

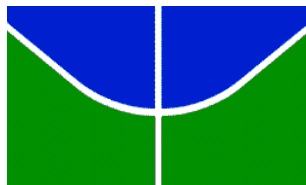
Universidade de Brasília  
Instituto de Ciência Política

**A pactuação da Atenção Primária à Saúde na crise do  
coronavírus: uma análise da discussão da CIT em 2020**

Rebeca de Carvalho Ferreira

Brasília – DF

Julho/2023



Universidade de Brasília  
Instituto de Ciência Política

## **A pactuação da Atenção Primária à Saúde na crise do coronavírus: uma análise da discussão da CIT em 2020**

Rebeca de Carvalho Ferreira

Monografia apresentada ao Curso de Ciência Política, do Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciência Política sob a orientação da professora Michelle Fernandez.

DEDICATÓRIA – Este trabalho é dedicado à minha mãe, à minha avó e ao meu pai pelo incentivo ao ingresso na universidade e suporte. Dedico aos meus amigos pelo apoio incondicional e cumplicidade em todos os momentos. Por fim, dedico ao meu companheiro pelo acolhimento e incentivo.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar meu profundo e sincero agradecimento à professora Michelle Fernandez, cuja dedicação e inspiração foram inestimáveis em minha jornada acadêmica. Sua notável contribuição e comprometimento foram fundamentais para o meu desenvolvimento educacional. É com imensa gratidão que reconheço o incentivo constante, a dedicação incansável e as inúmeras oportunidades que me foram proporcionadas através de seu valioso trabalho. Agradeço aos meus companheiros de curso, inclusive os que não concluem ao meu lado, que tornaram a passagem pela universidade uma das mais lindas e transformadoras experiências da minha vida. Por fim, agradeço à Universidade de Brasília (UnB) por proporcionar uma trajetória acadêmica transformadora e oportunidades que me impactarão pelo resto da vida.

## RESUMO

Este estudo busca entender o papel da coordenação do Ministério da Saúde na elaboração de medidas para a Atenção Primária à Saúde durante a crise sanitária causada pelo coronavírus e as repercussões desta na construção da agenda e discussões da Comissão de Intergestores Tripartite. O principal ponto observado foi a superficialidade e, em alguns momentos, até a inexistência de pactuação na esfera da maior instância de diálogo entre entes federados do Sistema Único de Saúde. Por meio da análise das reuniões, o trabalho observou ausências de coordenação mais firme, especialmente para garantir cuidado de populações vulneráveis.

**Palavras-chave:** COVID-19; Comissão de Intergestores Tripartite; pactuação; coordenação; Ministério da Saúde.

## **ABSTRACT**

This study aims to understand the role of coordination by the Ministry of Health in developing measures for Primary Health Care during the sanitary crisis caused by the coronavirus and the repercussions thereof in shaping the agenda and discussions of the Tripartite Intergovernmental Commission. The main point observed was the superficiality and, at times, even the absence of agreements at the highest level of dialogue between federated entities of the Unified Health System. Through the analysis of meetings, the study observed a lack of stronger coordination, especially in ensuring care for vulnerable populations.

**Keywords:** COVID-19; Tripartite Intergovernmental Commission; agreement; coordination; Ministry of Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1</b> – Permanência no cargo de ministro da Saúde Dilma I a Bolsonaro.....	30
<b>Gráfico 2</b> – Número de reuniões da Comissão de Intergestores Tripartite nos últimos 10 anos. ....	34
<b>Gráfico 3</b> – Avaliação do teor das medidas da Atenção Primária à Saúde na CIT em 2020.....	39

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
2.1	FEDERALISMO E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	15
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	17
<b>2.2.1</b>	<b>Pactuação de políticas de saúde</b> .....	<b>20</b>
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
<b>2.2.1</b>	<b>Estratégia Saúde da família: integralidade no SUS</b> .....	<b>23</b>
2.3	COVID-19.....	25
<b>2.3.1</b>	<b>Pandemia da COVID-19 e Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Ministério da Saúde: três ministros em três meses</b> .....	<b>28</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>34</b>
4.1	PACTUAÇÃO E DINÂMICA TRIPARTITE .....	34
4.2	MEDIDAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	38
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>41</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>43</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A emergência global em saúde desencadeada pelo coronavírus teve início na China no final de 2019. Em um curto período, a doença disseminou-se rapidamente por todo o mundo, colocando à prova os sistemas de saúde ao redor do globo. O Brasil possui um sistema de saúde completo, abrangente e fundamentado nos princípios de integralidade e equidade: o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das características que o tornam completo e abrangente, a pandemia parece ter se concretizado como um dos maiores desafios já vistos. Além da crise sanitária em si, o Brasil estava imerso em um cenário de mudanças políticas e sociais, caracterizado pela descentralização de responsabilidades para os gestores estaduais e municipais. Nesse contexto, emergiram discursos que questionavam os fundamentos científicos e subestimavam a importância da coordenação centralizada pelo governo federal (ABRUCIO, 2020).

A pandemia da COVID-19 expôs as fragilidades e desigualdades presentes no sistema de saúde brasileiro. As disparidades socioeconômicas, a falta de infraestrutura adequada em algumas regiões e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde tornaram-se ainda mais evidentes. Além disso, a ausência de uma coordenação centralizada e direcionada pelo governo federal afetou a capacidade de resposta do país à crise, gerando um ambiente de incerteza e desafios adicionais. Diante desse cenário desafiador, o SUS mostrou-se fundamental para enfrentar a pandemia. Sua estrutura descentralizada, que abrange desde a atenção básica até a alta complexidade, permitiu uma resposta ampla e abrangente. No entanto, a falta de uma coordenação federal eficaz e o discurso contrário à ciência prejudicaram a eficácia das ações e a capacidade de implementar estratégias coerentes em todo o país (ABRUCIO, 2020).

É essencial reconhecer que a resposta à pandemia envolve uma combinação de esforços em todos os níveis de governo e a participação ativa da sociedade. A ciência e a coordenação federal são pilares fundamentais para uma resposta eficaz, embasada em evidências e voltada para a proteção da saúde da população. É imprescindível valorizar a importância do diálogo entre os entes federativos, a transparência nas decisões e a adoção de medidas fundamentadas no conhecimento científico atualizado (JACCOUD, 2020). Diante dos desafios enfrentados e das transformações políticas e sociais em curso, é crucial compreender as mudanças e diferentes posturas do principal articulador do SUS.

Com base nisso, este estudo se dedica a identificar lacunas e eficiências na coordenação do Ministério da Saúde na Atenção Primária à Saúde, um elo descentralizado e com alto potencial de eficácia. O trabalho investiga o papel dessa instância na Comissão de Intergestores

Tripartite, não apenas examinando o teor das orientações, mas também avaliando a pactuação entre os entes federativos, ou seus representantes, dentro do âmbito da Comissão. Essa instância atua como um espaço de diálogo entre estados, municípios e a União. Diante do impacto do coronavírus nos sistemas de saúde regionais, a hipótese é que a pactuação não levou em conta as particularidades e deficiências de gestão dos entes federativos, resultando em uma resposta desigual, especialmente entre regiões e na APS, um elo diversificado e abrangente do SUS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 FEDERALISMO E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O Brasil, um país de vastas dimensões territoriais, possui um arranjo único de forças regionais e poder central, além de uma relação histórica com o federalismo. Desde 1891, com variações significativas durante o período não democrático (1964 a 1988), o país vivenciou a descentralização dos poderes estaduais em conjunto com o Governo Federal no ápice da hierarquia. No arranjo federativo mais recente e ainda vigente, a União compartilha a responsabilidade de gestão com os estados e municípios. Durante a elaboração da Constituição Federal de 1988, a crescente influência dos governadores e a nova dinâmica política exigiram uma reformulação do sistema, inclusive com maior protagonismo dos governos subnacionais em funções ampliadas. No entanto, essas novas regras foram gradualmente implementadas ao longo dos anos, com arranjos específicos sendo estabelecidos na prática, inclusive com particularidades para diferentes áreas de política (LOPREATO, 2022).

A estrutura federativa baseia-se na descentralização e na hierarquização como elementos fundamentais para a dinâmica, sendo em grande parte fundamentada em relações verticais entre a liderança nacional e as instâncias subnacionais. O federalismo brasileiro incorpora diversas particularidades e tem se revelado como um ator central em várias políticas, com alta capacidade de indução e formulação de programas (FERNANDEZ, PINTO; 2020).

Com o objetivo de estabelecer mecanismos de equilíbrio entre os entes federativos, atenuar disparidades socioeconômicas e promover o acesso às políticas públicas, a Constituição de 1988 concedeu aos municípios a categoria de entes federados, complementando assim o triplo federalismo (SOUZA, 2019). Essa mudança da lógica centralizadora conferiu mais prerrogativas aos municípios e aumentou a autonomia dos estados, que possuem um papel substancial de poder. Concomitantemente, o Governo Federal continua sendo o fio condutor e coordenador das diversas instâncias de gestão e planejamento (FERNANDEZ et al., 2021). No entanto, essa dinâmica não emergiu naturalmente no contexto brasileiro; pelo contrário, é resultado de construções e planejamentos por parte dos governantes, especialmente em políticas complexas, como a de saúde. Essa construção foi moldada pelo contexto de profundas desigualdades regionais, englobando recursos financeiros, estruturais e humanos, assim como pela capacidade de estabelecer relações entre os participantes (FERNANDEZ, PINTO; 2020).

Ao estabelecer o Estado como o principal formulador e executor de diversas políticas públicas essenciais para reduzir desigualdades e fornecer serviços básicos a toda a população

(SOUZA, 2005), foi necessário desenvolver instrumentos para assegurar uma coexistência harmoniosa entre os entes federativos. Nesse desenho institucional singular, as políticas públicas deveriam ser implementadas com autonomia pelos entes subnacionais, mantendo ainda o princípio de autoridade nacional. Souza (2005) ressalta que a Constituição de 1988 foi a mais detalhada na história do Brasil e apresenta particularidades que geram debates acerca das relações de equilíbrio de poder e autonomia, características inerentes aos regimes federativos (SOUZA, 2019).

