

CELMÁRIO CASTRO BRANDÃO

GOVERNANÇA FEDERAL NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

BRASÍLIA, 2023

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CELMÁRIO CASTRO BRANDÃO

**GOVERNANÇA FEDERAL NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

**BRASÍLIA
2023**

CELMÁRIO CASTRO BRANDÃO

**GOVERNANÇA FEDERAL NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE
PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL**

**Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Doutor em
Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.**

Aprovado em: _____/_____/ 2023.

BANCA EXAMINADORA

Ana Valéria Machado Mendonça – (presidente)

Universidade de Brasília – UnB

Éverton Luís Pereira

Universidade de Brasília – UnB

Isabela Cardoso de Matos

Universidade Federal da Bahia – UFBA

André Luís Bonifácio de Carvalho

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

À minha amada Erika e aos meus amados filhos, Maria e Davi, ambos nascidos junto com esta Tese. Vocês me mostram cotidianamente o significado do maior amor e do maior carinho do mundo. Me inspiram, me motivam, me desafiam e me fazem sorrir e chorar. A vocês, eternamente, as bênçãos e a proteção de Deus!

Ao meu pequeno Davi, que em seus poucos meses em nosso meio, dividiu a atenção do papai com a finalização deste documento. Se eu soubesse, filho... Muito obrigado pela sua breve passagem, repleta de amor, ternura e felicidade. Sua partida deixou um buraco em nossa existência, mas suas lembranças sempre serão luz e alegria em nossa vida. Seja um anjinho muito feliz e “sapequinho” aí nos céus. Para sempre te amaremos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado tanto, por nos guiar e nos manter firmes ao longo da tortuosa jornada da vida.

À Erika, pela paciência, companheirismo, amor e cuidado, além das horas de discussões, com sua admirável capacidade reflexiva e raciocínio diligente, na concepção e maturação desta Tese.

Aos meus filhos, Maria e Davi, pela compreensão pelas ausências e, principalmente, por ressignificarem a minha existência ao me apresentarem o amor mais puro e verdadeiro que pode existir.

À minha mãe, Celci, pelo amor e apoio incondicionais de todas as horas, pela confiança e por ser a responsável por tudo.

Ao meu pai, Osório, à minha irmã Laile e ao meu irmão anjo Hugo, pela convivência fraterna, pelas alegrias, pelas memórias, pelo amor e pela saudade.

À minha vó Dinha, pelas orações a mim direcionadas de todos os dias.

A todos os tios, primos e demais familiares de Ninheira, pela harmonia, que dá segurança e paz.

Às professoras Dras. Ana Valéria Machado Mendonça e Maria Fátima de Sousa, por acreditarem em mim, me passarem confiança, me orientarem, me motivarem e por tornarem o presente processo muito mais leve.

Aos amigos, de perto e de longe, que transmitem respeito, afeto e felicidades.

À Escola Estadual de Ninheira e aos profissionais que passaram por lá e que lá ainda se encontram. Ali comecei minha jornada acadêmica, onde as salas eram separadas por lonas! Obrigado pela paciência e dedicação!

Ao Curso Pré-Vestibular Dom Climério e à Associação Cultural de Agentes de Pastoral Negros (APNs) de Vitória da Conquista, Bahia, pelo esforço em promover a educação da população negra.

Ao movimento estudantil que deu origem à Residência Universitária 5 (Frederico Perez), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sem ela eu teria voltado pra casa, sem a menor chance!

Ao presidente Luís Inácio Lula da Silva, que fez com que as portas da universidade se abrissem para pessoas como eu, por ainda nos manter esperançosos.

Aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) comprometidos com a saúde pública, pela dedicação cotidiana que nos faz acreditar.

Aos usuários do SUS, que reconhecem, valorizam, respeitam e militam pelo sistema. Seguiremos juntos!

Ao quadro de servidores da Universidade de Brasília (UnB), em especial, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde (PPGSC-FS), pelo conhecimento, pela orientação, pela convivência, pela partilha e pela disponibilidade. Muitíssimo obrigado!

“O conhecimento nos faz responsáveis”.

(Che Guevara)

“Fé em Deus que Ele é justo”.

(Racionais MC's)

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo compreender a governança do Ministério da Saúde na gestão da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 e suas implicações sistêmicas na atenção à saúde da população brasileira no período. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa subdividido em três etapas, quais sejam: 1) Via pesquisa documental exploratória, tem-se uma contextualização acerca da atuação daquela pasta governamental em sua relação com a Presidência da República no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no Brasil; 2) Via pesquisa documental, tem-se o processo de pactuação da política de enfrentamento à pandemia no âmbito da Atenção Primária à Saúde por parte do Ministério da Saúde; e, 3) Realização de pesquisa documental e estudo dos dados das ações produzidas e registradas nos sistemas de informações oficiais pelas equipes em atuação na Atenção Primária à Saúde, com foco na análise da resposta dos serviços às proposições feitas pela referida pasta governamental, levando em consideração seu modelo de governança para o processo de formulação e implementação de tais políticas. No Ministério da Saúde têm-se as evidências de medidas fortemente orquestradas pela Presidência da República, que influenciaram negativamente sua atuação no enfrentamento à pandemia, quais sejam: rotatividade de ministros; fragilização da Atenção Primária à Saúde; inoperância no colapso da rede assistencial; ruptura do pacto federativo; morosidade na aquisição de vacinas; descaso com a ciência; debilitação da estratégia de testagem; militarização da saúde; opacidade das informações em saúde; corrupção; descoordenação da política etc. O debate sobre o enfrentamento à pandemia da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde tem sua ação identificada em 23 reuniões/encontros oficiais, em sua maioria, no âmbito da gestão, sendo minorados os espaços científicos e de participação popular. No que se refere ao conteúdo das 34 publicações ministeriais detectadas, apenas 15 apresentam discussões prévias com outras representações institucionais. Por fim, a análise dos dados de produção das equipes demonstra que, em grande parte das situações, as Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde não produzem qualquer incremento de produção das equipes nas variáveis elencadas. Levando em consideração que mais de R\$ 1,7 bilhões foram aportados pelas Portarias em questão, era de se esperar um aumento substancial na produção. Entretanto, acredita-

se que a postura do Ministério da Saúde e da Presidência da República levaram a uma deterioração da governança a ponto de se perceber corroída sua legitimidade na condução da política de enfrentamento à pandemia da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. Conclui-se que a evidente descoordenação central, a ruptura do pacto federativo e a hierarquização do modelo histórico de governança em redes no Sistema Único de Saúde, induzidas no âmbito do Ministério da Saúde pela agenda autoritária e negacionista da Presidência da República, culminaram em consequências prejudiciais ao desempenho do país como um todo no enfrentamento à pandemia da covid-19. O principal desfecho desta atuação pode ser resumido nas tristes estatísticas de casos e óbitos por COVID-19 desigualmente distribuídos no país, reforçando a ideia de uma necropolítica no Brasil.

Palavras-chave: Sistema único de saúde; Política de saúde; Governança em saúde; Atenção Primária à Saúde; COVID-19.

ABSTRACT

The present study aims to understand the governance of the Ministry of Health in the management of Primary Health Care to face the COVID-19 pandemic and its systemic implications in the health care of the Brazilian population in that period. This is a study with a qualitative and quantitative approach subdivided into three stages, namely: 1) Through exploratory documentary research, there is a contextualization about the role of that government department in its relationship with the Presidency of the Republic in facing the pandemic of the COVID-19 in Brazil; 2) Through documentary research, there is the process of agreeing on the policy to face the pandemic in the scope of Primary Health Care by the Ministry of Health; and, 3) Conducting documentary research and studying the data of actions produced and recorded in the official information systems by the teams working in Primary Health Care, focusing on the analysis of the services' response to the propositions made by the aforementioned government department, leading to into account its governance model for the process of formulating and implementing such policies. In the Ministry of Health, there is evidence of measures strongly orchestrated by the Presidency of the Republic, which negatively influenced its performance in facing the pandemic in question, namely: turnover of ministers; weakening of Primary Health Care; ineffectiveness in the collapse of the care network; rupture of the federative pact; slowness in acquiring vaccines; neglect of science; weakening of the testing strategy; militarization of health; opacity of health information; corruption; miscoordination of policy etc. The debate on tackling the COVID-19 pandemic in Primary Health Care has its action identified in 23 official meetings/meetings, mostly within the scope of management, with reduced scientific spaces and popular participation. With regard to the content of the 34 ministerial publications detected, only 15 present previous discussions with other institutional representations. Finally, the analysis of the teams' production data demonstrates that, in most situations, the Ordinances published by the Ministry of Health do not produce any increase in the teams' production in the listed variables. Taking into account that more than R\$ 1.7 billion were contributed by the Ordinances in question, a substantial increase in production was to be expected. However, it is believed that the stance of that government department and the Presidency of the

Republic led to a deterioration in governance to the point of perceiving its legitimacy in conducting the policy to face the COVID-19 pandemic in Primary Health Care being eroded. It is concluded that the evident central lack of coordination, the rupture of the federative pact and the hierarchization of the historical model of governance in networks in the Unified Health System, induced within the scope of the Ministry of Health by the authoritarian and denialist agenda of the Presidency of the Republic, culminated in consequences harmful to the performance of the country as a whole in facing the pandemic in question. The main outcome of the action in vogue can be summarized in the sad statistics of cases and deaths from COVID-19 unequally distributed in the country, reinforcing the idea of a necropolitics in Brazil.

Keywords: Unified health system; Health policy; Health governance; Primary Health Care; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

3º artigo – Resposta da atenção primária ao modelo de governança do ministério da saúde no enfrentamento à covid-19 no Brasil.

Figura 1: Evolução da produção nas variáveis, data de publicação das portarias e n.º de casos de covid-19, 2020 e 2021.....114

LISTA DE QUADROS

1º Artigo – O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil

Quadro 1: Codificação, portais e autores dos principais achados relacionados ao enfrentamento à pandemia pelo Ministério da Saúde e Presidência da República61

2º Artigo – Governança federal na construção da política de enfrentamento à covid-19 na atenção primária à saúde brasileira.

Quadro 1: Síntese dos portais, roteiros de seleção e critérios de exclusão dos encontros/reuniões e publicações.....87

Quadro 2: Espaços com participação de gestores do MS, onde foi debatido o enfrentamento à pandemia na APS.....89

Quadro 3: Identificação, categorização e síntese das discussões acerca do enfrentamento à pandemia na APS.....91

Quadro 4: Síntese dos achados das publicações instituindo ações de enfrentamento à pandemia de covid-19 na APS.....99

Quadro 5: Identificação das publicações e dos respectivos debates sobre o enfrentamento à pandemia de covid-19.....101

3º Artigo – Resposta da atenção primária ao modelo de governança do ministério da saúde no enfrentamento à covid-19 no Brasil.

Quadro 1: Identificação das portarias, montante de recursos e respectivas variáveis de análise das ações propostas.....111

LISTA DE TABELAS

3º Artigo – Resposta da atenção primária ao modelo de governança do ministério da saúde no enfrentamento à covid-19 no Brasil.

Tabela 1: Dados de produção em cada variável no mês, ao 3º mês e na média do 4º ao 6º mês da publicação das portarias.....116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ABIN	-	Agência Brasileira de Inteligência
ABM	-	Associação Brasileira de Municípios
ABRASCO	-	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	-	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AGU	-	Advocacia Geral da União
ANVISA	-	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APNs	-	Associação Cultural de Agentes de Pastoral Negros
APS	-	Atenção Primária à Saúde
art.	-	Artigo
CBAF	-	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CGFAP	-	Coordenação Geral de Financiamento da Atenção Primária
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CNM	-	Confederação Nacional de Municípios
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
COE	-	Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde
CONEP	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	-	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CPI	-	Comissão Parlamentar de Inquéritos
DAPES	-	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DESF	-	Departamento de Saúde da Família
DF	-	Distrito Federal
eAP	-	Equipe de Atenção Primária
EC	-	Emenda Constitucional
eCR	-	Equipe de Consultório na Rua

ESF	- Estratégia de Saúde da Família
eSF	- Equipe de Saúde da Família
EESP BA	- Escola Estadual de Saúde Pública do Estado da Bahia
ESPII	- Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	- Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EUA	- Estados Unidos da América
FDA	- <i>Food and Drug Administration</i>
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FNP	- Frente Nacional de Prefeitos
FNS	- Fundo Nacional de Saúde
FS	- Faculdade de Ciências da Saúde
GM	- Gabinete do Ministro
MS	- Ministério da Saúde
nº	- Número
NASF AB	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NT	- Nota Técnica
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
PAB Fixo	- Piso de Atenção Básica Fixo
PDF	- <i>Portable Document Format</i>
PEC	- Proposta de Emenda Constitucional
PLOA	- Projeto de Lei Orçamentária Anual
PMM	- Programa Mais Médicos
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNI	- Programa Nacional de Imunizações
PNO	- Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19
PNS	- Plano Nacional de Saúde
PPB	- Programa Previne Brasil
PPGSC	- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PR	- Presidência da República
Pt.	- Portaria
RAS	- Redes de Atenção à Saúde

SAPS	- Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Sars-CoV-2	- <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SE	- Secretaria Executiva
SECOVID	- Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19
SGTES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SISAB	- Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica
SnaH	- Saúde na Hora
SOF	- Secretaria de Orçamento Federal
SP	- São Paulo
STF	- Supremo Tribunal Federal
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UF	- Unidade da Federação
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UnB	- Universidade de Brasília
USF	- Unidade de Saúde da Família
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	21
3 OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4 REFERENCIAL TEÓRICO	26
4.1 ESTADO E PODER.....	26
4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	32
4.3 GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS	37
4.4 A EPISTEMOLOGIA DO MÉTODO.....	44
5 PERCURSO METODOLÓGICO	51
5.1 ETAPA 1	51
5.2 ETAPA 2	52
5.3 ETAPA 3	55
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6.1 ARTIGO CIENTÍFICO 1	58
6.2 ARTIGO CIENTÍFICO 2	84
6.3 ARTIGO CIENTÍFICO 3	108
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	134
APÊNDICE	143
APÊNDICE A – CÓDIGOS E REFERÊNCIAS (LINKS) DAS FONTES (SITES) UTILIZADOS(AS) NO ARTIGO 1	144

1 APRESENTAÇÃO

Nasci e cresci em uma parte do sertão do Brasil que pouquíssima gente ouviu falar: a localidade de Ninheira, situada no norte de Minas Gerais, divisa com o sudoeste da Bahia.

Minha implicação com a Atenção Básica (AB) – ou Atenção Primária à Saúde (APS) – vem de muito tempo: desde quando levava o almoço para minha mãe – aos 10... 12 anos de idade –, auxiliar de enfermagem no “postinho” (e parteira) por mais de 30 anos. Adorava ficar naquele ambiente descansando do caminho de subida de sua casa – cuja rua era apelidada de “cansa cavalo” –, esperando-a terminar de comer, com a desculpa de levar a “vasilha” de volta. Nesse meio tempo, ficava observando a dinâmica do lugar, excepcionalmente difícil para trabalhadoras e usuários, e quase sempre sem médico.

Tal dificuldade refletia em um sentimento de ódio pelo mesmo serviço em uma cidade vizinha, quando tinha que acordar de madrugada para conseguir uma consulta médica ou um exame de sangue (assim como quase todo mundo fazia à época).

Há muito também acompanho, com um pouco mais de distância, por morarmos separados, a rotina de meu pai: exausto na hora do almoço e finais de tarde por fazer suas visitas domiciliares, como Agente Comunitário de Saúde (ACS) – há quase 25 anos –, em residências distantes, a pé. Hoje em dia, a coisa melhorou um pouco para o “véi”, que já troca áudios no celular com os pacientes em busca de “fichas”, “encaixes” e vagas no carro da prefeitura para Montes Claros, ou outras cidades maiores e com melhor estrutura de serviços – Ninheira possui apenas 10 mil habitantes.

Em meio a tão marcantes influências, após um tempo parado sem condições financeiras de sair para estudar, finalmente peguei a estrada em busca de um curso de graduação na área da Saúde. Graças à interiorização do vestibular e às políticas de ações afirmativas impulsionadas no primeiro governo do presidente Lula, me graduei em Farmácia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mas, o que esse lugar mais me ensinou foi – acima de tudo, por meio do movimento estudantil – sobre cidadania e direitos, além da necessidade da luta política constante para a promoção da Justiça e a redução das desigualdades no Brasil.

Formado, carreguei para o trabalho o anseio de outrora por melhores condições de trabalho e atenção à saúde da população em um Sistema Único de Saúde (SUS) público, gratuito, universal e de qualidade. Trabalhei com gestão de processos educativos na Escola Estadual de Saúde Pública do Estado da Bahia (EESP BA) e na gestão de municípios do interior daquele estado – locais de aprendizado excepcional.

Em 2014, cheguei ao Ministério da Saúde (MS) para trabalhar na gestão federal, especificamente pra ajudar na resolução daquele perrengue lá do início da conversa. Trabalhei na gestão do Programa Mais Médicos (PMM) no período 2014-2015. A partir daí, passei a atuar, como servidor efetivo da casa, de maneira mais generalista na gestão da AB, discutindo e construindo, nos âmbitos federal, estadual e municipal, as estratégias e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no então Departamento de Atenção Básica do MS.

Reconheço-me como um produto bruto, em constante lapidação, de políticas públicas, passando por escola, universidade, trabalho e vivência na “coisa pública”. Desta forma, sempre vislumbro o compromisso moral e a necessidade de aperfeiçoar de minha capacidade de dar um retorno ao Estado e ao povo brasileiro, que desde sempre e, a diversos modos, investem em mim. Neste sentido, a presente Tese de Doutorado cumpre o papel em questão.

Para o estudo, me repositionei profissionalmente, me afastando da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), ao passo que, posteriormente, me licenciei do MS até a conclusão da pesquisa, minimizando, assim, possíveis vieses ou conflitos na realização deste trabalho.

Desde sempre determinado a fazer análise de políticas no campo da saúde, porém, com objetos que surgiam e depois minguavam, acabei fortemente tocado pela inaptidão do Governo Federal brasileiro, no enfrentamento à maior crise sanitária vivida pela atual e por várias gerações anteriores.

