

STATISTICS CANADA. *Canada's population estimates, third quarter 2020*. December 17, 2020. Disponível em: <<https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/201217/dq201217b-eng.pdf?st=p02qnGWb>>. Acesso em: 19 fev. 2021.

STEPAN, Alfred. Para uma Nova Análise Comparativa do Federalismo e da Democracia: Federações que Restringem ou Ampliam o Poder do Demos. In *Dados*, vol. 42, no 2, pp. 197-251, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581999000200001>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SUNSTEIN, C. (2006). *Misfearing: A Reply*. Harvard Law Review. 119. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/228231351_Misfearing_A_Reply>. Acesso em: 02 mar. 2021.

TESOURO NACIONAL TRANSPARENTE. *Metadados da Tabela de Despesas e Transferências sujeitas ao Teto dos gastos, aplicado pela Emenda Constitucional nº 95 de 2016*. Disponível em: <<https://www.tesourotransparente.gov.br/ckan/dataset/despesas-e-transferencias-totais/resource/7f4f368c-646a-4155-856d-5e8b8c6ba42a>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

THERAPEUTIC GOODS ADMINISTRATION. *Amendments to the new restrictions on prescribing hydroxychloroquine for COVID-19*. Australian Government | Department of Health, 26 August 2020. Disponível em: <<https://www.tga.gov.au/alert/amendments-new-restrictions-prescribing-hydroxychloroquine-covid-19>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

TOLEDO, Karina. *Negacionismo científico: a produção política e cultural de desinformação*. Agência FAPES, 02 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://agencia.fapesp.br/negacionismo-cientifico-a-producao-politica-e-cultural-de-desinformacao/34028/>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

TULICH, Tamara; RIZZI, Marco and MCGAUGHEY, Fiona. *Cooperative Federalism, Soft Governance and Hard Laws in Australia's State of Emergency*. VerfBlog, 2020/4/10.

Disponível em: <<https://verfassungsblog.de/fighting-covid-19-legal-powers-and-risks-australia/>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

VICTORIAN GOVERNMENT. *Fines, enforcement and reporting*. Coronavirus (COVID-19) Victoria. Disponível em: <<https://www.coronavirus.vic.gov.au/fines-enforcement-and-reporting>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Timeline: WHO's COVID-19 response*. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

WRIGHT, Deil. S. (1974). *Intergovernmental Relations: an Analytical Overview*. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 416(1), 1–16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/000271627441600102>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

Anexos

Anexo 1 - Questionário Diagnóstico Município



Escola de Administração de Empresas de São Paulo
Fundação Getúlio Vargas

MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS - MPGP

EAESP – FGV/SP

Enfrentamento da Covid-19: Um diagnóstico do modelo federativo na área da saúde frente à pandemia

Este questionário tem como objetivo realizar um diagnóstico inicial do modelo de enfrentamento adotado pela secretaria de saúde frente à pandemia de Covid-19, para tanto está estruturado em 4 seções, com questões abertas que podem ser respondidas apresentando anexos se assim preferir.

Para melhor entendimento deste questionário, esclarece-se que as relações interinstitucionais referidas aqui são aquelas relações estabelecidas entre este município e outros municípios, entre este município e o estado e entre este município e a união.

I - Estrutura para Enfrentamento da Covid-19 e para as Relações Interinstitucionais

- 1) Qual a estrutura da secretaria de saúde?
- 2) Qual a estrutura de saúde criada para enfrentamento da Covid-19?
- 3) Quais as funções deste(s) órgão(s), comissão(ões) ou centro(s)?
- 4) Quais as relações interinstitucionais que estão estabelecidas com outros centros, comissões ou órgãos de saúde para enfrentamento da pandemia?
- 5) Quem é o responsável dentro da comissão (ou fora dela) pelas relações interinstitucionais estabelecidas?

II - Planejamento para Enfrentamento da Covid-19 e as Relações Interinstitucionais

- 6) Qual o plano de contingência para enfrentamento da pandemia?
- 7) Qual a influência dos órgãos, comissões ou centros estadual e federal para enfrentamento da pandemia no desenvolvimento do plano de contingência?
- 8) Quais itens do plano de contingência sofreram alteração ou foram incluídos por influência de outros órgãos, comissões ou centros?
- 9) Como foi feito acompanhamento do plano de contingência, se foi feito, pelos outros órgãos, comissões ou centros de forma sistemática? Ou de outra forma?
- 10) Houve alguma influência deste órgão, comissão ou centro nos planejamentos dos demais, estadual, federal ou mesmo de outros municípios? Quais itens?

III - Diagnóstico do Plano de Contingência e das Relações Interinstitucionais

- 11) Foram realizadas análises ou diagnósticos das ações do plano de contingência? Por quem?



Escola de Administração de Empresas de São Paulo
Fundação Getúlio Vargas

-
- 12) Houve interação entre os órgãos, comissões ou centros para esta análise ou diagnósticos das ações? Quais foram as interações e com quais níveis?
- 13) Quais foram as dificuldades enfrentadas nas relações interinstitucionais?
-

IV - Análise da Conjuntura Pré-Pandemia

- 14) Como pode ser descrita a situação pré-pandemia, observando as relações interinstitucionais com outros municípios, o estado e a união?
- 15) Existiam problemas nestas relações e se existiam quais eram? Cite também possíveis soluções.
- 16) Qual a relevância destas relações para a atuação do município?

Anexo 2 - Questionário Diagnóstico Relações Interinstitucionais



Escola de Administração de Empresas de São Paulo
Fundação Getúlio Vargas

MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS - MPGPP

EAESP – FGV/SP

Enfrentamento da Covid-19: Um diagnóstico do modelo federativo na área da saúde frente à pandemia

Para melhor entendimento deste questionário, esclarece-se que as relações interinstitucionais referidas aqui são aquelas relações estabelecidas entre este município e outros municípios, entre este município e o estado e entre este município e a união.

Este questionário tem como objetivo realizar um diagnóstico um pouco mais aprofundado das relações interinstitucionais estabelecidas pela secretaria de saúde frente à pandemia de Covid-19, para tanto está estruturado com questões abertas.

I – O Enfrentamento da Covid-19 e as Relações Interinstitucionais

Neste tópico do questionário, à partir do relato iremos estabelecendo o diálogo no formato de entrevista, onde, com base no relato lhe são feitas outras perguntas e assim sucessivamente, sendo assim, a primeira questão a ser abordada é a seguinte:

1. Fornecer o relato do responsável pela relações interinstitucionais, falando das dificuldades enfrentadas para se estabelecer as relações, se possível de forma mais detalhada. Procurar elencar em tópicos descrevendo de forma separada o interlocutor onde encontrou o obstáculo, por exemplo: “tratando com a regional de saúde: tive dificuldade na negociação para obtenção de respiradores para os leitos já disponíveis no município”, no exemplo indicado, ainda especificar qual a dificuldade e os possíveis motivos.

Observação: Pode ser enviada a narrativa em áudio para facilitar, através do WhatsApp (11) 97628-4499 e depois encaminha-se de volta a transcrição para validação do respondente.

II - Estrutura de leitos para enfrentamento da Covid-19 e as Relações Interinstitucionais

Neste tópico do questionário são solicitadas as seguintes informações:

1. Fornecer uma planilha com detalhes dos leitos disponíveis no sistema de saúde do município ao longo do tempo, fracionando a cada 10 dias (posição nos dias 10, 20 e 30 de cada mês) desde logo antes da pandemia e a evolução disso até atualmente.

Observação: Caso possuam tais informações disponíveis publicamente, pode ser respondido com um link para o endereço de internet com as informações.