A União se aproveitou da margem de atuação concedida pelo dispositivo constitucional do artigo 23, que trata da competência compartilhada em temas relacionados à saúde entre os diferentes níveis federativos. Isso teve como objetivo estabelecer uma coordenação federativa por meio da promulgação de legislações e outras normas. Conforme indicado por Arretche (2004), esse arranjo federativo concedeu à União um considerável poder de definição da política, o qual foi exercido por meio da emissão de múltiplas portarias pelo Ministério da Saúde. No cenário brasileiro, a tendência à incorporação constitucional de uma variedade de direitos e políticas públicas parece indicar uma reação ao descaso do governo anterior em relação aos princípios e restrições constitucionais. Com o intuito de garantir a proteção de questões importantes, como a saúde pública, foi elaborada uma Constituição que não apenas estabelece regulamentos e garantias legais, mas também aborda o funcionamento das políticas públicas (SOUZA, 2005).

Wright (1988) introduziu um modelo analítico importante das relações intergovernamentais, especialmente útil para compreender o modelo contemporâneo de organização do federalismo brasileiro. O modelo de autoridade sobreposta envolve relações baseadas em poder limitado e disperso, áreas de autonomia incertas, alto grau de interdependência, competição e cooperação simultâneas, relações de negociação e troca, além de negociação como estratégia para alcançar acordos (AGRANOFF; RADIN, 2015). Esse referencial facilita a compreensão de que o Governo Federal lida com uma rede complexa de influências, dilemas da regionalização e necessita de instrumentos intrincados de coordenação. Jaccoud (2020) compreende a coordenação intergovernamental como o engajamento de estratégias e instrumentos para alinhar ações governamentais, frequentemente envolvendo coerção e fornecimento de subsídios. Para alcançar os objetivos das diversas políticas, como saúde, educação e assistência social, o gestor mais amplo precisaria centralizar certa autoridade e alinhar gestores adjacentes, o que reduziria a autonomia destes.

A coordenação e a aceitação de ser coordenado não são voluntárias nem autônomas (SOUZA, 2018), requerem construção formal e ação constante por meio de estruturas,

estratégias e ferramentas (JACCOUD, 2020). A coordenação vertical, entre União, estados e municípios, é trabalhosa para o principal elaborador e implementador (SOUZA, 2018), mas proporciona uma certa segurança aos governos subnacionais, especialmente em um contexto de desigualdade regional, como o Brasil (JACCOUD, 2020).

No Brasil, o SUS é uma das políticas públicas que mais se desenvolveu no âmbito da coordenação. Os envolvidos criaram instrumentos e arenas para pactuar responsabilidades, repassar recursos financeiros aos municípios vinculados a uma maior prestação de serviços e estabelecer compromissos compartilhados. Contudo, desde 2017, gestores têm defendido e pactuado medidas para reduzir a vinculação de concessões financeiras à implementação de programas no formato estabelecido pelo Ministério da Saúde. Considerando as características singulares do Brasil, como sua vasta extensão territorial e a distribuição socioeconômica, estados e municípios desempenham um papel extremamente relevante na oferta de serviços de saúde. Apesar disso, a maioria dos municípios, e até mesmo alguns estados, não possui capacidade para atender todos os pacientes em níveis mais complexos ou em situações de emergência sanitária, como a crise provocada pela covid-19. O sucesso na descentralização das ações e serviços de saúde, bem como na implementação das políticas e programas, depende significativamente da habilidade do Ministério da Saúde em promover esses processos por meio da distribuição adequada de recursos (JACCOUD; VIEIRA, 2020).

## 2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde pública no Brasil passou por mudanças substanciais devido a inovações institucionais implementadas pela Constituição. Souza (2005) define que a alocação de recursos adicionais para áreas regionais, a expansão dos mecanismos de supervisão institucional e da sociedade civil em relação aos três níveis governamentais, juntamente com a ampliação dos direitos sociais, refletidos particularmente no âmbito da saúde pública, foram inovações significativas. No entanto, ainda não foi capaz de inovar nos mecanismos de distribuição equitativa entre regiões. Os desafios brasileiros e a capacidade de coordenação entre os entes federados são ainda mais evidentes na complexa e vital política de saúde. Pela primeira vez na história do Brasil, a saúde foi estabelecida como uma prerrogativa integral do Estado (MENICUCCI; MARQUES, 2016). A legislação possibilitou a criação de um sistema universal de saúde, com o poder público desempenhando o papel principal de formulador e executor de uma política complexa.

Durante a implementação do SUS, a agenda governamental estava fortemente focada na descentralização. Isso significa que a União desempenha um papel central, seja na formulação, financiamento ou tomada de decisões (ARRETCHE, 2004). A descentralização da autoridade para a implementação de políticas e a prestação de serviços públicos requer a disponibilidade de recursos para lidar com as responsabilidades atribuídas aos entes subnacionais, com a participação ativa do governo central no financiamento dessas políticas e serviços. Nesse contexto, as transferências diretas para os governos subnacionais são essenciais para evitar desequilíbrios entre os recursos disponíveis e a oferta de serviços, desempenhando um papel crucial na implementação de políticas descentralizadas e no impacto sobre a equidade regional. Essa coordenação pode ser efetuada por meio de regras legais de compartilhamento de competências, estabelecimento de fóruns de participação dos entes federativos ou através da indução de políticas por parte do governo federal.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde como política pública de Estado já era garantida pela CF, que também previa a complementação da política pública complexa nos anos subsequentes. A Lei Orgânica da Saúde define diretrizes que regulamentam a organização e gestão, estabelece competências e atribuições das três esferas de governo e delimita as responsabilidades de cada uma. Também contempla o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde, a política de recursos humanos e a administração financeira. O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamentado em uma série de princípios norteadores que buscam garantir acesso universal e de qualidade aos usuários do sistema, abrangendo todos no território nacional, incluindo os usuários da saúde suplementar (CONASS, 2011). A construção do sistema de saúde brasileiro tem como foco as necessidades do paciente e, por isso, desenvolveu ao longo dos anos uma série de mecanismos de distribuição dos serviços com o objetivo de assegurar acesso e compartilhamento de responsabilidades.

Princípios fundamentais norteiam o SUS, incluindo universalidade, integralidade, autonomia dos usuários, igualdade, direito à informação, formulação de estratégias baseadas em dados epidemiológicos e participação social. No que diz respeito à prestação de serviços, a descentralização administrativa e decisória, a coordenação de recursos financeiros entre os três níveis federativos e a prevenção da duplicidade de responsabilidades são elementos essenciais do sistema organizacional do SUS (BRASIL, 1990). Dada a amplitude da cobertura de serviços de saúde e o compartilhamento de poder de decisão entre os entes subnacionais, a implementação da política pública requer uma rede abrangente de prestadores de atenção, em níveis mais próximos dos usuários, como estados e municípios, e em diversos níveis de

complexidade (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Nesse contexto, a regionalização emergiu como um dos princípios centrais do desenho do SUS. A Lei 8.080 estabelece que a organização deve ser regionalizada e hierarquizada, envolvendo a União, representada pelo Ministério da Saúde, e os entes subnacionais. O mesmo capítulo também define as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite como espaços para negociação e pactuação de ações entre a União, estados e municípios.

O processo de descentralização da saúde no Brasil precisava assegurar presença em uma gama mais ampla de contextos, o que demandou a transferência não apenas de serviços, mas também de obrigações, autoridade e financiamento (LEWCOVITZ; LIMA, 2001). Souza (2002) identifica que um sistema federativo complexo como o brasileiro exige uma clara definição das atribuições de cada nível de governo em todas as áreas políticas, bem como a implementação de mecanismos de coordenação entre essas instâncias, visando a estimular a colaboração e a integração mútua.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece quatro subgrupos de funções, que podem ser exclusivas ou compartilhadas pelos entes (SOUZA, 2002). Esses subgrupos incluem (a) processo de formulação de políticas e planejamento, (b) financiamento, (c) coordenação, regulação, fiscalização e avaliação e (d) oferta direta de serviços de saúde. Isso implica que a gestão do sistema deve organizar e distribuir responsabilidades de maneira coesa em várias áreas, como vigilância epidemiológica, assistência à saúde, vigilância sanitária, coordenação de campanhas e outras (LEWCOVITZ; LIMA, 2001).