Diante do exposto, a presente pesquisa me possibilitou o reconhecimento e a compreensão de que a *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), que vitimou, letalmente ou não, a mim mesmo, a amigos e a familiares meus, foi encarada por ocupantes de cargos no Poder Executivo federal brasileiro, desde a Presidência da República (PR) até por dirigentes no MS, como algo menor, dicotomizando a economia e a saúde das pessoas, sobretudo, daquelas historicamente marginalizados em nossa sociedade, que para eles, não há remorso em “deixar morrer”.

Percebi que a capacidade de resposta do SUS foi debilitada pela fragilização da rede de governança do sistema, por parte do MS, que a mando do Presidente da República de então, se omitiu na coordenação do enfrentamento à pandemia da COVID-19, e até mesmo se esforçou em entravar a atuação dos demais agentes públicos que efetivamente se preocupavam em cuidar da população.

A partir desta visão, coloca-se o desafio de, ao retornar ao trabalho no MS, apresentar a pesquisa em voga a seus dirigentes e continuar defendendo o fortalecimento do diálogo com a Academia, com os Conselhos, com os movimentos sociais, com os usuários e com os trabalhadores, além de fortalecer o pacto federativo como forma de melhoria da efetividade das políticas públicas e da eficiência do Sistema.

Destaco que o SUS foi construído de maneira democrática e popular, nas ruas, pelas cidadãs e pelos cidadãos que encamparam a luta pela reforma sanitária brasileira, possibilitando a conformação do maior sistema público de saúde do mundo. Por conseguinte, os atos antidemocráticos e criminosos praticados em Brasília, em 8 de janeiro de 2023, deixam claro que a atitude do Governo Federal frente à pandemia da COVID-19 se trata de uma representação de uma parcela da sociedade que se encontra adoecida e que necessita de cuidado.

Tal adoecimento se dá por ignorância (falta de conhecimento), pela orfandade deixada pela cruel ditadura militar a seus militares e beneficiários ou pelas ondas de mentiras e corrupção que ganharam corpo a partir de 2014, passando por um golpe que depôs uma presidenta legitimamente eleita pelo voto popular, promovido pela aliança da mídia com uma parcela do Judiciário e grande parte do Legislativo federal. Tal aliança fecundou um desgoverno sem alma, que incorreu em uma série de equívocos e perversidades que fez o país encabeçar mundialmente a lista de mortes proporcionais por COVID-19.

Diante do exposto, espero que as linhas que se seguem contribuam para a memória histórica acerca do modo como o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro se posicionou no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no país, bem como para que os gestores, as instituições e a sociedade como um todo percebam o rastro de morte deixado pela eleição de governos ultraliberais e neofascistas.

Saúde é democracia. Democracia é saúde.

2 INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade global à ocorrência de doenças infecciosas potencialmente causadoras de pandemias tornou-se mais uma vez evidente em 2020. Para tanto, contribuíram, em grande medida, o amplo crescimento da circulação de pessoas e mercadorias, o uso intensivo e não sustentável de recursos naturais, e as mudanças sociais com implicações diretas no trabalho, na educação, no emprego e na renda, a exemplo do adensamento populacional urbano com massiva mobilidade de indivíduos, sobretudo, em condições de pobreza, com péssimas condições de moradia e saneamento (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020).

No cenário em questão, em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a emitir alertas sobre um novo Coronavírus, de capacidade pandêmica, identificado na China. Já em janeiro de 2020, aquela Organização declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e assumiu a denominação *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Sars-CoV-2), em fevereiro do mesmo ano, para o vírus causador da pandemia da *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) (OLIVEIRA E CRUZ *et al.*, 2022).

No começo de fevereiro, antes do primeiro caso no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) acionou o Plano Nacional de Resposta a Emergências de Saúde Pública e implantou o Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública (COE) para o novo Coronavírus. Em 3 de fevereiro de 2020, aquela pasta governamental declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) com o primeiro caso da COVID-19 registrado em 26 de fevereiro do mesmo ano (OLIVEIRA E CRUZ *et al.*, 2022). Posteriormente, estudos demonstraram que o vírus já circulava no país desde os primeiros dias de janeiro de 2020. No início de março do mesmo ano, os primeiros casos de transmissão comunitária foram identificados (FONSECA *et al.*, 2021).

Para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, mundialmente tem sido empreendido esforço extenuante por parte de trabalhadores e gestores em cada sistema de saúde específico, no sentido de mitigar os efeitos da doença (doenças crônicas, fome, morte, miséria etc.) na saúde individual e coletiva das populações. No entanto, existem diversas interpretações e concepções na implementação de políticas de saúde nos diferentes países, levando a disparidades gritantes entre os sistemas

de saúde, que os levaram a responder à crise de saúde pública de maneiras bastante díspares (PRADO *et al.*, 2020).

Em países como Reino Unido, França e Itália, funções de governança importantes foram descentralizadas para autoridades locais e regionais, mas dificuldades foram identificadas devido à diversidade de modelos de atenção e práticas regionais, além da diferente definição de prioridades locais, levando ao risco de desigualdades inter-regionais no acesso, na alocação de recursos e na qualidade do atendimento – o que demonstra uma clara ausência de direção central (PRADO *et al.*, 2020).

Países que dispunham de uma Atenção Básica (AB) – ou Atenção Primária à Saúde (APS) – integrada aos demais níveis assistenciais (Espanha e Portugal, por exemplo) demonstraram continuidade e eficiência na atenção, ao passo que o amplo escopo de serviços prestados influenciou o acesso à saúde, atenuando os impactos da pandemia (PRADO *et al.*, 2020). Nessa toada, as evidências apontaram que os sistemas de saúde com uma forte base na APS lograram os melhores resultados, maior equidade, e menor taxa de crescimento nas despesas em saúde (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; KRINGOS *et al.*, 2013).

Levando em consideração que cerca de 80% dos casos da COVID-19 são de casos leves e moderados (GAVRIATOPOULOU *et al.*, 2020; WHO, 2020), vale destacar a importância da APS no enfrentamento à referida pandemia, tendo esse nível assistencial como principal porta de entrada para o atendimento médico, o encaminhamento e a resolução dos sintomas leves e consequente alívio da sobrecarga sobre as estruturas de média e alta complexidade (PRADO *et al.*, 2020).

Em se tratando da pandemia da COVID-19 no Brasil, o agravamento da crise econômica, com efeitos deletérios ao mercado de trabalho, aumentou ainda mais, em relação a outros países, sobretudo, a situação de risco sanitário, em particular, para as populações vulnerabilizadas (SOUTO; TRAVASSOS, 2020). Entretanto, diferentemente de outras nações, devido ao desenvolvimento e acúmulo de conhecimentos, saberes e práticas entre gestores, profissionais e usuários dos serviços e demais componentes do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de mais de três décadas de existência (SOUSA *et al.*, 2019), esperava-se uma resposta mais efetiva do Sistema em relação à emergência sanitária provocada pela doença no país.

Com sua infraestrutura de vigilância sanitária bem desenvolvida, além da extensa rede de APS, com mais de 45 mil equipes de Saúde da Família (eSF) e 260

mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o SUS poderia assistir à grande maioria dos casos – que não desenvolvem síndromes graves. Além disso, o *Global Health Security Index* – um sistema de medição desenvolvido pela universidade estadunidense Johns Hopkins, que classifica a preparação dos países para lidar com emergências de saúde pública em seis dimensões e 34 indicadores – atribuiu ao Brasil o melhor *score* da América Latina (FONSECA *et al.*, 2021; NTI; JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, 2019).

A APS no Brasil se materializa preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada o modelo mais eficiente nas medidas de contenção da disseminação da COVID-19, por seus atributos de atenção no primeiro contato, na coordenação do cuidado e no ordenamento da rede com responsabilização territorial e orientação comunitária; que a colocam em uma posição estratégica para executar e articular as ações intersetoriais necessárias ao enfrentamento à pandemia. Apesar disso, o manejo da COVID-19 e os investimentos para a gestão da pandemia no país concentraram-se massivamente, de início, nos serviços de média e alta complexidade (FROTA *et al.*, 2022; PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022; GIOVANELLA *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

O SUS, criado em 1990, vem se consolidando com uma forte tradição democrática e um robusto arcabouço legal que define o pacto federativo entre a União, estados e municípios, com uma estrutura clara de governança e diretrizes nacionais relacionadas à redistribuição de recursos, à implementação descentralizada e aos espaços institucionais de participação social e negociação intergovernamental (ABRÚCIO *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; SODRÉ, 2020; SOUSA *et al.*, 2019).

Na referida estrutura, a implementação e gestão dos serviços de APS ficam sob a responsabilidade dos municípios, com financiamento e definição de diretrizes gerais de funcionamento compartilhados com a União e os estados (SOUSA *et al.*, 2019).

Entretanto, no enfrentamento à COVID-19, a postura omissa e negacionista do Governo Federal brasileiro, sobretudo, na pessoa do ex-presidente da República Jair Bolsonaro – um mandatário populista, ultraliberal e de extrema direita, que assumiu o poder em 2018, por meio de uma aliança eleitoral entre liberais econômicos e conservadores sociais (FONSECA *et al.*, 2021) –, já levantava questionamentos acerca da governança do MS para a coordenação do enfrentamento à pandemia em curso em âmbito nacional (FONSECA *et al.*, 2021; GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Embora a literatura nacional reconheça as grandes dificuldades decorrentes dessa ausência de coordenação central (MENDES; MELO; CARNUT, 2022; PATIÑO-ESCARCINA; MEDINA, 2022; ABRÚCIO *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2020; SODRÉ, 2020), não foram identificados trabalhos sobre a perspectiva da governança do MS no combate à pandemia do novo Coronavírus no cenário da APS.

De modo a trazer luz sobre tal discussão, o presente estudo empenhou-se em responder à seguinte questão de investigação: de que maneira o MS exerceu sua governança no processo de organização da APS para o enfrentamento à pandemia da COVID-19?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a governança do Ministério da Saúde (MS) na gestão da atenção primária para o enfrentamento à pandemia da *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) e suas implicações sistêmicas na atenção à saúde da população brasileira no período.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o contexto da gestão federal no enfrentamento à pandemia da COVID-19 no Brasil;
- Analisar as relações político-institucionais, o teor dos debates acerca do tema e o conjunto das ofertas e proposições feitas pelo MS para a orientação e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento à pandemia da COVID-19;
- Descrever as práticas de gestão e de cuidado na APS para o enfrentamento à pandemia nos territórios; e
- Correlacionar a orientação ministerial para a política de enfrentamento à pandemia na APS e suas implicações no modo como o sistema de saúde respondeu às necessidades apresentadas nesse processo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ESTADO E PODER

Em que pesem todas as dificuldades encontradas pela própria Sociologia Política na descrição, análise e explicação sociológica do Estado, bem como a expressão do próprio poder do Estado como capacidade de impedir seu estudo adequado (ABRAMS, 2015), dois significados intimamente relacionados podem ser identificados para este termo, quais sejam: 1) Estado-administração – que pode ser definido em termos das instituições que o compõem e das funções que desempenham, envolvendo órgãos legislativos, executivos (incluindo departamentos governamentais e ministérios) e jurídicos (principalmente, os tribunais) (HAM; HILL, 1993); e 2) Estado-nação – composto por um conjunto de cidadãos em território definido, unidos por relações de conhecimento e idioma (BOURDIEU, 2014).

Para Bourdieu (2014), o Estado-administração se faz fazendo-se o Estado-nação, a partir de uma leitura sobre a gênese do Estado, ou seu processo de construção.

Na percepção espontânea da conformação do Estado é comum a crença de que, em especial, o nacionalismo, a partir, por exemplo, da unidade linguística, define ou legitime as demandas da unidade governamental em relação à unidade territorial. Na realidade da gênese defendida por Bourdieu (2014), em contraposição ao que o fetichismo da percepção espontânea acredita, tais elementos são secundários.

Ao comentar a discussão feita por Norbert Elias sobre a concepção weberiana de que o que diferencia o Estado de outras instituições seria o “monopólio da violência legítima” (WEBER, 1971), Bourdieu (2014) afirma que Elias deixa escapar a dimensão simbólica do poder estatal, se atendo essencialmente ao duplo monopólio: o da violência e o da cobrança de impostos. O monopólio do exército está diretamente ligado ao monopólio dos impostos. O monopólio dos recursos oriundos dos impostos garante a manutenção do monopólio do exército, favorecendo o monopólio do imposto pago pelos cidadãos sob a promessa da proteção oferecida pelo Estado por meio do poder de polícia. O Estado instaura, assim, um processo de dominação, oferecendo,

como contrapartida aos cidadãos, alguma forma de paz, de ordem, mesmo sendo desigualmente distribuída.

Segundo Bourdieu (2014), Elias acerta ao afirmar que houve um processo de transformação histórica do monopólio dinástico, deixando de ser privado (do rei) e se tornando, então, um monopólio público (do Estado). Entretanto, mais interessante que a discussão sobre os monopólios, e uma faceta não vista por historiadores, é o processo de legitimação social do poder do Estado (ELIAS, 1977). Desta forma, são três as expressões possíveis da gênese do Estado, a saber: 1) Pela coerção, que confere primazia à concentração estatal das forças armadas; 2) A capitalista, pela concentração de capital; e, 3) A via mista (no exemplo da Inglaterra), onde, de início, o Estado teve de coexistir e compor com uma grande metrópole comercial, se fortalecendo ao possuir e prover os meios econômicos para a manutenção do poderio das forças armadas (BOURDIEU, 2014).

Elias (1977) consente que a exigência do pagamento de impostos em contrapartida à segurança oferecida configura-se como uma forma de extorsão pelo Estado. Bourdieu (2014, p. 233, 244), então, introduz o problema:

Como é possível que uma extorsão se torne legítima, isto é, não percebida como uma extorsão? [...] Como é possível que a ordem social seja tão facilmente mantida, quando os governantes são tão poucos e os governados tão numerosos, e têm, portanto, a seu favor a força do número?

Para compreender essa “virtude mágica do Estado” de não ser questionado e de ter sua ação legitimada pelos dominados, é necessário entender que os atos de submissão e de obediência são atos cognitivos que, como tais, empregam estruturas cognitivas, categorias e esquemas de percepção (BOURDIEU, 2014). Nesse sentido, questiona-se: qual a contribuição do Estado para a conformação destas estruturas cognitivas?

Por meio do efeito de crenças e estruturas cognitivas, o Estado possui o poder de produzir um mundo social ordenado, sem necessariamente dar ordens, exercer a coerção militar ou econômica, sem o menor custo. Diariamente, as pessoas executam uma série de comandos inculcados – não exclusivamente, mas, em grande medida, pelo sistema escolar – por estruturas cognitivas que são produzidas, reproduzidas e incorporadas, possibilitando um mundo vivível, previsível, que faz com que se possa antecipar o que as pessoas vão fazer. É o caso do ato de parar no sinal vermelho,

sem necessariamente haver um guarda em cada um deles (BOURDIEU, 2014). Assim, o Estado contribui para a ordem simbólica, que colabora de maneira determinante para a ordem social e para sua reprodução (BOURDIEU, 2014).

A existência da ordem simbólica e da ordem social promovidas pelo Estado via aplicação de estruturas cognitivas no mundo social é, não apenas construtiva, mas também coerente (BOURDIEU, 2014). Citando os estudos da psicóloga Aniko Husti, Bourdieu (2014) discorre sobre a questão da arbitrariedade na construção da programação escolar e na divisão do dia em horas, sob a influência (exercício de poder) do diretor da escola, frente à incapacidade de professores e alunos de questioná-las por desconhecerem realidades distintas das de escolas de sua região ou do seu país.

Da mesma forma como não se questiona determinada carga horária por disciplina em um mesmo dia ou curso, o homem é diariamente condicionado a executar um conjunto de operações de maneira inconsciente, sem se perguntar o motivo – o que é um dos fatores mais poderosos da inércia. Inúmeras ações para as quais não se encontra localização de um princípio básico podem ter como resposta o “isso-é-óbvio”, quando, na verdade, sua origem se dá em uma regulamentação do Estado. “Não há nada mais extraordinário do que reproduzir as privações com alegria no coração. Isso vale para os professores, mas vale também para a classe operária e para muitas outras categorias” (BOURDIEU, 2014, p. 320).

Bourdieu (2014) sugere, então, que quando se aceita a definição weberiana de Estado, que ela seja ampliada, concebendo o Estado como detentor do monopólio da violência física e simbólica legítimas, restando saber quem detém o monopólio desse monopólio. Questionando-se de maneira mais simples e simplistas: quem tem interesse no Estado? Há interesses de Estado? Há interesses no público, no serviço público? Há interesses no universal, e quem são seus portadores?

Eis, então, que o Estado é um produtor de doxas (“crenças” ou “opiniões”). Cada doxa imposta pelo Estado é produto de um jogo de poder, onde as lutas são travadas em campos específicos definidos, entre outras formas, pela definição do que está em jogo e dos interesses específicos, que são irreduzíveis ao que está em jogo em outros campos ou aos seus próprios interesses (BOURDIEU, 2002).

Nesse viés, o campo de poder é o espaço da correlação de forças entre os agentes dotados suficientemente dos diferentes tipos de capital necessários à dominação do campo correspondente e cujas lutas se intensificam sempre que o valor

relativo ou o equilíbrio entre os diferentes tipos de capital é posto em questão (BOURDIEU, 2011). No âmbito do Estado, os campos são delineados por sistemas eleitorais e relações constitucionais, ainda que continuamente renegociáveis, no interior de arranjos legislativos antagônicos (HAM; HILL, 1993).

O campo exige classes de agentes providos de qualidades determinadas pelo *habitus* – sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, são o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes –, socialmente constituído, implicando o conhecimento e o reconhecimento das leis imanentes ao jogo (BOURDIEU, 2002, 2009). De tal modo, o *habitus* determina as práticas e as orientações descritas como “escolhas de vocação” ou efeitos de “consciência”, quando, na verdade, se trata da reprodução de um sistema de disposições inconscientes produzido pela internalização de estruturas objetivas (BOURDIEU, 2002).