A direção nacional do SUS assume uma série abrangente de responsabilidades e atribuições (CONASS, 2011). Entre outras funções, é responsável por definir e coordenar sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, rede de laboratórios de saúde pública, execução de ações de vigilância epidemiológica e normatização, além de participar da execução da política nacional de produção de insumos e equipamentos para a saúde (BRASIL, 1990). Identificar serviços estaduais e municipais como referência nacional para estabelecer padrões técnicos de assistência à saúde, controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias relacionados à saúde, e fornecer cooperação técnica e financeira a estados, Distrito Federal e municípios para aprimorar suas atuações institucionais também são atribuições do Ministério da Saúde. Entre 1996 e 2006, o Ministério da Saúde pactuou uma série de diretrizes operacionais que moldaram a atual configuração da descentralização administrativa (CONASS, 2011). Essas diretrizes resultaram de um extenso processo de negociação entre os gestores de saúde das três esferas de governo, sendo submetidas à análise e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

### 2.2.1 Pactuação de políticas de saúde

As funções de cada ente federado também foram objeto de pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Essa Comissão é responsável por decidir sobre questões operacionais da gestão compartilhada, definir diretrizes para a organização dos serviços de saúde, estabelecer orientações para a demarcação das regiões de saúde e promover a integração territorial. Na prática, a maioria das ações do sistema de saúde passa pelo crivo da CIT, que conta com a participação ativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A criação do SUS seguiu a recomendação do Conselho Nacional de Saúde e resultou na formação da CIT como o principal nível de pactuação. Em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) sugeriu ao Ministério da Saúde a constituição de uma Comissão Especial composta por representantes das três esferas governamentais responsáveis pela gestão do SUS (CNS, 1991). O propósito dessa comissão era discutir e elaborar propostas para a implementação e operacionalização do SUS, contemplando aspectos relacionados à administração e ao financiamento do sistema. Em 2011, o Governo Federal estabeleceu regulamentações para as funções e o funcionamento da CIT, conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde. Essa regulamentação traz conceitos fundamentais que são essenciais para compreender a dinâmica entre estados, municípios e União. A CIT é composta por quinze membros em uma composição paritária: cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conass e cinco pelo Conasems. Além disso, é assegurada a representatividade regional na seleção dos delegados que representam os estados e municípios, com um representante de cada região do Brasil. As decisões na CIT são tomadas por consenso, e a elaboração da pauta é atribuição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

O funcionamento da CIT envolve dois conceitos de relevância para a exploração deste tema. A ideia de Região de Saúde diz respeito a um espaço geográfico contínuo que reúne grupos de municípios vizinhos, cujos limites são definidos com base em critérios culturais, econômicos, sociais, além das redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhadas. A criação das Regiões de Saúde tem como objetivo principal promover a integração da organização, planejamento e execução de ações e serviços relacionados à saúde (BRASIL, 2011).

Essa abordagem reconhece que a saúde é um fenômeno complexo que vai além das fronteiras municipais, e que a prestação isolada de serviços de saúde pode não ser eficaz nem



adequada para suprir as necessidades da população. Ao agrupar municípios em uma Região de Saúde, busca-se estabelecer uma abordagem mais abrangente e coordenada, com potencial para melhorar a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde. Ao definir a Região de Saúde, levam-se em consideração elementos que transcendem a proximidade geográfica. As identidades culturais, econômicas e sociais dos municípios envolvidos são consideradas, pois esses fatores podem impactar as demandas de saúde da população e as estratégias de intervenção. Adicionalmente, as redes de comunicação e a infraestrutura de transporte compartilhadas são consideradas, uma vez que facilitam o acesso aos serviços de saúde e a mobilidade dos profissionais da área. Dentro de uma Região de Saúde, são estabelecidos mecanismos de cooperação e articulação entre os municípios e outras instituições envolvidas, como unidades de saúde, hospitais, laboratórios e órgãos de gestão do sistema de saúde. Isso permite o compartilhamento de recursos, a troca de informações e a formulação de estratégias conjuntas para enfrentar os desafios relacionados à saúde da população daquela região específica (BRASIL, 2011).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) desempenha um papel de extrema relevância na concepção e implementação dos Contratos Organizativos, cujo objetivo é fomentar a cooperação entre os diversos níveis de governo e instituições envolvidas na prestação de serviços de saúde. Essa abordagem reconhece a responsabilidade compartilhada no cuidado à saúde e visa aprimorar a qualidade, eficiência e integralidade da assistência aos usuários do sistema de saúde. Os Contratos Organizativos estabelecem os compromissos e as atribuições de cada ente federativo, incluindo municípios, estados e a União. Isso abrange a gestão de unidades de saúde, a alocação financeira para os serviços, a contratação de profissionais, a regulação e o planejamento da oferta de serviços, entre outros aspectos cruciais para a organização do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

Além disso, os Contratos Organizativos também fixam indicadores e metas de saúde a serem alcançados, com o objetivo de aprimorar os resultados e a qualidade dos serviços oferecidos. Esses indicadores podem englobar diversos aspectos, como cobertura vacinal, redução da mortalidade infantil, controle de doenças crônicas e outros. A alocação de recursos financeiros é um elemento de grande importância, em que os valores são definidos para garantir a realização das ações e dos serviços de saúde planejados, levando em conta as necessidades da população e as capacidades financeiras de cada ente federativo. A CIT assume a responsabilidade de debater e determinar questões operacionais, financeiras e administrativas, em consonância com a concepção global da política de saúde. Essa política de saúde é

consolidada nos planos de gestão de cada ente e, posteriormente, é submetida à aprovação dos respectivos conselhos regionais de saúde.

Além disso, as Comissões Intergestores também estabelecem diretrizes gerais referentes às Regiões de Saúde, abrangendo aspectos como a definição dos limites geográficos, a coordenação de encaminhamento de pacientes e outros fatores relevantes para a integração das ações e serviços de saúde entre os diversos entes federativos. Isso ressalta a relevância das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no contexto da regionalização e implementação do SUS. Essas comissões desempenham um papel crucial na definição de diretrizes em âmbito nacional, estadual, regional e inter-regional, relacionadas à organização das redes de atenção à saúde. Isso engloba aspectos relacionados à gestão institucional e à integração das atividades e serviços dos entes federados (BRASIL, 2011).

A criação da Comissão Intergestores Tripartite representa um marco importante na governança do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que retira do governo federal a capacidade de estabelecer normas de forma exclusiva e unilateral que regem o SUS, sobretudo no que se refere aos entes subnacionais (FRUTUOSO, 2010). Essa medida possibilita que estados e municípios desempenhem um papel ativo e compartilhado na formulação e fiscalização das políticas de saúde. Frutuoso (2011) ressalta que antes da criação da Comissão Intergestores Tripartite, o Governo Federal exercia um controle centralizado sobre as diretrizes e normas do SUS, muitas vezes determinando unilateralmente as políticas de saúde. Isso limitava a participação e a autonomia dos estados e municípios na tomada de decisões e na definição das estratégias de saúde mais adequadas às suas realidades locais. Apesar dos desafios de alcançar um consenso entre gestores com mandatos e prioridades distintas, a CIT tem demonstrado a capacidade de tomar decisões importantes e abordar uma ampla gama de temas, muitos deles definidos pelo Ministério da Saúde (PALOTTI et al., 2023).

Contudo, embora o arranjo institucional proposto para a regionalização do sistema de saúde tenha o potencial de promover a cooperação entre os governos locais, fatores estruturais em nível regional e questões político-gerenciais relacionadas à atuação dos governos estaduais impactam o processo (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Nesse contexto, a literatura concorda que a elaboração e execução distribuída das políticas sociais pelas autoridades regionais requerem estratégias produtivas de coordenação, envolvendo o uso de instâncias de negociação (MACHADO, 2014). A coordenação intergovernamental e seus instrumentos são de grande importância nos estudos de políticas públicas em sistemas federativos. Neles, a descentralização de autoridade e a autonomia dos governos subnacionais frequentemente se

chocam com os esforços políticos para promover maior interação e convergência na ação governamental (JACCOUD, 2020).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um dos princípios fundamentais do SUS é sua abrangência, o que impulsionou o desenvolvimento das redes de atenção como um elemento central da sua governança, visando a padronização da oferta de serviços entre os diferentes níveis de cuidado e promovendo a colaboração e integração entre eles (JACCOUD; VIEIRA, 2020). A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o ponto de entrada primordial na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e constitui o nível máximo de descentralização no sistema de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica, mais tarde renomeada como Atenção Primária à Saúde (APS), estabelece que a APS deve ser a preferencial porta de entrada para os usuários do sistema, guiando-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade, humanização, equidade, estabelecimento de vínculos contínuos e participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A diretriz de acesso universal e contínuo é central na abordagem de tratamento e prevenção de doenças. É responsabilidade coordenar o cuidado e organizar o fluxo de atendimento em conjunto com os demais atores das Redes de Atenção à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Um dos princípios-chave da Atenção Primária à Saúde é assegurar o acesso integral aos serviços de saúde. Com isso em mente, o Ministério da Saúde tem ao longo dos anos desenvolvido estratégias para padronizar os serviços nos diferentes níveis de atenção, fomentando a colaboração e integração. O Programa Saúde da Família, inicialmente proposto em 1994, emergiu como uma estratégia para reestruturar a APS. Pouco menos de uma década após, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde reconheceu a Estratégia Saúde da Família como peça fundamental para alcançar a integralidade dos cuidados de saúde.

### 2.2.1 Estratégia Saúde da família: integralidade no SUS

A Estratégia Saúde da Família baseia-se em equipes multidisciplinares que atendem um número definido de famílias em um território delimitado. Essa abordagem concentra-se na responsabilidade clínica e territorial, oferecendo acompanhamento às famílias e especial atenção aos pacientes crônicos. Essa estratégia desempenha um papel crucial na busca pela integralidade dos cuidados, atuando como o primeiro ponto de acesso ao Sistema Único de

Saúde (SUS) e garantindo a continuidade e coordenação dos serviços. Além disso, ao adotar uma abordagem orientada à comunidade, família e cultura, a Estratégia Saúde da Família alinha-se com os princípios do SUS. A definição dos territórios leva em consideração características identificadas em mapas censitários, respeitando as particularidades de cada região e contexto social. Essa delimitação é essencial para qualificar as ações das equipes de Saúde da Família, e o cadastramento da população é um passo crucial para estabelecer uma abrangente rede de vigilância epidemiológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Uma Unidade Básica de Saúde pode abrigar de uma a quatro equipes de Saúde da Família, exigindo recursos adequados para cumprir as diretrizes essenciais, como o primeiro contato, coordenação, continuidade e integralidade dos cuidados. O manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, publicado em 2006, regulamenta o planejamento e avaliação das ações da Estratégia Saúde da Família, incluindo os recursos necessários para a prestação de cuidados multidisciplinares à população. A interdisciplinaridade é um dos princípios mais importantes da Saúde da Família, garantindo a abordagem holística e abrangente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A equipe é composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo responsável por atender toda a população designada, assegurando uma cobertura abrangente. O gestor tem a flexibilidade de incluir mais profissionais, conforme a necessidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A criação da Estratégia Saúde da Família reorganizou os serviços de saúde na Atenção Primária, enfocando a promoção e manutenção da saúde, com um acompanhamento contínuo dos pacientes crônicos. As equipes também lidam com a demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde, enfocam a prevenção de doenças e fornecem cuidados ao longo de todas as fases da vida, oferecendo um atendimento adequado a cada situação. Além disso, o foco na escuta das necessidades dos pacientes e no acompanhamento personalizado torna as equipes da Estratégia Saúde da Família elementos essenciais no ciclo da política pública.