Na correlação de forças entre os agentes ou as instituições que intervêm na luta, que é dependente do capital específico que se acumulou nas lutas anteriores e que orienta as estratégias subsequentes, para a produção de tais estruturas (BOURDIEU, 2002), os interesses e pontos de vista dos agentes políticos (*policians*) dominantes tendem a tornar-se ortodoxias que, mesmo nem sempre tendo isso como fim, contribuíram para fazer o Estado, a fim de poder dominar (BOURDIEU, 2014).

Dessa maneira, quando se deseja entender o Estado, não basta apenas estudar os sistemas simbólicos, mas sim, indagar quem são os componentes desse Estado, os sistemas de agentes que lutam a propósito dos sistemas simbólicos, de agentes que fizeram o discurso de Estado, além de compreender quais os interesses genéricos que possuíam em relação aos outros e quais os interesses específicos tinham em função de sua posição no espaço de suas lutas e por que essas pessoas tinham certo interesse em dar uma forma universal à expressão particular de seus interesses. Na compreensão de tudo isso, é possível entender como foram criados o pensamento de Estado e o modo de pensamento público, que partindo do pensamento e dos interesses particulares, assumem, então, uma conotação pública, republicana, de aparência universal (BOURDIEU, 2014).

O capital simbólico é uma propriedade de qualquer tipo de capital (físico, econômico, cultural, social etc), percebida pelos agentes sociais, cujas categorias de percepção são tais que eles podem entendê-las (percebê-las) e reconhecê-las,

atribuindo-lhe valor. Mais precisamente, é a forma assumida por todo tipo de capital quando é percebido por meio de percepção, produtos da incorporação das divisões ou das oposições inscritas na estrutura da distribuição desse tipo de capital (como forte/frágil, grande/pequeno, rico/pobre, culto/inculto etc.). Uma vez que o Estado dispõe de maneiras de impor e de inculcar princípios duráveis de visão e de divisão de acordo com suas próprias estruturas, é o lugar, por excelência, da concentração e do exercício do poder simbólico (BOURDIEU, 2011).

À frente do Estado, o rei (um dirigente qualquer) concentra cada vez mais capital simbólico, ao passo que seu poder de distribuir este capital sob a forma de cargos e honrarias não para de crescer. Um capital simbólico difuso, apoiado apenas no reconhecimento coletivo, torna-se capital simbólico objetivado, codificado, delegado e garantido pelo Estado via nomeações, monopólio detido pelo próprio Estado. O presidente da República que assina um decreto de nomeação, por exemplo, mobiliza um capital simbólico acumulado em toda a rede de relações de reconhecimento, constitutivas do universo burocrático. É o Estado que, agindo como uma espécie de banco de capital simbólico, garante todos os atos de autoridade, atos arbitrários, mas que não são vistos como tais, atos de “impostura legítima” (BOURDIEU, 2011).

A nomeação é uma das categorias dos atos ou discursos oficiais, simbolicamente eficientes quando empreendidos em situação de autoridade, por pessoas autorizadas, “oficiais”, agindo *ex officio* como detentores de uma função ou de um cargo atribuído pelo Estado. Tais atos têm a capacidade de criar (ou de instituir), pela magia da nomeação oficial, uma declaração pública de identidades sociais socialmente garantidas (as de cidadão, de eleitor, de contribuinte, de pai, de proprietário etc.) ou de uniões de grupos legítimos (famílias, associações, sindicatos, partidos etc.). Ao enunciar, com autoridade, que um ser, coisa ou pessoa, existe em verdade (veredito) em sua definição social legítima, isto é, é o que está autorizado a ser, o que tem direito a ser, o ser social que ele tem direito a reivindicar de professar, de exercer (por oposição ao exercício ilegal), o Estado exerce um verdadeiro poder criador, quase divino (BOURDIEU, 2011).

Nessa toada, Bourdieu (2004) reconhece que a partir do momento em que a relação entre representantes mandatários (delegados) – responsáveis pelas nomeações – e mandantes é esquecida ou ignorada, torna-se o princípio da alienação política. Os mandatários e os ministros (nomeados) são, a propósito do fetichismo, um

produto da cabeça do próprio homem, que aparecem com que dotados de vida própria. Os fetiches políticos são pessoas, coisas, seres que parecem não dever senão a si mesmos uma existência que lhes foi dada pelos agentes sociais (delegantes).

Em analogia às discussões promovidas por Friedrich Nietzsche sobre a autoconsagração do mandatário em *O Anticristo*, Bourdieu (2004) afirma que um dos primeiros procedimentos de um ministro é fazer com que o considerem necessário. Para tanto, na tentativa de se autoconsagrar, a pessoa delegada, empreendendo um ato de força simbólica por meio de certas estratégias, usurpa o lugar de fala dos delegantes – isto é, fala em nome de alguém, no lugar de alguém –, reduzindo a si mesmo os valores universais e açambarcando as noções de Deus, de verdade, de sabedoria, de povo, de mensagem, de liberdade etc. Assim, os que fizeram nada para se tornarem tudo podem inverter os termos da relação e censurar os que são apenas eles mesmos, que falam apenas por si mesmos, por não serem nada de fato e de direito (do ponto de vista da organização do Estado) (BOURDIEU, 2004).

A usurpação que reside no fato de alguém se afirmar como capaz de falar "em nome de" é o que autoriza a passagem do indicativo ao imperativo. Se eu, Pierre Bourdieu, átomo singular, em condição isolada, falando apenas por mim mesmo, se eu digo: é preciso fazer isso ou aquilo, derrubar o governo, rejeitar os foguetes *Pershing*, quem me seguirá? Mas, se me encontro colocado em condições estatutárias que me permitam aparecer falando "em nome das massas populares" ou, *a fortiori*, "em nome das massas populares e da Ciência, do socialismo científico", isso muda tudo (BOURDIEU, 2004, p. 197).

É necessário que se faça uma distinção e análise cautelosa entre o corpo de mandatários, o aparelho, que possui seus interesses e tendências próprias, em especial, a tendência para a autoperpetuação, e os interesses dos mandatários/delegados/ministros individuais. Quando o corpo de mandatários impõe sua tendência própria, os interesses do aparelho prevalecem sobre os interesses individuais, que, por essa razão, deixam de ser responsáveis perante os mandantes para se tornarem responsáveis perante o aparelho. A partir daí, já não é possível compreender as propriedades e as práticas dos mandatários sem passar por um conhecimento do aparelho (BOURDIEU, 2004).

A lei fundamental dos aparelhos burocráticos exige que o aparelho dê tudo (e especialmente o poder sobre o aparelho) àqueles que lhe dão

tudo e esperam tudo dele porque não têm nada ou não são nada à margem dele; em termos mais brutais, o aparelho dá mais valor àqueles que lhe dão valor porque são estes que ele domina melhor. Zinoviev, que compreendeu muito bem essas coisas, e não sem motivos, mas que continua preso a juízos de valor, diz: "A origem do sucesso de Stálin reside no fato de ele ser alguém extraordinariamente medíocre". Ele passa bem perto do enunciado da lei. Ainda a propósito do dirigente partidário, fala de "uma força extraordinariamente insignificante e, por essa razão, invencível". São belas fórmulas, mas um pouco falsas, porque a intenção polêmica, que lhes dá o encanto, impede considerar o dado tal como ele é (o que não equivale a aceitá-lo). A indignação moral não é capaz de compreender que sejam bem sucedidos no aparelho aqueles que a intuição carismática percebe como os mais idiotas, os mais ordinários, aqueles que não possuem nenhum valor próprio. De fato, eles são bem sucedidos não por serem os mais ordinários, mas por não terem nada de extraordinário, nada além do aparelho, nada que os autorize a tomar liberdades em relação ao aparelho, a se fazer de espertos (BOURDIEU, 2004, p. 203).

Como é reconhecido pelo aparelho de Estado que não há em certos tipos de pessoas/mandatários, definidos, sobretudo, negativamente, qualquer das propriedades requeridas pelo aparelho em um dado momento no campo em questão, tem-se uma espécie de solidariedade estrutural, não acidental. Pode-se dizer que os aparelhos consagram essas pessoas (BOURDIEU, 2004).

4.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

A partir do fim dos estamentos e do sistema feudal, as diferenças até então consideradas naturais entre os indivíduos e enfrentadas com "solidariedade" entre as classes, com a revolução burguesa do século XVIII, teoricamente desapareceriam, quando do surgimento dos Estados nacionais agregados aos fundamentos do mercado de igualdade e liberdade (abstratas) entre as pessoas, conforme sua capacidade individual de estabelecer relações de troca, protegidos por um poder político exercido em nome de todos, sem distinção, devidamente legitimado pelos cidadãos (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

Quando as reais condições socioeconômicas promovidas pelo capitalismo se apresentaram, o inconformismo originado da não efetivação das ideias igualitárias difundidas motivou a emergência de movimentos sociais de origem operária e sindical, objetivando a institucionalização de direitos universais promovidos sob a ação do

Estado via políticas públicas, em busca da concretização da condição de cidadania que lhes fora negada na prática (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

A cidadania é um atributo essencial da democracia. Apesar das grandes diferenças entre as classes sociais em uma sociedade, a noção de cidadania é considerada um balizador para direitos e deveres comuns, incluindo os indivíduos em uma comunidade política nacional que partilha de liberdade, igualdade e solidariedade, mesmo que de modo conflituoso. O elemento social dos direitos de cidadania, cuja responsabilidade maior seja do sistema educacional e dos serviços sociais, envolvem o direito a um mínimo bem-estar econômico e social, de acordo com padrões prevalentes na sociedade (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Como fruto da luta da nova classe trabalhadora organizada pelo fim da miséria provocada pelo processo de industrialização, surge a necessidade de se estabelecer algum tipo de proteção social, legal ou assistencial, para regular as condições de trabalho, desenvolver formas compensatórias de integração e coesão social, e zelar e reproduzir a força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Institucionaliza-se, então, a proteção social via sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, visando o bem estar da população. Surgiram, assim, os Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States*, essencialmente responsáveis pela seguridade e pela igualdade, concretizada por meio de políticas distributivas. O modelo dessas políticas de proteção social pode variar conforme os valores compartilhados, suas instituições, em relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade, com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe etc.) (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANA; BAPTISTA, 2008).

A teoria marxista do instrumentalismo afirma que o Estado cumpre, na sociedade capitalista, o papel de instrumento de acumulação de capital pela burguesia, uma vez que é essa burguesia quem ocupa os cargos de nomeação pela elite estatal, exerce grande influência como grupo de pressão por intermédio de contatos pessoais e redes de influência, e impõe restrições sobre o Estado via poder objetivo do capital, já que o Estado é dependente de uma base econômica (imposto, entre outras formas) que garanta a sua sustentação. A instrumentalização para que os capitalistas continuem a produzir lucro, então, se dá à medida que o Estado atua para manter a ordem e o controle dentro da sociedade, tanto pelos mecanismos

repressivos legítimos, quanto por agências como escolas, que cumprem papel de destaque na função de legitimação (poder simbólico), garantindo a perpetuação desta engenharia. Ademais, o Estado fornece recursos físicos (estradas e parques industriais, por exemplo) e provê serviços (habitação, por exemplo) – o que diminui os custos com a reprodução da força de trabalho, mantendo os trabalhadores saudáveis (HAM; HILL, 1993).

Shore e Wright (2011) afirmam que as políticas são criadas para servir de instrumento de consolidação e legitimação de uma ordem social pré-existente ou para a promoção de uma mudança de regime e a subversão de uma ordem estabelecida. Via ação ou inação do Estado, elas criam e refletem mundos sociais particulares; são produtivas, performativas e continuamente contestadas. Encontram expressão através de eventos, criam novos espaços sociais e semânticos, novos conjuntos de relações, novos sujeitos políticos e novas redes de significados (SHORE; WRIGHT, 2011). De fato, as políticas públicas são janelas para os processos políticos em que atores, agentes, conceitos e tecnologias interajam em diferentes locais, criando ou consolidando novas racionalidades de governança e regimes de conhecimento e poder (SHORE; WRIGHT, 2011).

Ao apresentar a teoria do racismo de Estado, Foucault (2005) afirma que entre os séculos XVII e XVIII, por meio de uma tecnologia do exercício de poder do soberano denominada disciplina, a atuação direta do Estado junto ao indivíduo tinha como desfecho o ato de “fazer morrer ou deixar viver”, ou seja, uma primeira tomada de poder sobre o corpo. Já na segunda metade do século XVIII, soma-se a tomada de poder que é massificante, não apenas na direção do homem-corpo, mas também na direção do homem-espécie; surge, então, a biopolítica da espécie humana, que detém o direito de “fazer viver e deixar morrer” (FOUCAULT, 2005).

Essa nova tecnologia trata de um conjunto de processos – a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, entre outros. Tais processos de natalidade, mortalidade, longevidade, juntamente com uma profusão de problemas econômicos e políticos, constituíram os primeiros objetos do saber, que influenciaram no exercício da Medicina, e os primeiros objetos de controle da biopolítica (FOUCAULT, 2005).

Na biopolítica não se imputam simplesmente os problemas da fecundidade, mas também da morbidade. Agora também não se trata simplesmente, como se deu até a segunda metade do século XVIII, daquelas famosas epidemias – dramas

temporários da morte iminente para todos – que atormentavam os poderes políticos desde a Idade Média; mas fala-se de endemias – que implicam em subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa energia para o trabalho, custos econômico tanto por causa da produção não realizada quanto pelas despesas com tratamentos –, além da velhice, de acidentes e de anomalias diversas, sendo que vivia-se a “hora da industrialização” (início do século XIX) (FOUCAULT, 2005).

A emergência do biopoder inseriu, então, o racismo nos mecanismos de Estado. Não o racismo propriamente étnico, mas, o racismo do tipo evolucionista, do tipo biológico. Introduziu, afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. “Quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie – viverei, mas forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar” (FOUCAULT, 2005, p. 305).

Todo o conjunto de ações necessárias ao exercício do poder do Estado pode ser reconhecido como parte de um sistema (político) que deve permanecer em equilíbrio interno e com o meio ambiente (sistemas sociais, ecológicos etc.) em nome da sobrevivência da atividade política, conseqüentemente, para a formulação de políticas. Um dos processos fundamentais dos sistemas políticos são as entradas (*inputs*) que tomam a forma de demandas (alocações autorizadas de valores) e apoios (votações, obediência à lei e pagamento de taxas). Tudo isso entra em jogo no processo de tomada de decisão para produzir saídas (*outputs*), as decisões e políticas das autoridades, sem que estas tenham necessariamente relação com os resultados, que são os efeitos que as políticas têm sobre os cidadãos (HAM; HILL, 1993; SANTOS, 1997).

Como uma das limitações dessa abordagem teórica sobre os sistemas políticos, os próprios fazedores de políticas podem ser fontes de demandas. De tal modo, deve-se ter em vista o modo como o comportamento individual e grupal em sociedade pode ser moldado por líderes políticos, que criam condições para a sua própria existência. O reconhecimento deste processo é um importante corretivo para a resolução de possíveis ingenuidades na aplicação da teoria de sistemas e para o reconhecimento da forma na qual políticas servem a propósitos simbólicos, isto é, políticas podem ser frequentemente mais efetivas para dar a impressão de que o governo está tomando atitudes e, portanto, para manter o apoio político, do que para resolver efetivamente os problemas sociais (HAM; HILL, 1993).

É uma fraqueza da análise de políticas concentrar-se “primariamente em atividades dos governos ao invés de em sua retórica” (HAM; HILL, 1993, p. 31). Assim, sugere-se a precaução para que nos estudos desse campo, as políticas possam ser direcionadas a melhorias das condições sociais – o que deveria ser mais parte do objeto de investigação do que uma hipótese de pesquisa (HAM; HILL, 1993). Desse modo, busca-se, por meio da análise de política pública, a descrição e explicação das causas e consequências da ação do governo (HAM; HILL, 1993).

Os estudos acadêmicos em políticas públicas constituem um campo do conhecimento que integra quatro elementos, quais sejam: 1) A própria política pública (*policy*); 2) A política (*politics*); 3) A sociedade política (*polity*); e, 4) As instituições que regem as decisões, os desenhos e a implementação de políticas, focalizando seja seu processo, seja seus resultados (SOUZA, 2007).

Para tanto, existem sete variedades de estudos de análise de políticas, a saber:

- 1) Estudos do conteúdo da política, onde os analistas buscam descrever e explicar a gênese e o desenvolvimento de políticas particulares;
- 2) Estudos do processo de elaboração de políticas, onde a atenção é dirigida aos estágios pelos quais passam as questões, buscando avaliar a influência de diferentes fatores no desenvolvimento da questão; apresentam certo interesse pelo conteúdo de políticas, interessados, em geral, em desvendar as várias influências na formulação de políticas dentro de uma organização ou as influências sobre a política dentro de uma sociedade ou comunidade particular;
- 3) Estudos de resultados de políticas, que tentam explicar porque os níveis de gastos ou de provisão de serviços variam entre diferentes áreas; estudos de determinação de políticas, que tomam políticas como variáveis dependentes e tentam compreendê-las em termos de fatores sociais, econômicos, tecnológicos etc.;
- 4) Estudos de avaliação ou de impacto, que se voltam ao impacto das políticas sobre a população;
- 5) Estudos de informação para a elaboração de políticas, onde os dados são ordenados, a fim de auxiliar fazedores de política a tomarem decisões;
- 6) Defesa de processos, onde os analistas buscam melhorar a natureza dos sistemas de elaboração de políticas; e,
- 7) Defesa de políticas, que se traduz na atividade desempenhada pelo analista ao pressionar pela adoção de opções e ideias específicas no processo de

elaboração de políticas, seja individualmente, seja em associação com outros, frequentemente, por intermédio de um grupo de pressão (HAM; HILL, 1993).

As pesquisas contemporâneas sobre o Estado e as políticas públicas têm se voltado para os requisitos societais, organizacionais e gerenciais eficazes e eficientes, fazendo frente aos desafios que se impõem na conjuntura atual. Os conceitos de governabilidade e governança incorporam tais preocupações e podem ser empregados nessas discussões (SANTOS, 1997).

4.3 GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS

O termo “governança” surge a partir de discussões produzidas pelo Banco Mundial acerca do conhecimento sobre a eficiência do Estado. Trata-se da maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento – o que implica na capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções (WORLD BANK, 1992). Refere-se a todos os processos do governar, sejam realizados por um governo, mercado ou rede, sejam de uma família, tribo, organização formal ou informal, ou território, sejam por meio de leis, normas, poder ou sua linguagem (BEVIR, 2012).

Com a introdução do conceito de governança, fica cada vez mais imprecisa a distinção daquele de governabilidade. A governabilidade diz respeito mais à dimensão estatal do exercício do poder. Refere-se às “condições sistêmicas e institucionais sob as quais se exerce o poder, tais como as características do sistema político, a forma de governo, as relações entre os Poderes, o sistema de intermediação de interesses” (SANTOS, 1997).

Para Martins (1985), por governabilidade entende-se a arquitetura institucional, ao passo que a governança está ligada à performance dos atores e sua capacidade no exercício da autoridade política. Existem três dimensões envolvidas no conceito de governabilidade, quais sejam: 1) Capacidade do governo para identificar problemas críticos e formular políticas adequadas ao seu enfrentamento; 2) Capacidade governamental de mobilizar os meios e recursos necessários à execução dessas políticas, bem como à sua implementação; e, 3) Capacidade de liderança do Estado, sem a qual as decisões tornam-se inócuas. Tais dimensões evidenciam que a

governabilidade está situada no plano do Estado, representando um conjunto de atributos essenciais ao exercício do governo, sem os quais nenhum poder será exercido (SANTOS, 1997).

A governança tem um caráter mais amplo que o da governabilidade, engloba dimensões presentes nesta e vai além. Ela se refere ao *modus operandi* das políticas governamentais, incluindo questões ligadas ao formato político institucional do processo de tomada de decisão, à definição da composição do financiamento das políticas e ao seu alcance geral. Seu conceito não se restringe aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado (SANTOS, 1997).

Dessa forma, a governança incorpora questões relacionadas aos padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico. Incluem-se aí não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses (partidos políticos e grupos de pressão, por exemplo), mas também redes sociais informais (de fornecedores, famílias, gerentes etc.), hierarquias e associações de diversos tipos (SANTOS, 1997).

A governança opera em um plano mais amplo que a governabilidade, englobando a sociedade como um todo, de tal modo que pode ser analisada não apenas do ponto de vista dos resultados governamentais, mas também pelo modo como o governo exerce seu poder (GONÇALVES, 2006).

Uma segunda distinção necessária é entre governança e governo. A governança se concentra menos no Estado e em suas instituições e mais nas práticas e atividades sociais. Enquanto o governo se refere às instituições políticas, a governança se refere ao processo de governo onde quer que ocorra (BEVIR, 2012).

Um governo possui uma autoridade formal, que pelo poder de autoridade, pode garantir a implementação das políticas devidamente instituídas, enquanto a governança se refere aos objetivos comuns que podem ou não estar contidos em políticas formais, derivando ou não responsabilidades legais, não dependendo de imposição do Estado para que sejam aceitas e vençam resistências. A governança abrange instituições governamentais, mas também envolve mecanismos informais, de caráter não-governamentais (GONÇALVES, 2006); tenta capturar as maneiras formais e informais pelas quais o Estado tem tentado responder às mudanças na

ordem global – grande parte das ideias, das atividades e dos projetos de governança se mostram não convencionais (BEVIR, 2012).

A governança consiste em um termo para a discussão da questão geral da coordenação social, independentemente de o governo ter desempenhado ou não um papel ativo nessa coordenação. A teoria das organizações moderna apresenta três tipos de coordenação, a saber: 1) Hierarquia; 2) Mercado; e, 3) Redes. Cada tipo depende de uma forma de governança ideal para coordenar as ações. A hierarquia depende de autoridade e controle centralizado. Já o mercado depende de preços e ampla competição. Por fim, as redes dependem de confiança entre seus componentes (BEVIR, 2012).

Por volta dos anos 1960 e 1970, muitos teóricos organizacionais começaram a dar ênfase às falhas da hierarquia ao invés de suas vantagens. As críticas eram no sentido de que as hierarquias são ineficientes e injustas, com seus funcionários mais concentrados em obedecer às regras internas do que em atender às necessidades de clientes e cidadãos (BEVIR, 2012). Nos mercados, preços e competição são cruciais. Em um mercado puro, entende-se por preço toda a informação necessária para que as pessoas possam decidir a quantidade de um determinado bem que deve ser produzida e a quantidade dele que é necessária para seu uso. Tal informação efetivamente substitui a necessidade de um supervisor ou um chefe, como na hierarquia (BEVIR, 2012).

A questão é que os mercados não raramente estão em condições inadequadas para a distribuição de bens e serviços, enquanto a sociedade atribui grande valor moral a essas condições. Nesse viés, não existem razões pelas quais se deva acreditar que os resultados das trocas de mercado se darão de acordo com o senso coletivo de justiça social. Assim, é preciso decidir se as vantagens do mercado são suficientes para superar as injustiças resultantes (BEVIR, 2012).

As redes consistem em múltiplos atores que estão formalmente separados, mas dependem uns dos outros para recursos básicos, construindo, assim, relacionamentos de longo prazo para o compartilhamento desses recursos. Por um lado, elas se diferenciam das hierarquias por usualmente não possuírem um centro autoritário para resolver disputas entre os atores. Por outro lado, elas se diferenciam dos mercados, pois, os atores se envolvem em trocas repetidas e duradouras, muitas vezes, contando com a confiança e a diplomacia ao invés de preços e barganhas.

Exemplos de relações de redes assim podem incluir arranjos cooperativos, coalisões, relações contratuais, parcerias e empreendimentos conjuntos (BEVIR, 2012).

Quando todos os atores possuem o mesmo volume de recursos, as redes são mais colaborativas, podendo, assim, existir uma governança colaborativa. Se um dos atores da rede dispõe de um grande volume de recursos, esse ator frequentemente desempenha um papel particularmente proeminente dentro da rede. Essas redes podem ser frequentemente coordenadas pelo ator líder. E ainda, tem-se outro cenário quando um ator independente, como uma agência reguladora, supervisiona a rede. A governança regulatória depende, então, de um ator externo à rede (BEVIR, 2012).

De fato, as redes são mais cooperativas e igualitárias do que os mercados e as hierarquias. Substituem a competição por colaboração em benefício mútuo; substituem as cadeias de comando por estruturas horizontais. Elas promovem fluxos de informações mais confiáveis e eficientes, pois, os atores confiam uns nos outros, além de existir menos regras limitando o acesso à informação necessária a todos. E ainda, elas são mais flexíveis e adaptáveis que outras estruturas organizacionais (BEVIR, 2012).

Uma desvantagem da horizontalidade das redes é que um ator pode cometer desvios de confiança em relação aos demais. Contudo, é possível recorrer aos contratos legais ou às estruturas de resolução de conflitos formadas por cortes ou comitês para a devida correção. Adicionalmente, as críticas às redes têm uma dimensão moral e política. Elas rompem as barreiras de *accountability* (responsabilidade). Sua complexidade e, especialmente, sua falta de um centro evidente de coordenação e controle, frequentemente tornam difícil a especificação de quem é responsável pelo quê (BEVIR, 2012).

A gestão pública tem por objetivo garantir que os recursos disponíveis sejam usados de modo efetivo na realização dos objetivos das políticas. Para tanto, apesar da introdução de elementos de mercado na gestão, predominam as velhas burocracias hierarquizadas como forma dominante da governança pública (BEVIR, 2012). Na governança em redes do setor público, parcerias podem ser criadas formalmente, mas também podem ocorrer alianças mais informais entre, por exemplo, grupos oriundos da comunidade, lojas locais e escolas, abrangendo vários níveis geográficos, para incluir atores locais, regionais, nacionais, transnacionais e internacionais (BEVIR, 2012). Nesse sentido, cada organização – inclusive, as agências públicas – tem de negociar com as demais. Mesmo que alguma agência

pública tenha o papel formal e legítimo de supervisionar e coordenar a rede, ela será mais um ator dentro da rede que também tentará geri-la (BEVIR, 2012).

Com a multiplicidade das redes na gestão pública, os formuladores de políticas têm olhado para as diversas agendas em suas instituições como um todo, tentando promover uma governança conjunta (BEVIR, 2012). Apesar dessas tentativas de melhorar a coordenação horizontal entre os departamentos e as agências e a coordenação vertical entre departamentos e suas redes de organizações, ainda são muito perceptíveis e incompreensíveis as grandes fragilidades na gestão estatal (BEVIR, 2012).

Há muito tempo existe, em grande parte do mundo em desenvolvimento, Estados relativamente frágeis, incapazes de exercer qualquer controle significativo sobre sua função. Problemas semelhantes também afetaram a governança local e urbana nos Estados Unidos (EUA) e na Europa. Nesses contextos, a nova governança é mais bem caracterizada não como um esvaziamento do Estado, mas sim, como uma tentativa de superar tais fraquezas; pode aumentar a capacidade dos atores do setor público, fornecendo-lhes instrumentos de política que lhes permitam operar, de forma eficaz, especialmente em contextos caracterizados por poder difuso, conflitos e relações sobrepostas. O Estado tem se tornado, então, menos confiante no comando e controle através da burocracia e mais na direção indireta de *stakeholders* relativamente independentes (BEVIR, 2012).

Segundo Souza (2007), algumas características essenciais da denominada nova governança são: a) combinar arranjos administrativos estabelecidos com características do mercado; b) surgimento de novos processos de governo, que são híbridos e multijurisdicionais (e frequentemente transnacionais), com diversos atores trabalhando juntos em rede, além de combinar pessoas e instituições em diferentes setores da política e diferentes níveis de governo (local, regional, nacional e internacional), com relações formais e informais entre eles; e c) crescente variedade e pluralidade de *stakeholders*.

Grupos de interesses de vários tipos, as chamadas coalizões de defesa, estão presentes há muito tempo no processo de formulação de políticas, conforme suas crenças, valores e ideias (SOUZA, 2007). No entanto, uma variedade maior de organizações de fora do governo tem se tornado partícipe ativo em sua estrutura (BEVIR, 2012).

Metagovernança é o conceito guarda-chuva que melhor contempla o papel do Estado e seus instrumentos políticos característicos sob a nova governança. Refere-se ao novo papel do Estado em garantir a coordenação em governança. Sugere que o Estado dependa grandemente da negociação, diplomacia e modos informais de direção. O Estado aumenta a direção e regula as configurações das organizações complexas, governos e redes, ao invés de emperrar em sua própria burocracia (BEVIR, 2012).

Sob metagovernança, o Estado depende de instrumentos alternativos para dirigir outros atores envolvidos na governança. Em princípio, é possível formular regras para a atuação de outros atores, deixando-os, então, agir dentro do limite dessas regras. Assim, o Estado pode redesenhar mercados, regular políticas setoriais e introduzir mudanças constitucionais. Adicionalmente, o Estado pode tentar dirigir outros atores por meio de narrativas. Ele pode organizar diálogos, fomentar significados, crenças e identidades entre os atores relevantes, por meio do exercício do seu poder simbólico (BEVIR, 2012; BOURDIEU, 2011).

E ainda, o Estado pode exercer grande influência por meio da distribuição de recursos, incluindo dinheiro e autoridade (nomeações) (BEVIR, 2012; BOURDIEU, 2011). Ele pode desempenhar o papel de ultrapassar fronteiras, alterar o equilíbrio de forças entre os atores em uma rede, agir como uma corte de apelação quando conflitos aparecerem, rebalancear o conjunto de estruturas governamentais e intervir quando a rede de governança falhar. É claro, o Estado não precisa adotar uma abordagem uniforme na metagovernança, mas pode fazer uso de diferentes abordagens em diferentes situações e diversas vezes (BEVIR, 2012).

Na concepção teórica da democracia representativa supõe-se que os políticos eleitos devam agir de acordo com a vontade e os interesses de seus constituintes. Tal suposição tem sido crescentemente questionada, pois diversos grupos de interesse desenvolvem um poderoso e dominante papel nos processos políticos (BEVIR, 2012).

Desde o início do século XX, cientistas sociais atentam para o faccionalismo, o *marketing*, as extravagâncias financeiras e outros problemas em democracias representativas. A burocracia foi, então, concebida para funcionar como barreira contra as irracionalidades do eleitorado e seus representantes, prevenindo interesses organizados e tomar conta de políticas públicas. Uma burocracia permanente e neutra deve existir para separar políticos das políticas. Desta forma, as políticas públicas devem ser legitimadas via ciência, entendendo esta última como parte dessa

burocracia “saudável”. Nesse viés, os representantes eleitos devem definir objetivos das políticas e verificar o que dizem os *experts*. Cientistas sociais, profissionais e funcionários públicos generalistas devem fazer uso de suas expertises para idealizar políticas cientificamente racionais de acordo com estes objetivos (BEVIR, 2012). *Experts* apontam que as redes aumentam a coordenação e a construção de capital social, além de contribuir para a legitimação das políticas (BEVIR, 2012).

Uma boa governança é requisito essencial para um desenvolvimento sustentado, que incorpora ao desenvolvimento econômico equidade social e direitos humanos (SANTOS, 1997). A discussão sobre boa governança – da mesma forma que governança corporativa, governança pública, governança global e governança de maneira mais geral – tem servido a três propósitos principais, quais sejam: 1) Reformular perspectivas teóricas; 2) Destacar práticas aparentemente novas; e, 3) Configurar agendas para mudança (BEVIR, 2012).

A governança, como teoria, retira do centro das atenções as corporações, o Estado e o sistema internacional, recordando a todos que as corporações, os Estados e os sistemas não existem separados das pessoas e de suas conseqüentes ações. Ela, como teoria, orienta as pessoas a prestarem menos atenção em instituições supostamente fixas e mais nos processos de mudanças. E ainda, recorda que as instituições e as políticas públicas são feitas de indivíduos que agem de acordo com suas crenças e desejos pessoais, talvez, conflitantes (BEVIR, 2012).

Como nova prática, a governança sugere que desde o fim dos anos 1970, tem havido uma substituição do modelo de hierarquias para mercados e, especialmente, para redes. Assim, ao invés do Estado ditar políticas e comandar outros atores, tem que negociar com esses atores e fazer uso de estratégias de metagovernança para orientá-las, de modo que o poder conferido e exercido seja apropriado, sendo, então, a ação decorrente legítima (BEVIR, 2012).

Por fim, a governança colaborativa pode promover mudanças em direção a uma nova agenda democrática, onde a participação e o diálogo suprimam a necessidade de representação e responsabilização individual, melhorando a efetividade do processo político (BEVIR, 2012; GONÇALVES, 2006).

O modo como as políticas são compreendidas e imaginadas – mesmo nos casos em que perdura a mesma redação (quando escritas) ao longo dos anos – oscila significativamente no tempo e no espaço. Nessa toada, as políticas podem ser estudadas como narrativas contestadas que definem problemas atuais, condenando

ou tolerando sua origem e projetando um caminho viável para sua resolução (SHORE; WRIGHT, 2011).

Sobre a questão, Shore e Wright (2011) defendem que maior atenção seja dada às práticas discursivas e materiais por meio das quais as pessoas criam os padrões que ao mesmo tempo autorizam e reprimem. É o modo como a política interliga agentes, instituições, tecnologias e discursos, trazendo os elementos de poder em alinhamento, que torna o aparelho do Estado analiticamente produtivo (SHORE; WRIGHT, 2011).

4.4 A EPISTEMOLOGIA DO MÉTODO

O estudo da imperfeição da vida societal, com sua labilidade, seu mexido e seu irrequieto, necessita de instrumentos igualmente flexíveis e moventes (MAFFESOLI, 2010). Para Maffesoli (2010), apesar dos sociólogos Weber e Pareto coabitarem na ambiência positivista de seu tempo, buscando aliar o rigor intelectual e a atenção à labilidade dos acontecimentos, aprofundaram o denominado “pluralismo causal”, evidenciando que para um mesmo fato social pode haver uma multiplicidade de causas.

Do mesmo modo, a partir do reconhecimento pelo campo da saúde coletiva, dos determinantes socioeconômicos, culturais, ecológicos e históricos do processo saúde-doença-cuidado, impõe-se a necessidade da inclusão de novos modos de produzir conhecimento, com o reconhecimento dos múltiplos modos de leitura e representação dos fenômenos sociais via abordagem qualitativa da pesquisa social (SOUSA; MENDONÇA, 2021).

Para Weber (1999), a conceitualização própria da Sociologia retira seu material sob forma de paradigmas, principalmente, mas não exclusivamente, dos aspectos da conduta que têm a ver, igualmente, com o ponto de vista da história. Já o positivismo, com sua conceituação, simplifica e reduz uma vida que eclode, rompendo todas as coleiras que lhe tentem (im)pôr. Logo, preservar a singularidade dos atos e das situações ante o rolo compressor do positivismo pode vir a constituir uma das tarefas da Sociologia qualitativa, que por meio do relativismo sociológico, permite apreender melhor a riqueza da experiência social (MAFFESOLI, 2010).

Em contraposição aos usos do termo “formalismo” que, segundo Maffesoli (2010), sugere ambiguidade, parecendo designar abstração, propõe-se, de modo a destacar as características da vida social sem deformá-la em demasia, o uso de “formismo”, que juntamente com o vitalismo, constituem os polos mais seguros da Sociologia compreensiva. Nesse viés, enquanto o conceito encerra uma função de exclusão, a forma agrega; ela germina; ela dá origem a uma multiplicidade de radículas que, por sua vez, se disseminam infinitamente.

É próprio das ciências naturais e do positivismo, por força de sua estrutura, permitir uma visão tranquilizadora e, supostamente, completa do objeto apreendido, explicando, encontrando e descrevendo regras universais que determinam os fenômenos da natureza, em uma busca de uma universalidade impossível no contexto de historicidade e subjetividade próprio à Sociologia (LORENZO, 2021; MAFFESOLI, 2010). Na “Sociologia compreensiva” (de Weber) o que se tem é uma verdade local, generalizada, onde se busca compreender, ou seja, apreender os sentidos que emergem das ações humanas, seus signos culturais e históricos, seus símbolos, seus discursos, seus textos (LORENZO, 2021; MAFFESOLI, 2010).

Para a pesquisa científica, sem dependência do objeto, tanto mais para as ciências sociais que nas ciências duras, é necessário que haja espaço para a imaginação, para a incerteza, para a audácia do pensamento. Talvez, o verdadeiro espírito científico venha a ser aquele “que dá ensejo à refutação” (MAFFESOLI, 2010, p. 134-135).