Cabe ao Ministério da Saúde conduzir uma série de atividades relacionadas à Atenção Básica, incluindo a definição e revisão periódica, em conjunto com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Além disso, o Ministério é responsável por assegurar a alocação de recursos federais para financiar e fornecer instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem a gestão, formação e educação contínua dos gestores e profissionais da Atenção Primária. A mais recente diretriz de atendimento regionalizado à população, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), define as competências e os acordos sanitários entre os diferentes níveis de governo (CONASS, 2015).

Essa normativa estabelece que as regiões de saúde devem oferecer atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e vigilância em saúde. Apesar das responsabilidades recaírem sobre estados e municípios, o Ministério da Saúde é responsável por fornecer diretrizes e procedimentos que subsidiem os serviços.

A Comissão Intergestores Tripartite (2011), que é o principal espaço de pactuação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), enfatiza que a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na organização e coordenação do cuidado. Sendo a porta de entrada para o SUS, a APS assume a responsabilidade de monitorar indivíduos enfrentando doenças graves e possíveis problemas de saúde em sua área de atuação. Seu principal enfoque é proporcionar um cuidado contínuo ao longo do tempo, por meio de equipes multidisciplinares de saúde, com a colaboração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), e com o apoio dos demais serviços da rede de atenção sempre que necessário.

A portaria de criação da CIT (BRASIL, 2011) estabelece que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é essencial e deve ser organizado com base nos riscos individuais ou coletivos e na cronologia da própria doença. A atenção primária é a base para garantir esse acesso e deve orientar a organização e direcionamento dos demais cuidados de saúde. Para assegurar a equidade no acesso, é necessário levar em consideração a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo. Isso significa que a priorização no atendimento deve depender da gravidade da condição de saúde de cada indivíduo, bem como dos riscos que a doença ou problema de saúde representam para a população em geral. Portanto, aqueles que apresentam maior risco ou gravidade devem receber atendimento prioritário.

A APS incorpora uma série de preceitos que facilitam o cuidado em situações adversas e emergências em saúde. A prerrogativa de coordenar o cuidado do paciente permite uma melhor identificação dos problemas, encaminhamentos apropriados e eficiência na solicitação de exames e prescrição de medicamentos. No entanto, o nível básico de atenção à saúde ainda requer diversos mecanismos de integração, otimização do acesso e aprimoramento na gestão (DE PINHO BARBOSA; SILVA, 2020).

### 2.3 COVID-19

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado pelas autoridades sanitárias nacionais em 25 de fevereiro de 2020 (SIQUEIRA, 2023). Conforme os dados do Ministério da Saúde (2022), após dois anos, o Ministério registrava um total de 28.744.050 (vinte e oito

milhões, setecentos e quarenta e quatro mil e cinquenta) casos confirmados e 648.913 (seiscentos e quarenta e oito mil, novecentos e treze) óbitos pela doença.

Dada a complexidade da COVID-19, as diversas formas de manifestação do vírus e a ausência de imunização disponível durante grande parte da pandemia no Brasil, medidas não farmacológicas tornaram-se indispensáveis para a contenção da emergência em saúde. A Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelecia as medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente da COVID-19, incluía o isolamento, quarentena para casos suspeitos e/ou confirmados, realização compulsória de exames médicos, testes laboratoriais, coleta de amostras clínicas e, posteriormente, a vacinação, como principais estratégias do sistema de saúde.

A maioria das medidas indicadas nas diretrizes do Ministério da Saúde estava dentro do âmbito da Atenção Primária à Saúde (DE PINHO BARBOSA; SILVA, 2020), que continuava tendo a importante missão de dar continuidade ao cuidado de pacientes crônicos e implementar políticas de prevenção de outras doenças. No entanto, diante da situação, a APS precisou se reinventar para lidar com a demanda considerável de pacientes com COVID-19, ao mesmo tempo em que não podia negligenciar os cuidados à comunidade em geral e às necessidades não relacionadas à doença. A resposta estratégica para enfrentar a emergência foi uma colaboração conjunta entre a União, estados e municípios. No entanto, é importante observar que o Ministério da Saúde possui um arcabouço institucional maior em comparação a muitos estados e municípios, o que influencia na definição, coordenação e implementação das redes de alta complexidade, vigilância epidemiológica e sanitária, bem como na definição de padrões para os serviços prestados pelas secretarias municipais e estaduais de saúde.

### **2.3.1 Pandemia da COVID-19 e Atenção Primária à Saúde**

A resposta sanitária à pandemia de COVID-19 no Brasil teve um foco significativo nos hospitais e nas redes de alta complexidade, com a expansão do número de leitos e unidades de tratamento intensivo (GIOVANELLA, 2022). A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenhou um papel crucial na estratégia de enfrentamento, atuando na prevenção, cuidado e controle da disseminação do vírus. No entanto, a reorganização dos serviços de APS enfrentou desafios, especialmente porque muitos casos eram assintomáticos ou leves (SARTI, 2020), e muitos municípios dependiam principalmente das Unidades Básicas de Saúde (UBS) como serviço de saúde disponível (GIOVANELLA, 2022).

Apesar de a epidemiologia e os sistemas de monitoramento eficazes serem recursos essenciais para identificar e acompanhar surtos e crises de saúde pública, os sistemas de cuidados primários consistentes são a base fundamental para qualquer resposta emergencial (DUNLOP, 2020). A APS, como parte do Sistema Único de Saúde, possui características que a tornam uma parte essencial na resposta a crises de saúde. As equipes multidisciplinares das unidades básicas de saúde têm um profundo conhecimento do território, um vínculo forte com os pacientes e um compromisso com a abordagem integral do cuidado. Além do cuidado em saúde, essas equipes também supervisionam famílias em situação de vulnerabilidade, que foram particularmente impactadas pelas medidas de isolamento social e pelas condições econômicas adversas.

Durante crises sanitárias, é necessário abordar duas vertentes de atuação: a contenção da disseminação da doença em pacientes infectados e a manutenção do tratamento para pacientes que já enfrentavam outras doenças, especialmente as crônicas. Embora o Brasil já tenha enfrentado diversas situações de emergência, como a zika, dengue, H1N1 e outras, a pandemia de COVID-19 trouxe desafios únicos, especialmente devido à forma de contágio. A rápida propagação do vírus, diferentes formas de transmissão e medidas profiláticas que exigem distanciamento social, isolamento de casos positivos e rastreamento de contatos, colocaram uma pressão adicional sobre as equipes de saúde para atuar de maneira mais intensa.

Além de serem responsáveis por cuidar de uma grande parte dos pacientes com COVID-19, as unidades básicas de saúde e as equipes de saúde da família também continuaram a tratar diversas outras condições de saúde que precisavam de atenção mesmo durante o isolamento social. A atuação da APS, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família, pode ser categorizada em quatro frentes importantes: vigilância em saúde nos territórios atendidos por cada equipe de saúde, acompanhamento clínico de casos confirmados ou suspeitos, apoio a grupos vulneráveis e garantia da continuidade do cuidado (GIOVANELLA, 2021).

A vigilância em saúde desempenha um papel crucial em situações emergenciais, especialmente para doenças altamente transmissíveis como a COVID-19. No entanto, a comunicação entre as equipes de saúde e a coordenação nacional pode muitas vezes ser desafiadora. Parte importante da vigilância inclui a testagem de pacientes sintomáticos, suspeitos e contatos. Isso exige infraestrutura adequada e coordenação na aquisição de testes. No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde desempenharia um papel fundamental na definição de critérios e diretrizes para a vigilância de casos.

Durante a pandemia de COVID-19, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenhou um papel essencial na prestação de cuidados individuais aos pacientes, tanto os confirmados quanto os suspeitos da doença. A abordagem da APS diferenciou os fluxos de atendimento entre pacientes com sintomas respiratórios e aqueles com outras condições de saúde, estabelecendo monitoramento por meio de atendimento telefônico e outras estratégias. No entanto, essa abordagem demandou infraestrutura física nas unidades de saúde e acesso a telefones e internet para os profissionais de saúde (GIOVANELLA, 2022).

Devido à sua proximidade com a população, a APS também desempenhou um papel crucial na coordenação de intervenções comunitárias e na abordagem de aspectos sociais da pandemia. Através da colaboração com líderes comunitários e organizações regionais, foi possível conquistar o apoio da população para iniciativas de combate à pandemia, disseminar informações, responder a dúvidas sobre precauções, identificar situações de vulnerabilidade como violência doméstica e auxiliar na distribuição de doações. Além disso, a APS teve que adotar novas metodologias para continuar o acompanhamento e diagnóstico de pacientes, especialmente porque muitos diagnósticos são feitos nas unidades de saúde e encaminhados para centros especializados. A suspensão total dos serviços de saúde teria levado ao acúmulo de demandas, desassistência à população e subdiagnóstico de condições de saúde. Isso foi especialmente relevante para grupos mais vulneráveis à COVID-19, como crianças menores de cinco anos, hipertensos, gestantes, diabéticos, entre outros (GIOVANELLA, 2022).