Toda obra científica ‘acabada’ não encerra outro sentido que não seja o de suscitar novas indagações: ela clama por sua própria “superação” e se condena ao envelhecimento. Aquele que deseja servir à ciência deve resignar-se a esta sorte (WEBER, 1959, p. 76 *apud* MAFFESOLI, 2010, p. 38).

Pesquisadores do mundo inteiro têm acordo quanto à necessidade da busca de modos de contato analítico (com fenômenos) que, sem constranger ou promover reduções, escapem à divagação absoluta. A atitude compreensiva certamente permitirá abordar essa questão, se colocando como um meio termo entre o causalismo e o intuicionismo, capaz de unir todas as experiências e situações que, no sentido pleno do termo, constituem o dado mundano. Tal projeto funda a “tipologia” e o “comparatismo”, cuja fecundidade permanentemente se avalia. Assim, sem a menor

dúvida, a introdução de parâmetros conduz a um relativismo que não é habitual na tradição do ocidente (MAFFESOLI, 2010).

De modo a cuidar para que os elementos que compõem um dado fenômeno histórico sejam unívocos, a Sociologia esboça “tipos ideais” de complexos de relações dotados de uma coerência e adequação significativa, tão completa quanto possível. Ela, então, afasta-se da realidade e contribui para o conhecimento desta, explicitando o grau de aproximação do fenômeno histórico em relação aos conceitos que permitem situá-lo (WEBER, 1999).

A criação dos tipos ideais pode ser preciosa, até mesmo indispensável, para a pesquisa, assim como para a apresentação dos fatos. Eles se propõem a formar o julgamento de atribuição, buscando guiar a formulação e análise de hipóteses (WEBER, 1999).

A aplicação do conceito de tipos ideais na pesquisa empírica deve ter em mente a necessidade de estabelecer a separação rigorosa entre as molduras ideais de pensamento em um sentido estritamente lógico e a noção de “modelo”, ou de exemplo a ser seguido, a que não se aplica. Com efeito, trata-se apenas de construções de relações que são suficientemente justificadas no tocante à imaginação, formada e orientada a partir da realidade, e que parecem adequadas ao saber nomológico (WEBER, 1999).

Valorizar as representações (ou a ideologia), mostrar o "formismo" da vida social, requer a acentuação ou a ativação de procedimentos como, por exemplo, a analogia, a metáfora, a correspondência, capazes de apreender a vida social (MAFFESOLI, 2010).

"O meio de conhecer as formas mortas é a lei matemática. O meio (não o único) de compreender as formas vivas é a analogia" (MAFFESOLI, 2010, p. 133). A analogia modula toda compreensão do que é movente. Na Filosofia moderna, permite a correlação probabilística (não precisa) entre um termo ou fato cujo conceito denota um lado observável e verificável e outro que, embora não observável e verificável, é inferível dentro de um sistema formal que ofereça regras para essa operação (MICHAELIS, 2021).

Faz parte do plano científico a elaboração de hipóteses, a proposição de linhas de investigação, o estabelecimento de comparações, entre outras formulações, partindo da polifonia societal – o esboço de um mapa das analogias que justamente permitam a compreensão (MAFFESOLI, 2010). A analogia, portanto, permite, acima

de tudo, compreender o presente, funcionando como uma tela de fundo, que dá destaque àquilo que passaria despercebido ou seria diminuído, ao ser declarado insignificante, caso ela não existisse (MAFFESOLI, 2010).

Ao permitir uma atitude compreensiva, a analogia abre caminho à integração da reflexão intelectual à organicidade societal, devendo o sociólogo contentar-se em ser aquele que chama a atenção para a polifonia da vida social (MAFFESOLI, 2010). Para tanto, deve apreender a dinâmica do acontecimento ouvindo o “discurso aí do lado”, o qual, sem qualquer dúvida, ecoa discurso mais distante. Desta forma, a analogia está apta, de modo dinâmico, a dar conta destas estruturas antropológicas do imaginário – que já não mais estão sendo consideradas como suplementos psíquicos supérfluos ou devaneios sem consistência (MAFFESOLI, 2010).

A perspectiva simbolista da pesquisa compreensiva apresentada por Maffesoli (2010) orienta necessariamente para as múltiplas conexões representativas da vida de todos os dias, a qual é possível pôr em evidência, partindo de gestos e discursos que tendemos a descurar, ou ainda, a desvalorizar, sobre o rótulo infamante de bom senso popular.

Pode parecer fútil determo-nos em discursos menores, que têm seu fundamento numa obscura visão cíclica; é certo, por exemplo, que não são eles os únicos elementos operantes na vida social, sendo, porém, provável que sua contribuição vá ampliar consideravelmente o espectro da compreensão sociológica.

Um elemento que permite pôr em relevo a importância do relativismo cíclico na consciência coletiva é a atitude em relação ao político. Para compreender isto, digamos que as conversas vadias de bares e botequins comportam ricos ensinamentos. Seria, porém, necessário torná-las objeto de uma pesquisa específica, a fim de podermos analisar todos os matizes da suspeição que concerne à atividade política. Seria mais exato dizermos que essa última é considerada, com todo interesse, como sendo uma arte provida de regras próprias (MAFFESOLI, 2010, p. 179).

A observação participante, a leitura dos meios de comunicação, a atenção indecisa dada às discussões em bares e botequins e a intrusão do *fait divers* são técnicas e regulamentos regulares alternativos a uma Sociologia racionalizante, mais explorada na atualidade, para que seja possível lidar com a multiplicidade de fatos cotidianos perfeitamente incompreensíveis sempre que se deixa de lado tais alternativas. Ademais, o desenvolvimento do progresso tecnológico deve obrigar-nos

a reajustar a um só tempo a instrumentação e a pretensão epistemológica do ser humano (MAFFESOLI, 2010).

Ao desenvolver uma pesquisa científica fazendo uso de discursos, faz-se importante compreender que estes são sempre oriundos de posições ideológicas forjadas sócio historicamente (LORENZO, 2021). Para Foucault (2006), analisar um discurso implica em compreender a função que se pode atribuir ao que é dito naquele dado momento – é o que o autor chama de acontecimento. Logo, o discurso é uma série de acontecimentos discursivos, cuja análise implica em estabelecer e descrever as relações que esses acontecimentos mantêm com outros acontecimentos que pertencem ao sistema econômico ou ao campo político, ou às instituições (FOUCAULT, 2006), cabendo à interpretação e reflexão do pesquisador entender os jogos de poder, as ideologias e as moralidades que atuam sobre os discursos, provocando tanto a fala quanto o silêncio (LORENZO, 2021).

Na perspectiva da hermenêutica – uma teoria geral da compreensão centrada na linguagem como o meio universal do ser humano, e capaz de articular a interpretação com sua história e com o próprio conhecimento do ser de natureza –, mais precisamente da hermenêutica filosófica da análise do discurso, o processo analítico se dirige ao mesmo tempo ao já dito, ao dito e ao não dito, sendo que o não dito pode revelar tanto quanto o dito a ideologia por trás da produção discursiva (LORENZO, 2021).

Já a dialética permitiria o exame das contradições internas aos discursos, ou das oposições e dos alinhamentos de sujeitos às perspectivas hegemônicas ou críticas sobre uma realidade social nos dados encontrados em uma pesquisa, além dos dissensos, das cisões de sentido e dos silenciamentos (LORENZO, 2021).

É possível também fazer uso do estabelecimento de vínculos, do reconhecimento de correspondência, das comparações, entre outras abordagens temáticas, sem necessariamente dar preeminência a qualquer uma delas, ofertando maior importância às situações ou às realidades do que às teorias (MAFFESOLI, 2010).

Uma grande lição do comparatismo compreensivo, o qual Weber foi um dos primeiros a utilizar aplicando-o a formas macrossociológicas, é que a verdade aproximativa é potencialmente mais "científica" do que uma abordagem que aparente ser exaustiva, pois tenderá a situar-se em franca relação de afinidade ou de conflito com as demais abordagens (MAFFESOLI, 2010). Por isso mesmo, estará apta a

constituir uma arquitetura bem mais próxima da realidade social do que outra, induzida, por exemplo, por um sistema perfeito que nada deixa sem explicação precisa (MAFFESOLI, 2010).

Por fim, é possível observar que a Sociologia compreensiva somente pode ser (e resolutamente) comparatista. Ela fornece uma noção que bem exprime a conjunção do particular ao universal: a de tipicidade (MAFFESOLI, 2010). Esse termo, menos utilizado que o tipo ideal de Weber, acha-se de algum modo na interface de duas dimensões que estão em jogo nesta reflexão epistemológica. Assim, por um lado, significa que a prática cotidiana se organiza em algumas polaridades; por outro, indica que a essas podemos apreender partindo de algumas construções estruturais (MAFFESOLI, 2007, p. 234), ressaltando-se que a construção de tipos ideais abstratos não é considerada como objetivo, mas unicamente como meio do conhecimento (WEBER, 1999, p. 226).

A observação, a biografia, a história de vida, permitem que sejam apreendidas algumas tipicidades que servem para introduzir o ser humano em um processo descritivo. É por essa razão que a pessoa e os sistemas de interação em que se situa constituem, de certo modo, cristalizações, às quais é suficiente estudar como tais, e que fornecem a chave do dado societal, onde a relação com o mundo se assente na intuição de uma evidência massiva e incontornável (MAFFESOLI, 2010).

Porque há pluralismo no cerne da pessoa e porque tal pluralismo corresponde à diversidade do que denominei dado social, é possível organizar as pesquisas partindo de técnicas – de coleta de dados, a exemplo da observação participante, de entrevistas estruturadas ou semiestruturadas, histórias de vida, narrativas orais, análises documentais, grupos focais; e técnicas de análise e interpretação dos dados, que envolvem as técnicas de análise de conteúdo e do discurso dos sujeitos coletivos – que incorporem parâmetros subjetivos, de modo a alcançar o conhecimento dos hábitos, as situações codificadas, os rituais, as sabedorias e as culturas populares, bem como o senso comum – também organizados em “tipos” pela experiência coletiva e dos quais é possível dar conta pelas diversas formas de “tipicidades” (SOUSA; MENDONÇA, 2021; MAFFESOLI, 2010).

Isto iria, aliás, permitir que o retorno à noção de *habitus*, para estudar os princípios da ação humana, nos quais o princípio intrínseco é a potência do *habitus*, como uma qualidade, no sentido pleno do tempo, que realiza (ou negocia) a relação com o mundo (MAFFESOLI, 2010). Esse *habitus*, servindo à compreensão da ação e

do pensamento do homem no espaço, sempre esteve concretamente no tipo de indumentaria, de governo, de comunicação e de circulação cotidianos (MAFFESOLI, 2010).

Em suma, deseja-se destacar a existência de momentos onde as sociedades se tornam complexas, requerendo procedimentos igualmente complexos, por meio dos quais é preciso “saber ouvir o mato crescer”, isto é, estar atento a coisas simples e pequenas (MAFFESOLI, 2010). De fato, a complexidade cotidiana, a "cultura primeira", merece uma atenção específica, e a isto Maffesoli (2010) propôs que se denominasse conhecimento comum.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Buscando compreender a governança federal no âmbito do Ministério da Saúde (MS) diante da necessidade de se orientar a gestão e a atenção à saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) para o enfrentamento à pandemia da *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) no Brasil, empreendeu-se um estudo de abordagem mista (qualitativa e quantitativa), subdividido em três etapas, cada qual fazendo uso de métodos e técnicas de coleta e de análise de dados distintas.

5.1 ETAPA 1

Inicialmente produziu-se um conteúdo de contextualização acerca do modo como o Governo Federal, sobretudo, o MS, sob influência da Presidência da República (PR), se portou, orientando a população, tomando medidas e desenvolvendo políticas, de modo a mitigar os danos e as perdas de vidas em decorrência da pandemia.

Nesse ínterim, realizou-se um estudo de abordagem qualitativa por meio de pesquisa documental exploratória de publicações disponíveis em *sites* e portais de notícias nacionais, cujos conteúdos descreviam o modo como o governo brasileiro conduziu a política de enfrentamento à COVID-19 no país.

Os portais foram acessados via buscador *Google*, relacionando os principais acontecimentos desde os primeiros meses da pandemia (a primeira publicação data de 11 de março de 2020) até dezembro de 2021, considerando as seguintes categorias de publicações: narrativas do presidente da República; medidas político-administrativas da PR com impacto direto na atuação do MS e na política de saúde; narrativas de ministros da Saúde no que se refere à informação e comunicação à população como um todo; medidas político-administrativas adotadas por ministros da saúde; e, fatos relacionados ao funcionamento interno do MS.

Foram priorizados conteúdos de publicações que constassem em pelo menos dois portais de notícias distintos, de modo a averiguar a veracidade dos fatos e minimizar vieses de interpretação, sendo, então, consideradas para a presente

pesquisa as matérias que tivessem maior detalhamento das informações. Os portais, os autores e as datas de publicação foram consolidados e apresentados no Quadro 1 do Artigo 1, situado no Capítulo 6 que se segue. Os *links* de acesso às matérias com respectivas codificações encontram-se disponíveis em apêndice (vide Apêndice A).

Cada publicação foi, então, codificada com base no portal em que se encontra disponível e na ordem crescente em que aparece no texto (considerando a existência de mais de uma informação oriunda de um mesmo portal), por portal, para que sejam apresentadas nos resultados.

Por conseguinte, os fatos foram apresentados em ordem cronológica desde o início da pandemia da COVID-19 e com base na assunção de cada um dos ministros que estiveram à frente da pasta. Como os fatos relacionados à vacinação foram, em alguma medida, comuns a todos os ministros, o assunto foi tratado em uma seção específica.

Considerando o grande volume de conteúdo, a discussão se deu considerando pontos-chave selecionados pelos autores, que refletiram de modo mais abrangente e transversal, todas as iniciativas pontuais e políticas desenvolvidas pelo MS, conseqüentemente, na orientação à população, nos serviços de saúde e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas governamentais.

Por fim, a presente pesquisa se valeu da Sociologia compreensiva de Weber (1999), dentro da qual a perspectiva simbolista da pesquisa compreensiva coloca a leitura dos meios de comunicação como exemplo de mecanismo alternativo a uma Sociologia racionalizante, para que se consiga lidar com a multiplicidade de fatos cotidianos incompreensíveis sempre que se deixam de lado tais mecanismos. Ainda, o progresso tecnológico coloca a necessidade de ajustes na instrumentação e no estabelecimento de novos “limites” para a pesquisa social (MAFFESOLI, 2010).

5.2 ETAPA 2

Na Etapa 2 foi produzido um estudo de análise de políticas, ou seja, um estudo do “governo em ação” (SOUZA, 2007), especificamente fazendo uso das tipologias dos **estudos do conteúdo das políticas** e dos **estudos do processo de elaboração de políticas**. Por meio dessas tipologias é possível descrever e explicar a gênese e o

desenvolvimento de políticas; focar a atenção central nos estágios pelos quais passam as questões, buscando desvendar as várias influências na formulação de políticas, invariavelmente, mostrando certo interesse pelo conteúdo das políticas (HAM; HILL, 1993).

Assim, o presente estudo se deu em duas etapas. A primeira etapa compreendeu pesquisa documental exploratória, buscando identificar os registros de encontros/reuniões onde estivessem em debate ações voltadas ao enfrentamento à pandemia da COVID-19 no âmbito da APS. As buscas foram realizadas entre os dias 28 de março e 08 de abril de 2022, em portais (*sites*) institucionais e canais do *Youtube* de entidades/instituições representativas e associativas de gestores e pesquisadores de políticas públicas de saúde no país. Incluiu todos os resumos executivos e as atas das reuniões ali disponíveis, além dos registros em vídeo, seguindo roteiro de seleção previamente definido (vide Quadro 1 do Artigo 2, situado no Capítulo 6 que se segue).

Foram incluídos na análise os encontros/as reuniões – identificados(as) nos registros em texto e/ou vídeo – que necessariamente contaram com a participação de ao menos um representante do MS nomeado em cargo de direção (Ministro, Secretários, Diretores ou Coordenadores) e que passaram pelos critérios de exclusão descritos no Quadro 1 do artigo 2, situado no Capítulo 6 que se segue.

O recorte temporal dos encontros/das reuniões contemplados(as) na análise foi de 1º de janeiro de 2020 – mês em que mundialmente já se tomava conhecimento da existência do novo Coronavírus e seu potencial pandêmico – a 31 de dezembro de 2021 – período já demarcado por: evidente avanço na vacinação, retomada significativa dos serviços de APS com os profissionais imunizados, surgimento da variante Ômicron (com alta transmissibilidade) e consequente necessidade de reestruturação de ações prioritárias em período de elevado contágio, e possível esgotamento de variações no *modus operandi* da tomada de decisão pela gestão do MS.

Na segunda etapa do estudo em voga também se empreendeu pesquisa documental exploratória buscando Portarias, Notas Técnicas, manuais, instrutivos, entre outros documentos publicados pelo MS, cujo conteúdo contemplasse explicitamente as políticas/orientações relacionadas à gestão e ao trabalho no enfrentamento à pandemia da COVID-19 na APS. Tal ação se deu entre os dias 30 de maio e 23 de junho de 2022.

Foram selecionados documentos datados entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021. Tal seleção seguiu roteiro específico (vide Quadro 1 do Artigo 2, situado no Capítulo 6 que se segue), buscando identificar a redação expressa, no todo ou em partes do documento, abordando as políticas, os programas ou as orientações relacionadas ao enfrentamento à pandemia no âmbito da APS.

Não foram consideradas publicações em texto e vídeo postadas diretamente nos *sites* (sem documento de extensão .PDF – *Portable Document Format*) pela inexistência de registros de data de publicação ou de eventuais modificações. Adicionalmente, caso tenha sido identificada alguma publicação instituindo uma estratégia/ação específica, as demais publicações sobre essa mesma estratégia/ação que não incrementassem novas abordagens/orientações não foram incluídas por serem consideradas desdobramentos da primeira.

Os achados de ambas as etapas foram assim codificados e categorizados em matrizes, conforme os núcleos de sentido da referência ao enfrentamento à pandemia da COVID-19 na APS: financiamento/estruturação dos serviços de saúde; organização do processo de trabalho das equipes; vacinação/salas de vacinas; educação/formação dos profissionais de saúde; e, informação à população.

A partir das matrizes, procedeu-se à análise de conteúdo (LORENZO, 2021), no intuito de aferir a dimensão do esforço ministerial em fortalecer a sua governança por meio da construção de relações formais e informais, mantendo diálogo constante com os diversos segmentos e as instituições de construção, problematização e gestão do SUS. Obteve-se um panorama geral dos conteúdos dos debates e das proposições feitas pelas diversas instituições, bem como das publicações oficiais do MS sobre a forma como a APS deveria se organizar no enfrentamento à pandemia.

Tal conteúdo permitiu uma análise cruzada, concatenando os achados da primeira e da segunda etapas do trabalho, ou seja, buscando correlação ou correspondência entre os debates realizados e as publicações oficiais do MS. Tais publicações são consideradas o formato pelo qual o MS instituiu e deu visibilidade à sua agenda política e às ações ali reconhecidas e priorizadas.

A análise dos conteúdos se deu à luz do referencial de governança em políticas públicas de Santos (1997) e Bevir (2012). A “governança” consiste em um termo para a discussão geral da coordenação social, onde, segundo a teoria das organizações moderna, existem três tipos distintos e, para cada tipo, tem-se uma forma de governança ideal para coordenar as ações, quais sejam: 1) Hierarquia, que depende

de autoridade e controle centralizado; 2) Mercado, que depende de preços e ampla competição; e, 3) Redes, que dependem de confiança entre seus componentes (BEVIR, 2012).

Por fim, vale destacar que o presente estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos no art. 1º da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e considerando que as variáveis foram obtidas via acesso a dados públicos, dispensou-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

5.3 ETAPA 3

Esta última etapa do presente estudo se propôs a descrever o alcance dos **resultados de políticas**, ou seja, a tipologia de estudo de análise de políticas que toma as políticas como variáveis dependentes e tenta compreendê-las em termos de fatores sociais, econômicos, tecnológicos, entre outros (HAM; HILL, 1993). Fez-se uso de métodos mistos (quanti e qualitativos) para compreender a resposta da APS à orientação política do MS para o enfrentamento à pandemia da COVID-19 no Brasil.

Foi realizada análise documental dos *Relatórios Avanços e Desafios da Atenção Primária à Saúde – Balanço das Ações* dos anos de 2020 e 2021, publicados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2022b). Destes documentos, foram selecionadas seis Portarias, as quais haviam instituído repasses financeiros atrelados a diretrizes gerais de expansão do acesso, da manutenção do funcionamento da APS e da realização de ações específicas direcionadas a grupos populacionais pré-determinados. O critério essencial para a seleção das Portarias em questão foi a disponibilidade de dados de monitoramento nos relatórios públicos do Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do MS.

Todos os repasses financeiros definidos pelas normativas eram excepcionais, com transferências automáticas em parcela única, sem a necessidade de adesão pelos municípios. A única exceção foi a Portaria n.º 430/2020 (programa Saúde na Hora Emergencial), onde os repasses eram mensais, restritos a municípios que não haviam feito adesão ao Saúde na Hora “convencional” (BRASIL, 2022a).

A partir de leitura flutuante do conteúdo das Portarias e dos relatórios, emergiram 19 variáveis atreladas às ações que deveriam ser desenvolvidas pelas equipes em atuação na APS (equipes de Saúde da Família – eSF, equipes de Atenção Primária – eAP e equipes de Consultório na Rua – eCR) e informadas nos sistemas de informações oficiais, para o alcance dos objetivos estratégicos de cada Portaria (vide Quadro 1 do Artigo 3, situado no Capítulo 6 que se segue). Entre tais variáveis, 11 são necessariamente relacionadas a atendimentos individuais e oito relacionadas a atividades coletivas e visitas domiciliares (seis e duas, respectivamente).

A fim de dimensionar os efeitos da publicação das Portarias nas respectivas variáveis, empreendeu-se análise de dados secundários, extraídos do SISAB, entre os dias 23 e 26 de agosto de 2022, referentes à produção das equipes da APS entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021. Também foram extraídos os dados de números de casos de COVID-19, mês a mês, ao longo do mesmo período, disponíveis no painel coronavírus do MS (BRASIL, 2021a).

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos sobre os quais também foram plotadas as datas de publicação das respectivas Portarias ministeriais, permitindo a visualização do comportamento ou dos “desfechos” – demarcados a partir do cruzamento da marcação da data de publicação da portaria na série histórica de produção em cada variável –, de incremento ou de decréscimo na produção das equipes em atuação na APS, após a publicação das normativas que poderiam influenciar em cada variável.

A análise e discussão dos resultados foram realizadas sinteticamente com base no efeito de cada Portaria em suas respectivas variáveis e sistematizadas sob quatro perspectivas. Primeiramente, empreendeu-se a análise do crescimento real da produção em cada variável ao terceiro mês após a publicação de cada Portaria. Considerou-se o terceiro mês suficiente para que ocorresse a efetivação do crédito financeiro nas contas de cada município, a publicação pelas instituições e a apropriação pelos trabalhadores de conteúdos de apoio (notas técnicas, manuais, instrutivos etc.) relacionados às diretrizes de cada Portaria, além do tempo necessário para a eventual aquisição de insumos, o recrutamento e a qualificação de novos profissionais, entre outras iniciativas necessárias ao alcance dos objetivos das Portarias.

A segunda perspectiva analítica se deu em torno do padrão de resposta dos serviços na média entre o quarto e o sexto mês após o mês de publicação das

Portarias. Tal observação possibilitou a análise de eventuais elevações tardias, ou posteriores ao terceiro mês, e caso tenha havido elevação da produção neste terceiro mês, da sustentabilidade do padrão de elevação.

Na sequência promoveu-se uma discussão sobre o montante financeiro definido nas Portarias e repassado aos municípios, relacionando-o ao potencial de crescimento da produção caso esta dependesse estritamente de financiamento, bem como sobre a definição de prioridades na alocação dos recursos e monitoramento das ações.

Por fim, amparadas no referencial de governança em políticas públicas (BEVIR, 2012; GONÇALVES, 2006; SANTOS, 1997; MARTINS, 1985), foram feitas considerações acerca do modelo de tomada de decisão e de gestão do MS, que podem ter influenciado os resultados das variáveis. Sobre a questão, Jarman (2021) considera governança a primeira capacidade relevante do Estado para a resposta à COVID-19, pois espera-se que ele seja a primeira linha de defesa na proteção da vida da população em tantas áreas envolvidas no enfrentamento de uma pandemia.

Por fim, a presente pesquisa foi desenvolvida utilizando-se de conteúdos fornecidos a veículos de comunicação de ampla circulação nacional e internacional, disponíveis publicamente na rede mundial de computadores. Os dados de sistemas de informações utilizados são impessoais e agregados, inviabilizando o reconhecimento de qualquer participante. Desse modo, levando em consideração que o estudo observou todos os preceitos éticos estabelecidos no art. 1º da Resolução CNS n.º 510/2016 (BRASIL, 2016), dispensou-se a submissão junto aos CEPs e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão do presente estudo estão evidenciados, a seguir, no formato de artigos científicos submetidos a publicação em periódicos nacionais.

6.1 ARTIGO CIENTÍFICO 1

O primeiro artigo encontra-se em submissão para publicação junto à revista *Saúde em Debate*, apresentando a contextualização acerca da atuação do Ministério da Saúde (MS), em sua relação com a Presidência da República (PR), no enfrentamento à pandemia da *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) no Brasil.

O Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil

Autores:

Celmário Castro Brandão*

Ana Valéria Machado Mendonça*

Maria Fátima de Sousa*

*Programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB)

Resumo

No enfrentamento à pandemia de covid-19 o governo brasileiro tem tomado medidas, em grande parte, discrepantes das recomendações dos organismos internacionais, as quais exercem importante influência na performance do país frente à emergência de saúde pública. Este trabalho objetivou apresentar contextualização e discutir a atuação da direção do Ministério da Saúde, em sua relação com a Presidência da República, no enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil, por meio de pesquisa documental exploratória de informações publicadas em portais de notícias nacionais.

Perceberam-se medidas negacionistas fortemente orquestradas pela Presidência, que culminaram em consequências prejudiciais ao desempenho do Ministério da Saúde e do país como um todo no enfrentamento à pandemia: rotatividade de ministros da saúde, fragilização da atenção primária à saúde, inoperância no colapso da rede assistencial, ruptura do pacto federativo, morosidade na aquisição de vacinas, descaso com a ciência, debilitação da estratégia de testagem, militarização da saúde, opacidade das informações em saúde, casos de corrupção, descoordenação da política de enfrentamento à pandemia, dentre outras. O principal desfecho desta atuação pode ser resumido nas tristes estatísticas de casos e óbitos por covid-19 desigualmente distribuídos no país, reforçando a ideia de que há uma necropolítica em curso no Brasil.

Palavras-chave: Sistema único de saúde. Política de saúde. Gestão em saúde. Covid-19.

Introdução

A pandemia de covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV-2, chegou ao Brasil em 26 de fevereiro de 2020, quando foi registrado o primeiro caso da doença no país em um homem que retornou de viagem à Itália. Posteriormente, estudos demonstraram que o vírus já circulava no país desde o início de janeiro de 2020. No início de março do mesmo ano os primeiros casos de transmissão comunitária foram identificados¹.

No início de fevereiro, antes mesmo do primeiro caso, o Ministério da Saúde (MS) – órgão da administração pública federal direta que tem como área de competência a coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a política nacional de saúde – acionou o Plano Nacional de Resposta a Emergências de Saúde Pública e implantou o Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública para o novo Coronavírus². O SUS foi criado em 1990 com diretrizes nacionais relacionadas a normatização e redistribuição de recursos, implementação descentralizada e espaços institucionalizados de participação social e negociação intergovernamental (União, estados e municípios)³.

O ministro da saúde é nomeado pelo presidente da República. Entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022 a posição é ocupada por Jair Bolsonaro, um político populista, ultraliberal e de extrema direita que assumiu o poder em 2018 através de uma aliança eleitoral entre liberais econômicos e conservadores sociais¹.

Esperava-se que o SUS pudesse ter um bom desempenho na resposta à covid-19, com sua infraestrutura de vigilância sanitária bem desenvolvida, além da extensa rede de Atenção Primária à Saúde (APS), com mais de 43 mil equipes de Saúde da Família (eSF) e 260 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo assistir à grande maioria dos casos, que não desenvolvem síndromes graves. Além disso, o Global Health Security Index, um sistema de medição desenvolvido pela Universidade Johns Hopkins, que classifica a preparação dos países para lidar com emergências de saúde pública em seis dimensões e trinta e quatro indicadores, atribuiu ao Brasil o melhor escore da América Latina^{1,4}.

No entanto, diferentemente da maioria dos governos subnacionais que logo no início da pandemia fecharam escolas e comércios, cancelaram eventos, entre outras medidas não farmacológicas de reduzir a propagação de casos de covid-19, Bolsonaro e seus apoiadores – incluindo parlamentares, familiares, ministros, empresários etc. – optaram por não seguir as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das evidências científicas nesse sentido, e desdenharam da pandemia, com a intenção de evitar consequências danosas à economia do país, que já cambaleava¹.

Tal atitude refletiu negativamente na forma como o MS operou na condução da política de enfrentamento à pandemia no país, da mesma forma que ocorreu nos Estados Unidos e Reino Unido, quando os respectivos líderes resolveram intervir diretamente na operação das agências nacionais responsáveis pelo controle da pandemia¹. Os três países tiveram sérios problemas na contenção da pandemia desde o início, e o Brasil registrou em dezembro de 2021 mais de 22 milhões de casos e 617 mil mortes confirmadas pelo Painel Coronavírus do MS⁵.

Desta maneira, considerando a necessidade de superação da atual, bem como a iminência de novas crises de mesma natureza, mostra-se de fundamental relevância a análise do contexto (político, econômico, social e institucional) em que se desenrolou a pandemia, de modo a elucidar os principais entraves à atuação do governo brasileiro que influenciaram na gestão da maior crise sanitária dos últimos tempos. Assim, o objetivo do presente estudo é apresentar contextualização e discutir a atuação da direção do Ministério da Saúde, em sua relação com a Presidência da República, no enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil.

Método

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa por meio de pesquisa documental exploratória de publicações disponíveis em portais de notícias nacionais cujos conteúdos descreviam a forma como o governo brasileiro conduziu a política de enfrentamento à covid-19 no país.

Os portais foram acessados por meio do buscador Google relacionando os principais acontecimentos desde os primeiros meses da pandemia (a primeira publicação data de 11/03/2020) até dezembro de 2021, e considerando as seguintes categorias de publicações: narrativas do presidente da República; medidas político-administrativas da Presidência com impacto direto na atuação do MS e na política de saúde; narrativas de ministros da saúde no que se refere à informação e comunicação à população como um todo; medidas político-administrativas adotadas por ministros da saúde; fatos relacionados ao funcionamento interno do MS.

Foram priorizados conteúdos de publicações que constassem em pelo menos dois portais de notícias distintos de modo a averiguar a veracidade dos fatos e minimizar vieses de interpretação, sendo então consideradas para o trabalho as matérias que tivessem maior detalhamento das informações. Os portais, autores e datas de publicação foram consolidados e apresentados no quadro 01.

Tendo em vista a diversidade e a quantidade de fontes utilizadas, a disponibilização dos links por notícia tornaria o volume de texto no presente trabalho demasiadamente extenso. Desta forma, garante-se a rastreabilidade das matérias por meio de buscadores da internet (por exemplo, Google) utilizando-se na busca o nome do autor, o portal, a data de publicação e a ideia a ser consultada.

Cada publicação foi então codificada com base no portal em que se encontra disponível e na ordem crescente em que aparece no texto (considerando a existência de mais de uma informação oriunda de um mesmo portal), por portal, para que sejam apresentadas nos resultados.

Quadro 1: Codificação, portais e autores dos principais achados relacionados ao enfrentamento à pandemia pelo Ministério da Saúde e Presidência da República.

CÓDIGO = Portal[†]	CÓDIGO (AUTOR. Data da Publicação*)^{††}	Link do Portal
AGB = Agência Brasil	AGB1 (VERDÉLIO, A. 21/10/2020); AGB2 (RICHTER, A. 23/02/2021)	https://agenciabrasil.ebc.com.br/
AGS = Agência Senado	AGS1 (AGÊNCIA SENADO. 19/10/2021)	https://www12.senado.leg.br/noticias
ASC = ABRASCO	ASC1 (FLEURY, S. 13/06/2020);	https://www.abrasco.org.br/site/
BBC = BBC News Brasil	BBC1 (BARRUCHO, L.; 15/05/2020); BBC2 (BBC NEWS. 13/5/2021)	https://www.bbc.com/portuguese
CDD = Câmara dos Deputados	CDD1 (TRINDADE, M. 14/01/2021)	https://www.camara.leg.br/
CJU = Consultor Jurídico	CJU1 (CONSULTOR JURÍDICO. 01/01/2021)	https://www.conjur.com.br/
CNN = CNN Brasil	CNN1 (BAIÃO, B. 26/09/2021); CNN2 (PEIXOTO, S. 15/01/2021); CNN3 (FERRARI, M. 15/03/2021); CNN4 (GADELHA, I. 23/03/2021); CNN5 (BRIDI, C.; GURGEL, B.; GALZO, W. 16/03/2021); CNN6 (GADELHA, I. 15/03/2021)	https://www.cnnbrasil.com.br/
COB = Correio Braziliense	COB1 (CARDIM, M. E.; 11/05/2020); COB2 (NUNES, V. 06/06/2020); COB3 (NUNES, V. 16/06/2020); COB4 (LIMA, B.; CARDIM, M. 18/06/2020); COB5 (SOUZA, R. 01/07/2020); COB6 (SOARES, I. 05/06/2020); COB7 (TEÓFILO, S. 18/01/2021); COB8 (MEDEIROS, I. 15/03/2021); COB9 (TEÓFILO, S.; LIMA, B.; CARDIM, M. 24/03/2021); COB10 (SOARES, I. 10/06/2021); COB11 (SOUZA, R. 19/06/2021); COB12 (FERNANDES, A. 16/09/2021)	https://www.correio.braziliense.com.br/
COF = Congresso em Foco	COF1 (CONGRESSO EM FOCO. 08/01/2021)	https://congressoemfoco.uol.com.br/
DPE = Diário de Pernambuco	DPE1 (DIÁRIO DE PERNAMBUCO. 15/01/2021)	https://www.diariodopernambuco.com.br/
ESP = O Estado de São Paulo	ESP1 (JANSEN, R. 06/04/2020); ESP2 (FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; MASSUDA, A.; GARRETT, D. 03/11/2020); ESP3 (VARGAS, M. 26/03/2021); ESP4 (O ESTADO DE SÃO PAULO. 05/08/2020); ESP5 (VARGAS, M. 21/07/2020); ESP6 (CAMBRICOLI, F.; RESK, F. 30/07/2020); ESP7 (VARGAS, M. 30/07/2020); ESP8 (VARGAS, M. 23/07/2020); ESP9 (RODRIGUES, E.; AFFONSO, J. 28/09/2021); ESP10 (RODRIGUES, E.; AFFONSO, J. 28/10/2021); ESP11 (SHALDERS, A. 05/05/2021)	https://www.estadao.com.br/
EXA = Exame	EXA1 (ESTADÃO CONTEÚDO. 27/04/2020);	https://exame.com/
EXT = Extra	EXT1 (PARAGUASSU, L. 10/11/2020)	https://extra.globo.com/
FIM = Folha Impacto	FIM1 (FOLHA. 14/06/2021)	https://www.folhai mpacto.com.br/
FSP = Folha de São Paulo	FSP1 (MATTOSO, C. 30/06/2020); FSP2 (FABRINI, F.; CANCIAN, N. 05/09/2020); FSP3 (SASSINE, V. 16/01/2021); FSP4 (CANCIAN, N. 01/07/2021); FSP5 (SEABRA, C. 30/06/2021); FSP6 (MATTOSO, C. 18/01/2021); FSP7 (GAMBA, E.; RIGHETTI, S. 02/07/2021); FSP8 (FOLHA DE SÃO PAULO. 19/10/2021)	https://www.folha.uol.com.br/
G1 = G1	G11 (MAZUI, G. 16/04/2020); G12 (FALCÃO, M.; VIVAS, F. 15/04/2020); G13 (G1. 07/06/2020); G14 (GOMES, P. H.; CASTILHO, R. 28/10/2020); G15 (RODRIGUES, M. 06/06/2020); G16 (G1. 30/10/2020); G17 (KRÄHENBÜHL, R.; DANTAS, C.; VIDIGAL, L. 15/06/2020); G18 (LIS, L.; RODRIGUES, P. 24/06/2020); G19 (G1. 27/11/2020); G110 (SADI, A. 23/11/2020); G111 (G1. 14/01/2021); G112 (FLOR, A. 14/01/2021); G113 (GOMES, P. H. 10/05/2021); G114 (PIMENTEL, T. 22/05/2021); G115 (HAIDAR, D. 22/05/2021); G116 (G1. 18/03/2021); G117 (G1. 24/09/2021); G118 (G1. 12/12/2020);	https://g1.globo.com/