No entanto, é importante notar que, diferentemente da abordagem comunitária tradicionalmente recomendada para o enfrentamento de epidemias, a estratégia inicial adotada tanto em nível nacional quanto global para combater a pandemia de COVID-19 foi centrada nos casos graves e na resposta hospitalar, deixando de explorar completamente o potencial da rede de atenção primária. As estratégias iniciais focaram principalmente nos casos graves da doença, em vez de estabelecer uma estrutura de atendimento nos níveis mais básicos da saúde. Isso foi notado mesmo que os princípios orientadores da APS sugeriram que ela seja estruturada de maneira integrada e acessível para atender às diversas necessidades individuais de saúde, estabelecendo vínculos duradouros entre provedores de cuidados e pacientes no contexto familiar e comunitário. A falta de alinhamento entre as diretrizes da APS e a abordagem inicial para a pandemia de COVID-19 resultou em perda de benefícios potenciais da rede de atenção primária (FERNANDEZ et al., 2021).

### **2.3.2 Ministério da Saúde: três ministros em três meses**



Este trecho discute o impacto da coordenação e pactuação do Ministério da Saúde durante a pandemia de COVID-19, destacando aspectos relevantes da gestão e do perfil dos dirigentes principais. A gestão do governo Bolsonaro enfrentou desafios na coerência das ações e na formação de mecanismos de governança durante a pandemia. Isso foi evidenciado pela rápida troca de três ministros em três meses, incoerências nas informações fornecidas e demissões de ministros devido a discordâncias em discursos. O primeiro ministro, Luiz Henrique Mandetta, médico e ex-deputado federal, foi nomeado em janeiro de 2019 e liderou as primeiras medidas de contingência do coronavírus (MOTTA, 2021).

Mandetta participou de reuniões da Comissão de Intergestores Tripartite e foi considerado um ponto focal no enfrentamento da crise. Ele defendeu medidas de contenção da contaminação e expressou ceticismo em relação ao uso da cloroquina, um medicamento não comprovado cientificamente que estava sendo defendido pelo presidente Bolsonaro. No entanto, os posicionamentos dos dirigentes frequentemente eram contraditórios e, em muitas ocasiões, Mandetta parecia mais alinhado aos governos estaduais do que ao governo federal.

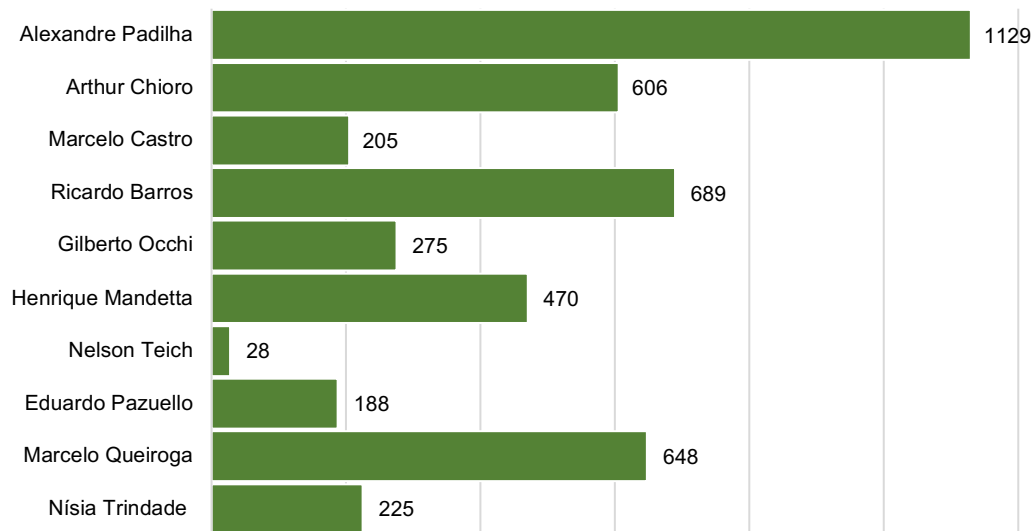
Durante os primeiros meses da pandemia, os pronunciamentos dos dirigentes muitas vezes eram conflitantes, sendo feitos tanto em rede nacional quanto em redes sociais (SHALDERS, 2020). As decisões de saúde e sua possível influência na economia também desempenharam um papel importante na demissão de Mandetta. Quando ele deixou o cargo em abril de 2020, o Brasil já tinha registrado um número significativo de casos confirmados e óbitos. Seu substituto foi o médico Nelson Teich. Mandetta não se posicionou contrariamente ao presidente Bolsonaro ao deixar o cargo e reconheceu a complexidade das decisões que o presidente enfrentava, ponderando entre aspectos econômicos e medidas de prevenção do coronavírus (MOTTA, 2021). Durante a gestão de Mandetta, o Ministério da Saúde emitiu orientações técnicas e materiais informativos para profissionais de saúde sobre os primeiros protocolos de cuidados e manejo de pacientes na atenção básica. No entanto, as ações continuaram focadas em cuidados individuais e emergenciais para casos graves, direcionando recursos para leitos de UTI e hospitais de alta complexidade.

Neste trecho, o texto aborda as mudanças de ministros da Saúde e as diferentes abordagens adotadas pelo governo federal do Brasil durante a pandemia de COVID-19. Após a gestão de Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich assumiu o cargo e propôs medidas mais drásticas, incluindo o isolamento total (lockdown) em áreas com alta taxa de contaminação. No entanto, o presidente Bolsonaro continuou a defender o uso da cloroquina, mesmo sem comprovação científica de eficácia. Isso levou à renúncia de Teich ao cargo, que foi sucedido

pelo general Eduardo Pazuello, defensor da hidroxiclороquina como tratamento precoce. A gestão Pazuello permaneceu até março de 2021.

A permanência de Nelson Teich no governo é a menor em 10 anos, com diferença significativa em comparação aos governos Dilma I, Dilma II, Temer e ao final da gestão Bolsonaro. O gráfico abaixo faz uma comparação entre a permanência de 10 ministros em aproximadamente 10 anos quanto a permanência no cargo.

**Gráfico 1** – Permanência no cargo de ministro da Saúde Dilma I a Bolsonaro.



**Fonte:** Elaboração própria, com dados do Diário Oficial da União.

O presidente Bolsonaro se posicionou contra as medidas de distanciamento social e criticou governadores e prefeitos que adotaram medidas de controle da doença, criando um antagonismo entre economia e saúde. A recomendação do Ministério da Saúde para o uso amplo de cloroquina e hidroxiclороquina resultou na destituição de dois ministros e gerou controvérsia, uma vez que a base científica não respaldava sua indicação. O Supremo Tribunal Federal também se envolveu na questão, determinando que os estados tinham liberdade para implementar medidas relacionadas à COVID-19. A gestão do governo Bolsonaro na resposta à pandemia foi criticada por não responder adequadamente aos desafios e à magnitude da crise social e sanitária, conforme apontado pela literatura (PALOTTI et al., 2023).

É importante ressaltar que este trecho descreve eventos e posicionamentos específicos relacionados à resposta à pandemia de COVID-19 no Brasil e se baseia em fontes citadas ao longo do texto. Palotti et al (2023) utiliza teorias de governança para compreender a resposta do Ministério da Saúde à pandemia da Covid-19. O argumento utiliza o conceito de governança para estipular critérios de avaliação à mobilização da Comissão de Intergestores Tripartite

durante a pandemia. Neste sentido, governança é o conjunto de processos e práticas que os governos utilizam para conduzir atividades dentro de um arranjo institucional, visando especialmente desenvolver as políticas públicas propostas. Nesse sentido, o conceito envolve a adoção de mecanismos e estratégias que permitem aos gestores exercerem suas funções de forma eficiente, transparente e responsável e buscam resultados concretos e tangíveis. Os autores ressaltam especialmente a importância da definição de objetivos claros e mensuráveis, a alocação adequada de recursos, a coordenação entre diferentes atores e setores, a participação da sociedade civil e a prestação de contas.

O estudo apresenta o argumento central de que as medidas de governança durante a pandemia foram profundamente influenciadas por decisões populistas que resistem à burocracia e resultaram no enfraquecimento das instituições tradicionais. A desmobilização e o desmantelamento de políticas públicas foram considerados como parte desse processo, com o ex-presidente adotando uma postura que recusava aconselhamento científico, centralizava instrumentos de planejamento, reduzia recursos humanos do governo e enfraquecia a coordenação governamental.

A relação entre o governo federal e o ex-ministro Mandetta foi destacada como um exemplo desse comportamento. Embora inicialmente ideologicamente alinhado ao governo, Mandetta enfrentou conflitos ao basear suas ações em evidências científicas e seguir protocolos internacionais de saúde. O estudo também argumenta que essa postura de retirada do Poder Executivo como principal coordenador não foi exclusiva da crise do coronavírus, mas parte de uma abordagem mais ampla adotada pelo governo desde o início do mandato, que visava reduzir o papel da ação governamental em favor de maior eficiência e maior autonomia de estados e municípios.

Essa tendência de desmonte e desmobilização não se limitou à pandemia, mas também foi observada em outras áreas, como na gestão do Sistema Único de Assistência Social, na política ambiental e na política nacional de educação. No entanto, os governos subnacionais reagiram a essa abordagem, estabelecendo novos formatos de cooperação e fortalecendo instâncias como o Consórcio do Nordeste. O estudo argumenta que a abordagem populista e a desmobilização da governança tiveram um impacto significativo nas ações e coordenação durante a pandemia e contribuíram para a falta de respostas eficazes e coordenadas à crise.