	G119 (G1. 15/12/2020); G120 (G1. 12/12/2020); G121 (TAVARES, B. 03/07/2021); G122 (G1. 01/07/2021); G123 (G1. 14/01/2021); G124 (FIGUEIREDO, F.; PACHECO, J. 24/02/2021); G125 (G1. 02/05/2021); G126 (GOMES, P.; SANT'ANA, J. 07/12/2021); G127 (ALENCAR, B.; DANTAS, C. 07/12/2021); G128 (FALCÃO, M.; GARCIA, G. 08/04/2021)	
JDB = Jornal de Brasília	JDB1 (LIPPELT, V. 12/02/2021)	https://jornaldebrasil.com.br/
JUSP = Jornal da USP	JUSP1 (JORNAL DA USP. 19/08/2020)	https://jornal.usp.br/
MTP = Metrópoles	MTP1 (SCHUQUEL, T. 09/12/2020); MTP2 (BORGES, R. 12/05/2021); MTP3 (NOBLAT, R. 23/05/2021); MTP4 (KUHLE, N. 16/09/2021); MTP5 (KUHLE, N. 21/12/2020)	https://www.metropoles.com/
NEX = Nexo Jornal	NEX1 (BERTONI, E.; 16/04/2020); NEX2 (CRUZ, I. 14/03/2021)	https://www.nexojornal.com.br/
ODI = O Dia	ODI1 (ESTADÃO CONTEÚDO. 29/12/2020)	https://odia.ig.com.br/
OGL = O Globo	OGL1 (GUERRA, R.; 20/05/2021); OGL2 (AMADO, G.; MATSUI, N.; 25/09/2020); OGL3 (O GLOBO. 22/10/2020); OGL4 (CARNEIRO, M. 17/09/2021)	https://oglobo.globo.com/
PBH = Prefeitura de Belo Horizonte	PBH1 (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. 18/11/2021)	https://prefeitura.pbh.gov.br/
POD = Poder360	POD1 (HOMERO, V. 03/03/2021)	https://www.poder360.com.br/
POL = Politize	POL1 (SIQUEIRA, W. 26/10/2021)	https://www.politize.com.br/
REF = Revista Fórum	REF1 (FRAGÃO, L. 27/12/2020); REF2 (TEODORO, P. 10/12/2020)	https://revistaforum.com.br/
UOL = Uol	UOL1 (VALENTE, R.; 13/04/2020); UOL2 (UOL. 21/09/2021); UOL3 (OYAMA, T. 30/12/2020); UOL4 (MELLO, I. 22/12/2020)	https://www.uol.com.br/
VEC = Valor Econômico	VEC1 (MURAKAWA, F. 08/06/2020); VEC2 (FERNANDES, A. 30/12/2020)	https://valor.globo.com/
VEJ = Veja	VEJ1 (CAMPOS, J. P.; ZYLBERKAN, M. 17/04/2020); VEJ2 (ZYLBERKAN, M. 31/08/2020); VEJ3 (RANGEL, R. 16/12/2020)	https://veja.abril.com.br/
YNT = Yahoo Notícias	YNT1 (FREIRE, M. 11/03/2020)	https://br.noticias.yahoo.com/

Fonte: Autoria própria.

†Código que identifica no texto o portal de notícias no qual a informação foi veiculada.

††Código do portal de notícias associado ao número de ordem em que aparece no texto. Entre parênteses os autores das notícias e as datas em que foram publicadas nos respectivos portais.

* Todas as publicações foram revisitadas em 13/12/2021, data em que ainda se encontravam disponíveis nos respectivos portais.

Os fatos foram então apresentados em ordem cronológica desde o início da pandemia e com base na assunção de cada um dos ministros que estiveram à frente da pasta. Como os fatos relacionados à vacinação foram, em alguma medida, comuns a todos os ministros, o assunto foi tratado em uma seção específica.

Considerando o grande volume de conteúdo a discussão foi feita considerando pontos-chave selecionados pelos autores, que refletiram de maneira mais abrangente, transversal a todas as iniciativas pontuais e políticas desenvolvidas pelo MS,

consequentemente na orientação à população, nos serviços de saúde e na gestão do SUS em todas as esferas governamentais.

O presente trabalho se valeu da sociologia compreensiva de Weber ⁶, dentro da qual a perspectiva simbolista da pesquisa compreensiva coloca a leitura dos meios de comunicação como exemplo de mecanismo alternativo a uma sociologia racionalizante, para que se consiga lidar com a multiplicidade de fatos cotidianos incompreensíveis sempre que deixamos de lado tais mecanismos. Ainda, o progresso tecnológico coloca a necessidade de ajustes na instrumentação e no estabelecimento de novos “limites” para a pesquisa social ⁷.

Resultados e discussão

Prioridades iniciais e oportunidades perdidas – APS como porta de entrada?

Um dos desfechos mais danosos da negação à pandemia pelo governo federal brasileiro foi a forma como o MS foi orientado pela Presidência da República e demais atores políticos vinculados a ela (desde familiares do presidente a ministros de outras áreas), influenciando na maneira como a pasta foi conduzida pelos diversos agentes nomeados, em grande medida, sem nenhuma experiência em gestão de políticas públicas, muito menos na área da saúde.

A movimentação dos 4 ministros diferentes que conduziram a instituição ao longo de toda a pandemia evidenciou a persistência do palácio presidencial em ‘acertar’ um nome que conciliasse seus interesses com as necessidades técnicas inerentes à instituição. Evidentemente, pela natureza anti-ciência e anti-política social do *modus operandi* da Presidência, tal conciliação se mostrou até então inviável (ESP1). Bolsonaro iniciou em 21 de março de 2020 uma escalada de narrativas que visavam a promoção da cloroquina (e da hidroxicloroquina) como medicamento capaz de tratar a covid-19 a um baixo custo e sem paralisar a economia, sua maior preocupação. Nesta data o presidente anunciou financiamento para que o laboratório do exército brasileiro aumentasse em 100 vezes a capacidade de produção do medicamento. Desde então o discurso de defesa da cloroquina, entre outras drogas sem qualquer comprovação científica de eficácia para o tratamento da covid-19 foi constante (OGL1) ⁸.

Com formação em medicina, experiência parlamentar e em gestão, Henrique Mandetta foi nomeado o primeiro ministro da saúde no governo Bolsonaro, apesar do histórico de posicionamentos, na Câmara Federal, da mesma forma que Bolsonaro, contemporâneo de Parlamento, contrários a políticas estratégicas para o SUS como o Programa Mais Médicos, e a favor de medidas que fragilizaram o sistema, como a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como 'PEC do Teto dos Gastos Públicos' (UOL1). Ao passo em que a covid-19 começava a ser noticiada na China, Mandetta, por meio da recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS, lançou e tentava implementar nos municípios brasileiros o Programa Previne Brasil (PPB) ⁹, que modificava drasticamente o modelo de financiamento da APS no país.

Com o avançar da pandemia no mundo e sua chegada ao Brasil, o PPB se tornou mais uma grande barreira à gestão e qualificação do SUS para o enfrentamento à pandemia (ESP2). Sob pena da iminente perda de recursos financeiros imposta pelo programa, gestores e trabalhadores municipais foram submetidos a um modelo de financiamento federal ainda mais complexo que, à sombra da fantasiosa alegação de dar maior autonomia aos gestores municipais, encerrou o financiamento direto dos Gerentes de APS, fundamentais na organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e das equipes multiprofissionais (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF AB), potentes na qualificação e promoção da integralidade do cuidado ¹⁰.

Em detrimento da estruturação dos serviços para o acolhimento de casos leves, fornecimento de insumos em quantidade para a testagem de pacientes e melhorias no sistema de informações de testagem, bem como do provimento de formação e equipamentos de proteção individual para os trabalhadores, possibilitando assistência e continuidade do cuidado (EXA1; JUSP1), o PPB impôs que a atenção imediata das equipes fosse voltada a um processo de cadastramento de usuários, até então indiscriminado, de modo que não fossem ainda mais reduzidos os escassos recursos repassados pela União para a gestão da APS.

O cenário se complexificou na medida em que o MS se esquivou de orientar um cadastramento coordenado com o cenário epidemiológico vivenciado no momento. Ou seja, considerando o chamamento para uma força-tarefa voltada ao cadastramento populacional, este poderia ter sido oportunidade para identificação de situações de vulnerabilidade social e epidemiológica (decorrentes ou não da

pandemia), e conseqüente promoção do acesso. Entretanto, os parâmetros de cadastro estabelecidos no PPB não significaram acesso e atendimento efetivos, tampouco o cadastramento no modelo simplificado¹⁰. Ademais, o TeleSUS, estratégia de atendimento pré-clínico e de identificação precoce de sintomas¹¹, não se comunicava com as equipes no território, inviabilizando a vinculação e continuidade do cuidado aos pacientes.

Em que pese o PPB ainda se encontre em fase de implementação em 2020 e 2021 – inclusive com uma série de mudanças em sua estrutura e prazos em decorrência da pandemia –, a pandemia não influenciou a revisão dos indicadores no componente de desempenho, tendo sido mantidos os mesmos inicialmente estabelecidos, sem qualquer indicador que permita aferir a qualidade e continuidade do cuidado prestado a pessoas com covid-19 e no processo de tratamento pós-doença na APS¹².

Nesse contexto, com 2 meses de pandemia no Brasil e uma agenda ainda incompleta, Mandetta começou a apresentar discordâncias à postura do presidente Bolsonaro no enfrentamento à pandemia, em especial quanto à ideia de imunidade de rebanho, tratamento precoce e medidas sanitárias de contenção da transmissão da covid-19, o que motivou sua exoneração do cargo de ministro em 16 de abril de 2020 (G11).

A fragilização e o ‘isolamento’ do Ministério da Saúde

Apesar da definição legal de que a tomada de decisão e gestão do SUS seja feita de maneira compartilhada os constantes conflitos gerados pela posição de Bolsonaro contrária às medidas de distanciamento social, refletiram no isolamento do MS, provocando uma completa desarticulação e descoordenação da política³. Tal embate entre os entes causou diversas batalhas judiciais que culminaram com o reconhecimento no Supremo Tribunal Federal (STF) da autonomia dos governadores para promoverem o isolamento social (G12).

O sucessor de Mandetta escolhido pela Presidência da República foi um médico de origem do setor privado, sem nenhuma experiência na gestão pública. A posse de Nelson Teich, em 17 de abril de 2020, evidenciou internamente o isolamento do MS de tal dimensão que os representantes do Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de

Saúde (CONASEMS), apesar de convidados, foram barrados ao tentarem entrar na cerimônia sem qualquer justificativa (VEJ1).

Em maio de 2020 o CONASEMS e o CONASS lançaram, sem a participação do MS, a 1ª edição do Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde, primeiro documento orientador de circulação nacional a utilizar o termo ‘distanciamento social’. O MS somente passa a ser signatário deste documento em maio de 2021, já na sua 4ª edição. Segundo Abrúcio e colaboradores³ o protagonismo de Mandetta e o isolamento de seu sucessor foram absolutos em um sistema baseado na pactuação intergovernamental, evidenciando grande desarticulação interfederativa, a ponto de “governadores e prefeitos afirmarem que recursos não chegavam, algo anormal para o SUS, considerando a longa trajetória de funcionamento das transferências fundo a fundo” (NEX1).

Após a posse, Teich passou dias a estudar dados sobre a covid-19, sem apresentar qualquer proposta ou plano de ação nacional. Em meio a esse silêncio, o discurso presidencial ganhava força e o governo publicou decreto onde relacionava os serviços considerados essenciais, que deveriam permanecer em funcionamento, sem mesmo consultar o MS. Tal ação provocou grande constrangimento público no então ministro, haja vista o fato do mesmo ter tomado conhecimento da publicação por meio da imprensa e ter afirmado, em sua defesa, que a responsabilidade sobre a decisão pertencia ao Ministério da Economia (COB1)⁸.

Ao passo em que o Brasil se tornava o epicentro mundial da pandemia, o País seguia praticamente sem nenhuma diretriz do MS, cujo dirigente testemunhava condescendente a indiferença e negação da pandemia mediante tentativas da Presidência da República em sabotar as medidas sanitárias promovidas pelos estados, explicitando que o objetivo central do MS era não produzir ação alguma⁸.

Segundo Boaventura Santos¹³, desde que o neoliberalismo se tornou a face mais dominante do capitalismo, o mundo tem vivido um permanente estado de crise. Sendo permanente, essa crise acaba se tornando a causa que explica todo o resto – por exemplo, a crise financeira permanente que leva a cortes em políticas sociais (saúde, educação etc.) –, e assim impede que se perguntem as suas verdadeiras causas. Logo, o objetivo da crise permanente é não ser resolvida, pois assim ela legitima a concentração de riquezas e aumento das desigualdades sociais. A pandemia vem então apenas a agravar uma situação de crise a que a população mundial tem estado sujeita.

Com menos de 30 dias do início de sua ‘gestão’, Teich pediu exoneração alegando falta de autonomia e discordância da recomendação de uso da cloroquina no tratamento precoce da covid-19. Apesar de não haver nenhuma surpresa na insistência presidencial para a recomendação do medicamento pelo MS, em live realizada no dia anterior ao pedido de exoneração de Teich, Bolsonaro havia dado ultimato ao ministro, afirmando que o protocolo do MS seria revisado para a introdução da cloroquina já nos primeiros sintomas da doença, “em especial para pessoas mais humildes” (BBC1). Teich então tem sua breve e vazia passagem pelo MS finalizada em 15 de maio de 2020.

Interesses e consequências diretas da militarização do MS

O desgaste causado na imagem do governo federal pelas duas exonerações de ministros em meio à pandemia e a autonomia dos estados e municípios para a definição das regras sobre isolamento e distanciamento social, colocaram o presidente em uma condição de não poder errar – no que se refere à promoção da sua agenda político-ideológica, ou seja, no relaxamento das regras de distanciamento social – na escolha do próximo ministro. Por tal motivo, Bolsonaro buscou um nome de sua extrema confiança e dentro de sua ‘limitada’ rede de apoio, que possuía perfil semelhante ao de boa parte dos demais nomeados, seja dentro do próprio MS ou em outras áreas do governo.

Desde os últimos meses da gestão Mandetta, Bolsonaro e aliados passaram a fazer diretamente diversas indicações para a composição do MS, aumentando sua governança dentro da instituição. O próprio Mandetta relatou ter sofrido pressão para a substituição de quadros do alto escalão ministerial, por indicação de um dos filhos do presidente, com respaldo de Bolsonaro. Não por acaso estas substituições ocorreriam na Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretária de Atenção Especializada em Saúde e Secretaria Executiva, gestoras de cerca de 80% do orçamento do MS (OGL2).

Como exemplo, um empresário da ‘ala ideológica’ bolsonarista que fazia parte do chamado ‘gabinete paralelo’ – composto por agentes sem vinculação formal com o governo, mas que assessoravam a Presidência – chegou a realizar diversas reuniões internas no MS antes mesmo de qualquer nomeação e a vocalizar que recebera a missão de “forrar” o Brasil de cloroquina. Após dizer que o MS faria

recontagem dos mortos por ter havido ‘inflação’ nos números, causando repúdio por diversas instituições, pediu desculpas e desistiu do cargo (G13).

Acirrou-se então um processo de militarização do MS, definido por Souza ¹⁴ como “sua ocupação por indivíduos sem expertise em saúde pública, notadamente militares”. O afastamento de servidores de carreira com conhecimento técnico-científico dos espaços de tomada de decisão causou fragilidade técnica no MS e tem a intencionalidade de abrir espaço para agentes despreparados e submissos às idiossincrasias do presidente, capazes de cumprir suas ordens sem o pudor de ignorar a ciência. Até o final do primeiro semestre de 2020, eram 25 cargos do MS ocupados por militares; dos ocupantes, 21 não possuíam experiência na saúde ^{14,15} (ASC1).

A militarização do MS trouxe também consigo a defesa de interesses privados deixando o Brasil à mercê dos ataques de agentes alheios, mais preocupados em atender os interesses do capital internacional pela privatização do SUS do que as necessidades de saúde da população brasileira ¹⁴. Dois exemplos muito claros desse movimento foram a edição do Decreto nº 10.530, que privatizava mais de 4.000 UBS a pedido do próprio MS, revogado posteriormente, mas com promessa de reedição (G14); além da criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que terceiriza a força de trabalho na APS.

Alguns dos maiores interessados nesse processo de privatização, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, vêm avançando com a proposta de cobertura universal de saúde, que pressupõe uma cesta explícita de serviços baseada no poder de compra do indivíduo, gerando ‘classes’ de cidadãos e serviços pobres para pessoas pobres, ou seja, marginalizando ainda mais grupos populacionais desfavorecidos¹⁶. A ideia altera completamente o modelo de proteção social pelo Estado brasileiro, desvirtuando a perspectiva de universalidade e integralidade plenas¹⁶.