### 3 METODOLOGIA

Este trabalho tem como objetivo compreender aspectos da pactuação dos serviços de saúde durante o primeiro ano de pandemia no âmbito da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT). A principal pergunta é: Durante a pactuação, o Ministério da Saúde assumiu papel de coordenador dos serviços da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da Covid-19? Diante do enfrentamento da pandemia e das consequências para a população e sistema de saúde, assim como posicionamento do Governo Federal, este trabalho leva em consideração algumas hipóteses e aspectos que deseja investigar. A principal linha de investigação deseja entender se o Ministério da Saúde não se comprometeu com a coordenação da Atenção Primária à Saúde por má gestão de estratégias de contenção do vírus ou se a pactuação foi prejudicada pelo contexto amplo da gestão. A hipótese observa aspectos multiplataforma e que espelham não só a conduta dos três ministros da Saúde que ocuparam o cargo em 2020, mas também a conduta do então presidente, Jair Bolsonaro. Para além disso, investigar a qualidade da pactuação também é essencial para responder à pergunta.

A pesquisa foi realizada a partir da categorização das deliberações das reuniões da Comissão de Intergestores Tripartite, principal instituição de pactuação do Sistema Único de Saúde. A CIT disponibiliza em página própria as pautas, resumos executivos e apresentações. Os resumos executivos são o principal objeto deste estudo porque apresentam os tópicos de discussão e permitem a classificação e análise posterior dos vídeos. Para observar e analisar a pactuação dos serviços de saúde, este trabalho analisou todos os resumos executivos relacionados à Atenção Primária à Saúde, sejam elas de enfrentamento direto à emergência sanitária ou de manutenção dos serviços. Essa classificação tem como objetivo entender a demanda das reuniões da CIT, para compreender o teor das medidas de Atenção Primária à Saúde pactuadas entre os três níveis.

A segunda etapa consiste na análise dos vídeos disponíveis no canal do Youtube: DataSus ao vivo. Neste canal, a CIT disponibiliza as gravações de reuniões plenárias realizadas pela CIT de sete das nove reuniões realizadas em 2020. Nesta análise o trabalho se atentará a três observações: (a) orientações do Ministério da Saúde, (b) argumentos e apresentações dos atores envolvidos na discussão e (c) encaminhamentos para a atuação de estados e municípios. Apesar do estabelecimento de critérios e utilização de dados para compreender o ecossistema da pactuação dos serviços de saúde primários no Brasil, a análise será principalmente qualitativa do ponto de vista da atuação do Ministério da Saúde como principal responsável pela coordenação do sistema de saúde.

O período escolhido foi o ano de 2020 por uma série de justificativas. O primeiro ano da pandemia representava um desafio ao Ministério da Saúde, mas especialmente às secretarias estaduais e municipais. Por isso, há a possibilidade de analisar a resposta inicial do gestor federal em um ano com situações atípicas, mas que representam significativamente a gestão Bolsonaro. A troca de ministros, a negação da ciência, das orientações internacionais e da ação do Governo Central como ator principal aparecem expressivamente no primeiro ano de pandemia. Para além disso, 2020 seria o momento ideal para elaboração de resposta e definição de prioridades para o enfrentamento da pandemia, que duraria pelo menos mais dois anos.

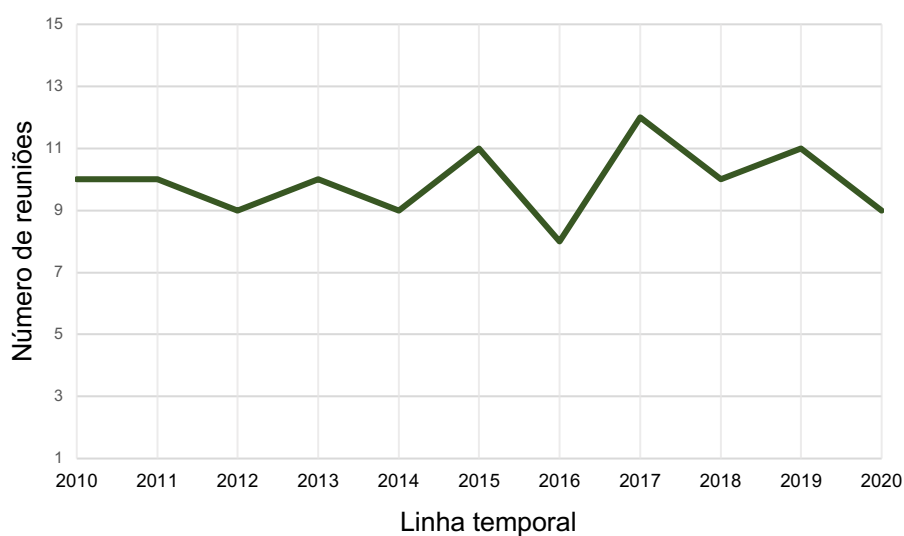
## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para entender mais profundamente o funcionamento da Comissão de Intergestores Tripartite durante a pandemia, este estudo se propõe a estudar a dinâmica de pactuação entre entes, teor das orientações do Ministério da Saúde e principais discussões da Atenção Primária à Saúde.

### 4.1 PACTUAÇÃO E DINÂMICA TRIPARTITE

Em 2020, com a explosão de casos de covid-19, era esperado que ocorressem processos de adaptação e reformulação na estrutura governamental. As reuniões da CIT ocorriam presencialmente e continuaram sendo realizadas com medidas de segurança, como o uso obrigatório de máscara e o máximo distanciamento possível. Durante esse ano, a comissão realizou nove reuniões, sendo apenas sete disponíveis para acesso público na íntegra. Em comparação com anos anteriores, a comissão teve uma redução significativa na atividade, embora ainda tenha mantido uma média próxima de 10 reuniões observadas nos últimos 10 anos.

**Gráfico 2** – Número de reuniões da Comissão de Intergestores Tripartite nos últimos 10 anos.



**Fonte:** Elaboração própria, com dados da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT).

Esse comportamento da comissão pode ser atribuído às dificuldades político-administrativas enfrentadas pelo Ministério da Saúde. Em um curto período de um ano, o ex-presidente Jair Bolsonaro nomeou quatro ministros da Saúde, que entraram e saíram em meio a uma enorme crise sanitária mundial, marcada por inconsistências e incoerências em relação ao próprio chefe do Executivo em várias ocasiões. É relevante notar que, logo no início da pandemia, o Brasil testemunhou um aumento significativo das hospitalizações por Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SARG), o que levanta suspeitas de subnotificação dos casos de Covid-19. Ao mesmo tempo, as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Manaus enfrentaram uma sobrecarga nos sistemas regionais de saúde, agravada pelas vulnerabilidades causadas por negligência política e falta de financiamento adequado.

A atuação divergente do Governo Federal em relação aos esforços de combate à pandemia empreendidos pelos demais níveis de governo também exacerbou a situação, afastando-se das práticas baseadas em evidências científicas. As duas primeiras reuniões do ano, ocorridas em fevereiro e março, foram presididas por Luiz Henrique Mandetta. Na reunião de 6 de fevereiro, o então secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Wanderson Kleber de Oliveira, apresentou a nova emergência sanitária na instância da CIT. Naquela época, a doença ainda não havia chegado ao Brasil e o primeiro caso só seria confirmado 20 dias depois. Posteriormente, o ex-ministro defendeu a autonomia e o planejamento individualizado de estados e municípios. O primeiro evento do ano contou com a participação de secretarias municipais, como as de Sergipe, Campo Grande e São Paulo. A inclusão dessas entidades tinha como objetivo facilitar a apresentação de planos de contingência e o compartilhamento de estratégias emergenciais. No entanto, mesmo com a presença de notáveis gestores da atenção primária no Brasil, nenhum dos acordos estabelecidos focou em medidas específicas para esse âmbito, uma tendência que também se repetiria na reunião subsequente.

Na reunião de março de 2020, que foi a segunda do ano, o Senado Federal já havia declarado estado de calamidade pública e as tensões entre o Planalto e o Ministério da Saúde estavam se intensificando. Embora o vídeo da reunião não esteja disponível, o resumo detalhado oferece informações importantes. Diferentemente do primeiro encontro, secretários estaduais não estiveram presentes, e o diálogo pareceu menos colaborativo em diversos aspectos. Mandetta destacou a viabilidade da transferência descentralizada de recursos para os fundos municipais e estaduais de saúde, com o intuito de acelerar o uso desses recursos no combate à pandemia. A elaboração dos Planos de Contingência pelos estados foi considerada crucial, mas algumas ações foram centralizadas na gestão federal

para evitar uma competição desigual na aquisição de insumos e equipamentos. Além disso, enfatizou-se a importância de uma gestão eficaz e o realocamento de equipamentos entre os estados para otimizar o uso dos recursos e atender às demandas emergenciais.

A reunião de março não está disponível na íntegra, mas a ata oficial da CIT apresenta pontos relevantes das discussões ocorridas. Ainda sob a gestão de Mandetta, os participantes não se concentraram em questões relacionadas aos cuidados primários da população, mas sim abordaram aspectos da articulação entre o ministério, os estados e os municípios. O então ministro enfatizou que os estados seriam os principais responsáveis pela elaboração dos planos de contingência, transferindo novamente o papel de coordenação. Apesar disso, de maneira até mesmo reconhecendo a fragilidade do regime de pouca coordenação adotado, Mandetta explicou que o Ministério da Saúde teve que centralizar medidas devido à desigualdade no enfrentamento da pandemia entre as diferentes regiões.

Em maio de 2020, a CIT realizou sua primeira reunião após a troca de ministros e a permanência de Nelson Teich na direção do Ministério da Saúde por menos de um mês. Na destacada reunião, Eduardo Pazuello reforçou a força do Sistema Único de Saúde e a integridade do próprio ministério. O principal ponto do discurso foi a resposta hospitalar aos casos graves do coronavírus, muito focado na resposta de estados e municípios. Apesar da postura coletiva, do uso constante de verbos na segunda pessoa do plural, Pazuello pouco ou nada ofereceu representação das minúcias da pactuação das medidas apresentadas. Durante a fala, o então ministro expôs as desigualdades regionais e a eminência da interiorização da doença. Neste sentido, chegou a dizer:

"Uma terceira etapa é a progressão para o interior desses estados. Ela é inevitável. Ela vai acontecer e nós temos que estar preparados aumentando a capacidade dessas cidades, capitais e cidades maiores, porque elas também serão o destino dessas pessoas que vão buscar o tratamento. Precisamos investir na capacidade de transporte para fazer as evacuações. Respiradores de transporte, estrutura, que permita que a gente traga dessas cidades do interior para as capitais para o tratamento."

No fim do discurso de abertura, o ministro afirmou:

"Estamos juntos. Conversamos o tempo todo. É uma grande oportunidade ter estruturas como a presidência do Conass, Conasems, a própria OPAS, para que juntos possamos discutir cada problema e chegarmos na melhor solução. Essa já é a minha posição e será a minha posição enquanto estiver à frente do Ministério."

Em seguida, o então presidente do Conasems, Willames Bezerra, destacou a sólida interlocução entre os três níveis de governo, conforme solicitado pela presidente da



Organização Pan-Americana de Saúde, Socorro Gross. A ausência do Ministério da Saúde como figura central na pactuação é especialmente relevante para compreender as dinâmicas das reuniões e da pactuação no âmbito da CIT. O presidente assegurou que seria possível pactuar, no contexto tripartite, as medidas de contenção do coronavírus, mesmo sem a presença de mais representantes, e agradeceu ao ministro pela disposição em receber as demandas subnacionais. A agenda de Eduardo Pazuello do período de 15 de maio a 15 de abril não está disponível na plataforma pública de agendas de autoridades do Ministério da Saúde, o que impossibilita uma avaliação mais extensiva e aprofundada do diálogo com os entes subnacionais. É relevante observar que, a partir desse ponto, nenhuma outra reunião contou com a participação direta de secretários de saúde estaduais e municipais, como na primeira reunião do ano. Isso indica que a comissão não se tornou ativamente um espaço de escuta e discussão com os mais diretamente afetados, ou seja, os gestores da linha de frente dos cuidados em nível subnacional. Seja por falta de transparência ou devidamente cuidado na deliberação de uma política nacional de atenção, os municípios e estados foram pouco ou quase nada contemplados.

Na mesma reunião, Pazuello, juntamente com Alberto Beltrame, presidente do Conass, e Willames Bezerra, presidente do Conasems, assinaram uma série de portarias de incentivos financeiros destinados aos municípios para a implementação de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde, todos fundamentais para a estruturação da APS. Nesse mesmo contexto, os representantes também assinaram medidas de incentivo à informatização das equipes de saúde. Apesar de essas iniciativas serem de grande importância para a atenção primária e a reestruturação diante dos novos desafios, o diálogo entre os três níveis de governo não foi praticado no âmbito da CIT; ao contrário, a comissão se apresentou como um espaço meramente expositivo. Em nenhum momento os participantes discutiram a pactuação, nem apresentaram dificuldades ou sugestões de aprimoramento para a situação dos estados e municípios.

Ainda em maio, a Secretária Substituta de Atenção Primária à Saúde, Daniela de Carvalho Ribeiro, apresentou as principais ações da APS no enfrentamento da COVID-19, que incluíam Saúde na Hora Emergencial, TeleSUS, Consultório Virtual de Saúde da Família, TeleConsultoria, TelePsi, editais emergenciais do Programa Mais Médicos, ampliação da testagem e produção de materiais orientadores. Vale destacar que, até o momento da reunião, o Ministério da Saúde já possuía um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19 que definia que a atenção primária deveria ser organizada em nível local, sem mais orientações ou delimitações. No

entanto, o Ministério da Saúde não estabeleceu um protocolo nacional unificado para o desenvolvimento de medidas básicas. Durante a reunião, Daniela Ribeiro elencou como prioridade garantir o acesso, organizar fluxos específicos e realizar rastreamento precoce. Como medida preventiva, o Ministério indicava a habilitação de salas de coleta e isolamento para pacientes suspeitos e a criação de centros de triagem. Willames Bezerra elogiou a criação do programa de desenvolvimento de centros de triagem e agradeceu, afirmando que a pauta havia sido solicitada pelo próprio Conasems. Novamente, além de ser uma reunião extremamente esvaziada, com poucos representantes presentes, a discussão se concentrou nos presidentes e no ministro. Tornou-se difícil compreender a pactuação, que poderia ter ocorrido nos bastidores, sem possibilidade de avaliação pública ou contestação pelos principais afetados.

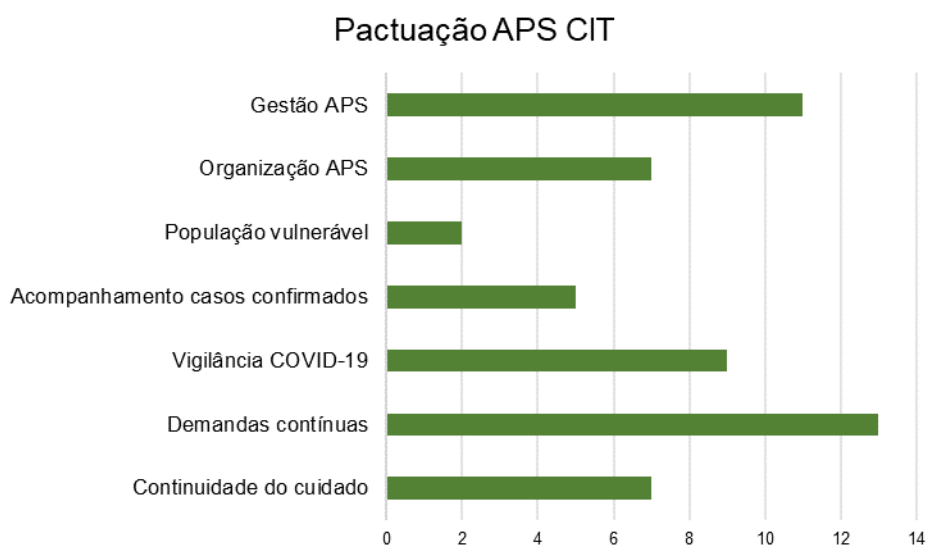
Em junho e julho, sob a gestão de Pazuello, uma portaria foi apresentada para pactuação, definindo a transferência de recursos financeiros para a implementação de ações de gestão em âmbito estadual. Reginaldo Ramos, diretor do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (DGIP), afirmou que a medida havia sido pactuada entre os gestores do Conass e do Conasems, embora mais uma vez fora do escopo da CIT. Contudo, em ambas as discussões, nenhum dos representantes dos conselhos levantou indagações, solicitações ou sugestões para uma adaptação assertiva nos estados e municípios. Durante o encontro de setembro, a vacinação contra a COVID-19 foi discutida pela primeira vez, um processo que amplamente envolve a operacionalização das unidades básicas de saúde. Francieli Fontana Fantinato, coordenadora do Programa Nacional de Imunizações, apresentou o processo de elaboração de um plano, enfatizando que até aquele momento nenhuma vacina havia sido aprovada. No entanto, o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19 só foi publicado em fevereiro de 2022, após 5 meses de desenvolvimento de grupos de trabalho na Secretaria de Vigilância Sanitária, inclusive com a participação do Conass e Conasems.

## 4.2 MEDIDAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este artigo tem como objetivo analisar o conteúdo da pactuação tripartite e a coordenação do Ministério da Saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Entre as deliberações, a atenção primária desempenhou um papel maior do que inicialmente previsto, mas ainda seguiu a mesma dinâmica dos pontos mencionados anteriormente. Com pouca ou nenhuma pactuação efetiva, a CIT serviu mais como uma plataforma para a apresentação de

medidas do que para o verdadeiro diálogo e entendimento entre os entes subnacionais e o Governo Federal. No que diz respeito ao conteúdo das apresentações, a maioria concentrou-se na manutenção das operações das unidades básicas de saúde, incluindo predominantemente medidas para a implementação de recursos digitais nas equipes e a informatização do sistema. Além disso, em segundo plano, o Ministério da Saúde abordou a discussão de programas gerais de gestão na área, como o Programa Previne Brasil. Esse programa consiste em um conjunto de normas criadas durante a gestão Bolsonaro, que vinculam o financiamento da APS ao número de usuários cadastrados, com substancial redução nos repasses aos municípios (MASSUDA, 2020).

**Gráfico 3** – Avaliação do teor das medidas da Atenção Primária à Saúde na CIT em 2020.



**Fonte:** Elaboração própria, com dados da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT).

Durante a pandemia, foram implementadas ações visando à organização da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas ações se traduziram em medidas como a criação de espaços apropriados para lidar com a doença e a implementação de estratégias para assegurar a continuidade das atividades, considerando a necessidade de distanciamento e separação de grupos nas unidades básicas de saúde. Contudo, uma notável ausência de pactuações ou orientações em relação à atenção voltada para grupos vulneráveis foi observada, sendo esse o aspecto mais negligenciado pela coordenação do Ministério da Saúde. Pouco foi feito para assegurar um cuidado adequado e específico para esses grupos, que frequentemente enfrentaram desafios ampliados durante a pandemia.

É fundamental enfatizar que direcionar a atenção aos grupos vulneráveis desempenha um papel crucial na promoção da equidade no sistema de saúde. Esses grupos englobam indivíduos com condições crônicas, gestantes, lactantes, crianças e outras populações que necessitam de vigilância e cuidados contínuos. Entretanto, as medidas emergenciais relacionadas à pandemia resultaram na supressão da atenção voltada para esses grupos, priorizando ações imediatas de combate à Covid-19. Essa negligência teve um impacto desproporcional sobre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as secretarias de saúde nos âmbitos estaduais e municipais. Essas entidades tiveram que enfrentar demandas represadas e crises de gestão e socioeconômicas devido à falta de atenção adequada aos grupos vulneráveis.

A rede básica de atenção à saúde, que poderia ter sido gerenciada de maneira mais eficaz, especialmente considerando a escassez de recursos que há anos a aflige, não recebeu a devida ênfase e planejamento. Isso é evidenciado pela ausência de medidas específicas para a APS nas pactuações do Ministério da Saúde em fevereiro de 2020. Em todas as pactuações, especialmente aquelas conduzidas por Eduardo Pazuello, as reuniões se tornaram meramente espaços de apresentação, com escassa ou nenhuma discussão substantiva. Nesse contexto, apesar da ampla gama de questões apresentadas, como já ressaltado neste estudo, a CIT parece ter perdido sua posição como principal instância de pactuação. Portanto, por meio desta análise, este trabalho destaca a considerável responsabilidade e, até mesmo, isolamento enfrentados pelos estados nesse período.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, identificamos evidências que apontam a Comissão de Intergestores Tripartite como um cenário predominantemente utilizado para a apresentação de medidas, ao invés de cumprir sua tradicional função de discussão e refinamento de políticas de saúde. A participação dos entes subnacionais na primeira reunião poderia ser uma promissora estratégia para garantir negociações de qualidade e potencialmente mitigar os impactos adversos, especialmente no que tange às disparidades na abordagem da pandemia. Ao contrário, os resultados da análise explicitam a falta de coordenação e colaboração, revelando uma série de ações contraditórias em um governo que demonstrou desorganização em suas respostas coordenadas.

Quanto ao conteúdo das medidas adotadas, a negligência voltada para grupos vulneráveis e as ações de cuidado direcionadas a pacientes com condições crônicas, gestantes, lactantes, crianças e outros grupos necessitados de atenção e prevenção contínuas foram notáveis. Isso foi feito em detrimento das ações emergenciais relacionadas à pandemia. Embora essas ações tenham sido pertinentes, especialmente nos estágios iniciais da crise, essa negligência impactou de forma desproporcional os usuários do SUS, assim como as secretarias de saúde em níveis estaduais e municipais. Essas entidades tiveram que lidar com demandas acumuladas e crises emergenciais de gestão e socioeconômicas. O potencial da rede básica de atenção à saúde poderia ter sido explorado de maneira mais aprofundada e gerenciado de forma mais eficaz, apresentando planos de contingência abrangentes e adaptativos. Isso é oposto ao que foi evidenciado em fevereiro de 2020, quando medidas para a Atenção Primária à Saúde (APS) sequer foram mencionadas.

Este estudo ressaltou que, apesar da presença de representantes, poucos ou nenhum plano de gestão efetivo foi elaborado em conjunto e de maneira pública. Isso é particularmente notável ao considerar que os mais afetados diretamente pela crise na atenção primária - estados e municípios - foram pouco envolvidos. No entanto, a pesquisa enfrenta desafios devido à escassez de informações provenientes do próprio Governo Federal, limitando a capacidade de analisar a atuação do Ministério da Saúde nos bastidores. Portanto, avaliar a eficácia das pactuações não documentadas em reuniões públicas se torna uma tarefa complexa. É claro que a coordenação é um processo multifatorial, e esta pesquisa se concentrou apenas em um aspecto, destacando a importância de continuar essa avaliação como uma agenda de pesquisa para o aperfeiçoamento do SUS. Avaliar a resposta da atenção primária e explorar as possibilidades de expansão e eficiência em face de uma coordenação

eficaz podem ser a chave para desenvolver estratégias de enfrentamento para outras emergências em saúde, como no caso da dengue.

Diante da análise da pactuação, várias questões emergem para serem exploradas: qual é o grau de envolvimento do Ministério da Saúde na formulação de diretrizes de cuidado e fluxos de atendimento nas secretarias estaduais? Quão eficaz é a representação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) no contexto da Comissão Intergestores Tripartite? Como os entes subnacionais responderam à ausência de coordenação por parte do governo federal durante a pandemia?

Além disso, uma das questões mais prementes decorrentes deste estudo é a real extensão das consequências da falta de suporte do Ministério da Saúde no agravamento das disparidades regionais e na desestruturação da Atenção Primária à Saúde durante o primeiro ano de governo. Esse ponto está diretamente relacionado à vacinação, que, em grande parte, foi conduzida através da APS. Portanto, a avaliação da resposta imediata, especialmente no que se refere ao apoio oferecido pelo governo federal, é crucial para compreender as oportunidades e lacunas na imunização da população. Por conseguinte, a avaliação multidimensional da coordenação e a identificação de deficiências na atividade revelaram tendências e posições que justificam, em certa medida, as dificuldades enfrentadas por estados, regiões e, em particular, pelos municípios. A pandemia da covid-19 evidenciou a ausência de um projeto sólido de fortalecimento e planejamento da APS, resultando em um impacto significativo no cuidado das populações mais vulneráveis.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, v. 54, p. 663-677, 2020.

AGRANOFF, Robert; RADIN, Beryl A. Deil Wright's overlapping model of intergovernmental relations: The basis for contemporary intergovernmental relationships. *Publius: The Journal of Federalism*, v. 45, n. 1, p. 139-159, 2015.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, v. 18, p. 17-26, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 002, de 26 de abril de 1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 abr. 1991. Seção 1, p. 6. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/arquivos/resolucao\\_cns\\_n02.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/arquivos/resolucao_cns_n02.pdf). Acesso em: 23 mai 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *A Assistência farmacêutica no SUS. Para entender a gestão do SUS*. 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 7 jun 2023.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 fev. 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20medidas%20para,rspons%C3%A1vel%20pelo%20surto%20de%202019](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20medidas%20para,rspons%C3%A1vel%20pelo%20surto%20de%202019). Acesso em: 2 de julho de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 mai 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Nota Técnica nº 3/2022-SCTIE/MS: Fundamentação e decisão acerca das diretrizes terapêuticas para o tratamento farmacológico da COVID-19 (hospitalar e ambulatorial).

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações sobre a COVID-19. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19\\_html/covid-19\\_html.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html). Acesso em: 8 de jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Consolidação CIT nº 01, de 30 de Março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica 03/2015: Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAP. Brasília, DF, 02 mar. 2015.

FERNANDEZ, Michelle; FERREIRA, Rebeca; DE SOUZA, Stelle de Rocio. As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados. *Reflexión Política*, v. 23, n. 48, p. 98-109, 2021.

DE PINHO BARBOSA, Simone; SILVA, Ana Valesca Fernandes Gilson. A prática da atenção primária à saúde no combate da COVID-19. *APS em Revista*, v. 2, n. 1, p. 17-19, 2020.

DUNLOP, Catherine et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP open*, v. 4, n. 1, 2020.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, p. e00321153, 2021.

FERNANDEZ, Michelle; PINTO, Hêider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. 2020.

FRUTUOSO, Jurandi. A gestão do Sistema Único de Saúde. Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade. Brasília, DF: Unesco, p. 89-105, 2010.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, 2020.

GIOVANELLA, Ligia et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em debate*, v. 44, p. 161-176, 2021.

GIOVANELLA, Ligia et al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de covid-19 no SUS. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 201-216, 2022.

JACCOUD, L. DE B.; VIEIRA, F. S. Autonomia, integralidade e desafios de coordenação no SUS. 2020.

JACCOUD, Luciana de Barros (Organizadora). Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras. Rio de Janeiro: IPEA, 2020.

JACCOUD, Luciana de Barros. Instrumentos de coordenação e relações intergovernamentais. Rio de Janeiro: IPEA, 2020.



JACCOUD, Luciana de Barros; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Texto para Discussão, 2018.

LEWCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Revista Ciência Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, 2001. p. 269-291.

LOPREATO, Francisco Luiz C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. Economia e Sociedade, v. 31, p. 1-41, 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 48, p. 642-650, 2014.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MENICUCCI, Telma; MARQUES, Alisson Maciel de Faria. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. Dados, v. 59, p. 823-865, 2016.

MENICUCCI, Telma; MARQUES, Alisson Maciel de Faria. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. Dados, v. 59, p. 823-865, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Covid-19: 26.082.511 pessoas estão recuperadas no Brasil. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-semanais-covid-19/covid-19-26-082-511-pessoas-estao-recuperadas-no-brasil>. Acesso em: 08 de julho de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E, Legislação em Saúde).

MOTTA, Anaís. Mandetta, Teich, Pazuello e Queiroga: os 4 ministros da Saúde da pandemia. UOL, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuello-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 8 jul. 2023.

PALOTTI, Pedro; FILGUEIRAS, Fernando; TESTA, Graziella G. Desmobilização institucional e estilos de governança multinível: o caso da CIT da saúde no governo federal brasileiro na pandemia de covid-19. 2023.

SARTI, Thiago Dias et al. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic?. Epidemiologia e serviços de saúde, v. 29, 2020.

SHALDERS, André. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques. BBC, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728#:~:text=V%C3%ADdeos-,Mandetta%20%C3%A9%20demitido%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%92>

Bade%20ap%C3%B3s%20um%20m%C3%AAs,Bolsonaro%3A%20relembre%20os%20 principais%20choques&text=O%20m%C3%A9dico%20e%20ex%2Ddeputado,mais%20o %20ministro%20da%20Sa%C3%BAde. Acessado em: 8 jul. 2023.

SIQUEIRA, Camila Alves dos Santos et al. COVID-19 no Brasil: tendências, desafios e perspectivas após 18 meses de pandemia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 46, p. e74, 2023.

SOUZA, C. Coordenação de políticas públicas. Brasília: Enap, 2018.

SOUZA, Celina Maria de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de sociologia e política*, p. 105-121, 2005.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde em debate*, v. 44, p. 100-113, 2021.

WRIGHT, D. *Understanding intergovernmental relations*. Califórnia: Wadsworth Publishing Company, 1988.