A ocupação militar mais significativa no MS é a da cadeira do próprio ministro, quando desde a saída de Nelson Teich o presidente Bolsonaro garantiu a permanência do General Eduardo Pazuello, anunciado dias antes pelo próprio Teich como Secretário Executivo, para que ‘mantivesse a agenda da pasta’. Decorridos quase vinte dias de vacância do cargo, em 2 de junho de 2020, Pazuello foi nomeado ministro interino da saúde.

Pazuello, que também não possui nenhuma trajetória na área da saúde, foi apresentado pelo governo como um especialista em logística, porém posteriormente

foi revelado que o general não possuía nenhuma formação nesta área (JDB1) e o próprio assumiu, alguns meses após sua nomeação, que “nem sabia o que era o SUS”.

Como prova de fidelidade a Bolsonaro, quiçá como grande cartada para a sua alçada à titularidade definitiva no MS, Pazuello lançou, 5 dias após a sua assunção enquanto ministro interino, o protocolo contendo a indicação de utilização de cloroquina, incluindo dosagens em casos leves a graves da covid-19. Ao longo do dia, o MS foi questionado sobre a politização do assunto e como resposta foi publicada uma Nota Informativa assinada por todos os secretários do MS, em uma tentativa de passar uma imagem de respaldo técnico para a ação. A curiosidade fica por conta do fato de que a nota, contendo 11 páginas de conteúdo técnico extremamente detalhado (apesar das frágeis evidências científicas), foi assinado por todos os secretários no intervalo entre 20:36 e 23:36 horas da noite do mesmo dia de lançamento do protocolo, que ocorreu pela manhã.

Outro ‘trunfo’ de Pazuello tratou-se da tentativa de ocultação dos números de casos e mortes notificadas ao MS e divulgadas pela instituição. Sabidamente o ministro estava alinhado com declarações do presidente que vinha acusando ministros anteriores de forjarem dados e pressionando o MS e até mesmo a Agência Brasileira de Inteligência (ABIN) para modificarem os dados e sua forma de apresentação, inconformado com a queda de sua popularidade em consequência da elevação nos números (COB2; VEC1). O presidente chegou a incitar apoiadores a invadirem hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para verificarem se eram reais os altíssimos números de internados em todo o país (YNT1). Infelizmente isso veio a acontecer e em alguns casos até mesmo deputados estaduais invadiram hospitais e agrediram trabalhadores que cuidavam dos pacientes internados (YNT1).

Pazuello passou a apresentar no painel virtual público apenas o número de mortes das últimas 24 horas ao invés do consolidado da pandemia, tendo sido retirados os coeficientes de incidência de contaminação e óbitos, a taxa de letalidade da covid-19 e removida a ferramenta de download dos dados, essencialmente para a realização de análises estatísticas (G15). Além disso, o boletim diário passou a ser divulgado depois da exibição do telejornal de maior audiência no país, produzido por uma rede de televisão considerada, pelo próprio, grande inimiga de Bolsonaro (ASC1). Apesar do MS receber ordem judicial do STF para a retomada do sistema anterior de computação dos casos, a desmoralização do sistema de informação do MS já se

consolidara, culminando com a criação de plataforma conjunta produzida pela imprensa, pesquisadores e gestores estaduais, a partir de dados dos sistemas descentralizados de informações do SUS (ASC1).

O militarismo representado por Pazuello ainda implementou ‘linha dura’ no MS com uma política de medo e perseguição a servidores, atrapalhando o trabalho técnico. Segundo nota enviada aos servidores pela comissão de ética do MS, “que apenas cumpre ordens”, redes sociais seriam monitoradas, devendo “ser usadas com cuidado” (COB3). Servidores que atuavam próximos ao ministro foram obrigados a assinar um termo que pudesse enquadrá-los na Lei de Segurança Nacional, sancionada à época da ditadura militar, com caráter intimidatório (COB4).

Além disso, apesar da existência de lei instituindo obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual em espaços públicos e privados, não era raro encontrar dirigentes do MS não utilizando o equipamento, inclusive dentro do próprio Ministério (FSP1; POD1). Enquanto isso, um grande número de servidores estava positivo – inclusive o próprio ministro Pazuello – e, em janeiro de 2021, o MS informou ter recebido 228 atestados médicos de servidores com covid-19, sendo que neste número não estão inclusos trabalhadores terceirizados e bolsistas, que são maioria no MS. Em março de 2021 três óbitos foram relatados na instituição (COB5; G16; ESP3).

Enquanto marchava seguindo fielmente a cartilha de Bolsonaro na tentativa de apresentar à sociedade alternativas milagrosas de cura, Pazuello recebeu um grupo de interessados em promover a aplicação retal de ozônio como terapia da covid-19, fato cujo desfecho foi da vocalização de piadas homofóbicas por parte do próprio presidente (ESP4; MTP1).

A cortina de fumaça de cloroquina e a tragédia amazonense

Detentor de grande admiração e seguidor político-ideológico do então presidente dos EUA (Donald Trump), Bolsonaro, da mesma forma que o americano, ensaiou uma saída da OMS a acusando de agir motivada por ideologias políticas ao emitir alertas e orientações sobre enfrentamento à pandemia (COB6). Numa clara evidência da inércia de reciprocidade na relação entre os presidentes, ou até mesmo de menosprezo por parte do governo americano, Trump afirmou que continuaria a remeter parte dos 66 milhões de comprimidos de cloroquina ao Brasil, mesmo após a

FDA revogar a autorização para a utilização da droga no país pela sua ineficácia e riscos associados ao uso (FSP2).

A esta altura, a quantidade de cloroquina distribuída pelo governo brasileiro aos estados chegou a quintuplicar nos meses coincidentes com a receitação de cerca de 3 milhões de comprimidos doados pelo governo americano e por uma empresa brasileira. O MS alegou que essa distribuição acontecia sob demanda dos estados, o que foi negado pelas secretarias estaduais, que se viram na obrigação de devolvê-los ao MS para não arcarem com os custos do fracionamento do medicamento, necessário à distribuição na apresentação recebida, ou da perda de validade e consequente descarte dos mesmos (ESP5; FSP2; G17).

Compondo o cenário, o isolamento do País se firmava por meio do fechamento das fronteiras americanas a brasileiros no momento em que a OMS passou a considerar o Brasil como epicentro da pandemia na América Latina, evidenciando o não incomum descrédito na capacidade do governo brasileiro em dar resposta à crise política e sanitária, o que maculou a crença do governo brasileiro no que era considerado seu principal modelo de política pública, o modelo americano⁷.

À medida que o MS sob gestão de Pazuello tentou avançar na promoção e distribuição da cloroquina, o Tribunal de Contas da União divulgou relatório apontando a ausência de diretrizes estratégicas por parte do comitê de enfrentamento à crise, criado em março de 2020, do governo federal. O relatório apontou, ainda, que apesar de haver previsão de membros do MS no comitê, não havia garantia de que profissionais da área da saúde estivessem ocupando estas cadeiras, tendo em vista que os cargos do alto escalão do MS não vinham sendo ocupados por profissionais com essa formação (G18).

Posteriormente, o Conselho Nacional de Saúde, maior órgão do controle social no SUS, apontou a não utilização de 5,6 bilhões de reais que deveriam ser utilizados pelo MS no combate à pandemia, dos quais aproximadamente 75 milhões não poderiam mais ser utilizados devido ao fato de que as medidas provisórias que os originaram não haviam sido convertidas em lei, pela inação do governo junto ao Congresso Nacional (G19).

Seguindo os fatos que colocavam em xeque a experiência de Pazuello em logística, apesar dos constantes anúncios de testagem em massa no país, o MS distribuía baixíssima quantidade de testes, alcançando apenas 20% da capacidade de testes previstos para julho de 2020, um dos períodos de pico da pandemia. Além

disso, foram entregues testes faltando reagentes, chegando a cerca de 10 milhões de testes cujo uso se encontrava impossibilitado pela falta do insumo (ESP6; ESP7).

Posteriormente, outros 6,8 milhões de testes, sob custo de 290 milhões de reais, foram encontrados estocados em um galpão do aeroporto de Guarulhos (SP), prestes a perder a validade, sem ser distribuídos aos municípios (G110). Outro relatório, da Controladoria Geral da União, identificou que, ao longo de 2020, não foi identificada a entrega de pelo menos 336 respiradores utilizados no tratamento de pacientes de covid-19 em UTI, com valor equivalente a 18 milhões de reais. No mesmo relatório foi apontada ainda a inutilização de 30 toneladas de medicamentos, no valor de cerca de 170 milhões de reais, estocados pelo MS, por má gestão (CNN1). Enquanto isso, estratégias reconhecidamente eficientes para auxiliar na contenção da pandemia, como a testagem em massa da população, não eram colocadas em prática e pessoas vinham a óbito por falta de leitos de UTI, para os quais os respiradores eram indispensáveis.

Nesse contexto, no início de 2021 ocorre em diversos estados do país um colapso generalizado do sistema de saúde pela alta no número de casos e internações. No estado do Amazonas a situação se tornou ainda mais crítica pelo desabastecimento de oxigênio nas unidades hospitalares, levando um grande número de pessoas a agonizarem asfixiadas pela ausência ou pela redução do fluxo do gás que lhes era fornecido na tentativa de economizá-lo (G111). Tal fato levou 19 pessoas à morte em uma só noite (entre 13 e 14/01/21), sem contar a grande quantidade de pessoas acometidas com sequelas permanentes por hipóxia (CDD1).

O governo federal foi então responsabilizado pela falta do oxigênio (G112), pois desde o dia 08 de janeiro de 2021, conforme informação da própria Advocacia Geral da União (AGU), tanto a empresa fornecedora quanto o governo do estado já haviam comunicado formalmente ao MS acerca da incapacidade de suprirem a crescente demanda pelo gás. O próprio ministro Pazuello esteve na capital no dia 11 de janeiro em agenda de lançamento do plano de enfrentamento à covid-19 no estado, onde chegou a referir ciência do problema, entretanto não tomou nenhuma medida para evitar o caos, sendo apenas enviadas pequenas remessas de cilindros do gás em voos da força aérea brasileira (FSP3; COB7; NEX2).

Na oportunidade da visita, o ministro insistiu na defesa do tratamento precoce com a ineficaz cloroquina como forma de resolução do problema, tendo, inclusive, em 14/01/21 enviado 120 mil comprimidos da droga ao estado. Enquanto isso, Bolsonaro

dizia ter feito a sua parte, e dias antes, parlamentares da base e familiares do presidente comemoraram o recuo na promoção de *lockdown* pelo governo do estado (CNN2; NEX2).

A atenuação do problema somente se deu por meio da remoção de pacientes para outros estados, mesmo que tardiamente iniciada em 15/01/21, e pelas doações de dinheiro e de oxigênio por parte de trabalhadores do SUS, voluntários de todo o país e até mesmo governos de outros países, como o da Venezuela, com o qual Bolsonaro não detém relação amistosa (CNN2; NEX2). Também no dia 15 chegou à capital do estado o primeiro carregamento de tanques de oxigênio que há dias aguardavam o transporte do estado de São Paulo (SP) (FSP3; COB7; NEX2).

Tamanho foi a crise e o desgaste público causado pela inaptidão de Pazuello na resolução da catástrofe ocorrida no Amazonas que o presidente precisava dar uma resposta pública à altura, assim o então ministro foi exonerado em 23 de março de 2021. Entretanto, levando em conta seu histórico de equívocos à frente da Pasta e as constantes defesas públicas de seu nome pelo presidente da República, ficou evidente que Pazuello representou apenas um nome capaz de cumprir todas as ordens do presidente sem qualquer questionamento, ou seja, alguém fiel ao presidente Acima de Tudo, inclusive acima da vida da população brasileira.

Mais do mesmo

Novamente Bolsonaro se encontrou na condição de buscar alguém que desse sequência ao trabalho de Pazuello, sendo fiel à sua cartilha. Por ser o quarto ministro da saúde a ocupar o cargo em meio à gravidade da pandemia, o presidente optou por um nome da área da saúde. A primeira escolha não foi exitosa, tendo em vista a negativa pública de uma cardiologista e acadêmica indicada pelo presidente da Câmara dos Deputados. A profissional, que recebeu ameaças de morte por ter se negado a ocupar o cargo, após reunião com o presidente, justificou a recusa por motivos técnicos e por ter sua vida pautada na ciência (CNN3; COB8).

Então o cardiologista Marcelo Queiroga, indicado por um dos filhos do presidente, assumiu o MS na mesma data em que saiu a exoneração oficial de Pazuello. Queiroga, que anteriormente se posicionava contra a cloroquina e a favor do isolamento social, após a nomeação adotou tom ameno, evitou críticas à posição do governo, elogiou a gestão de Pazuello, e afirmou que 'a política é do governo

Bolsonaro e não do ministro da saúde... o ministro executa', que 'não pode ser política de governo fazer *lockdown*' e que médicos têm autonomia para prescrever o tratamento precoce (CNN4; CNN5; CNN6).

Queiroga anunciou em seguida a criação de uma secretaria especialmente voltada ao combate à pandemia (COB9), o que aconteceu cerca de 45 dias após o anúncio e, para seu comando, foi indicada uma infectologista e epidemiologista com formação e experiência na resposta a pandemias. Uma semana após seu anúncio, Bolsonaro ordenou a exoneração da profissional pela irredutibilidade em sua posição contrária à utilização de cloroquina. Na nota de exoneração, o MS afirmou que seguiria à procura de 'outro nome com perfil profissional semelhante: técnico e baseado em evidências científicas' (G113; MTP2; MTP3; G114).

Queiroga também teve que lidar com o problema da falta de anestésicos injetáveis, relaxantes musculares e sedativos utilizados na intubação de pacientes hospitalizados nos estados, incluindo-se em hospitais de gestão federal. Nesse período o Brasil alcançava o pico histórico de casos e internações por covid-19. O Centro de Operações de Emergência do MS já havia emitido alertas desde maio de 2020 sobre a iminência deste desabastecimento, contudo, o MS continuava a priorizar a distribuição de cloroquina (ESP8).

Trabalhadores, gestores e várias entidades profissionais de diversos estados cobravam resolução para a situação de desabastecimento dos medicamentos, inclusive alertando da necessidade de busca-los no mercado internacional. Mas as medidas adotadas pelo MS e até mesmo pela ANVISA foram insuficientes e o desabastecimento perdurou em algumas unidades até que a curva de casos reduzisse significativamente como resultado do início da vacinação (ESP8; G115; G116).

Também na gestão de Queiroga foram identificadas perdas de insumos e medicamentos por má gestão no MS, com conhecimento do ministro. Apenas em testes covid-19 estocados no aeroporto de Guarulhos (SP) com validade expirada foram desperdiçados 77 milhões de reais, isso sem considerar os medicamentos, testes rápidos e vacinas de outras doenças (ESP9).

Com o início da redução no número de mortes por covid-19 no país em decorrência da vacinação ^{17,18} iniciada em 17 de janeiro de 2021, Bolsonaro passou a pressionar o MS para que emitisse parecer indicando a desobrigação do uso de máscaras por vacinados e pessoas que já haviam contraído o vírus (COB10). As exigências de Bolsonaro incomodaram o ministro, que afirmou internamente que a

suspensão da obrigatoriedade do uso de máscaras poderia impulsionar a disseminação do vírus pelo país, já que mesmo pessoas vacinadas e/ou que já tiveram a doença poderiam contrair o vírus novamente. Entretanto, ao saber do descontentamento do presidente com sua resistência, Queiroga passou a afirmar que “em breve teremos a desobrigação de usar máscaras” (MTP4; COB11).

Em setembro de 2021, retratando bem a postura do governo no enfrentamento à pandemia de covid-19, ao menos 4 membros da comitiva presidencial que viajou à Assembleia Geral da ONU, em Nova York, testaram positivo para o vírus (entre eles, Queiroga) e tiveram que permanecer em quarentena nos EUA antes de retornar ao Brasil. Frequentemente os membros da comitiva eram vistos em passeios pela cidade sem a utilização de máscaras. Ainda, o presidente e sua comitiva tiveram que fazer refeições na rua por terem sido impedidos de entrar no restaurante do evento por afirmarem não ter sido vacinados – apesar de Bolsonaro ter declarado sigilo de até 100 anos em seu cartão de vacinação (COF1; UOL2; G117).

Vacinação - do planejamento à CPI

Em princípio é necessário destacar o processo de desqualificação e perda de protagonismo do Programa Nacional de Imunizações (PNI) ao longo da pandemia. Com quase 50 anos de existência, o PNI é internacionalmente premiado e se destaca historicamente, em termos de formulação, gestão e logística, sendo totalmente capaz de conduzir desde a negociação com fabricantes até a vacinação e respectiva vigilância (ESP2). Entretanto, desde 2015 tem sido observada queda constante nas coberturas vacinais ¹⁸.

Como a imunização é a principal estratégia reconhecidamente efetiva para reduzir o número de casos, é importante trazer que a equipe técnica do PNI foi excluída do debate sobre a vacinação contra covid-19, o que justifica as diversas falhas identificadas no plano de vacinação. Além disso, o PNI passou por longo período sem coordenação ou com coordenadores sem qualquer experiência em imunizações, enquanto os coordenadores qualificados que passaram pelo programa se demitiram ou foram demitidos por conta da politização da pauta. Também influenciou no desempenho do programa a ausência de um esforço governamental em termos de comunicação sobre vacinas, além da fragilização da APS, centralmente pelas mudanças na composição de equipes, do modelo de financiamento e o fim do

Programa Mais Médicos. Por fim, as falas do presidente desqualificando a vacina, desincentivando a vacinação e afirmando não a ter tomado (MTP5; VEJ2; ESP2; ESP10; FSP4).

Antes mesmo de o Brasil ter disponível a primeira dose de vacina o MS enfrentava dificuldades em adquirir seringas e agulhas para a aplicação dos imunizantes. Ao final de dezembro de 2020 apenas 2,4% do total de 331 milhões desses insumos haviam sido adquiridas pelo órgão devido a erros no processo de compras (ODI1; UOL3).

Também no início de dezembro de 2020, o MS ainda não havia apresentando qualquer plano que orientasse o processo de aquisição ou aplicação de vacinas no país. Após cobranças na Câmara dos Deputados e determinação pelo STF, o MS finalmente o fez (G118). Entretanto, o plano foi considerado como parcial e equivocado por parte de entidades e profissionais da área, não havendo clareza, por exemplo, dos grupos prioritários e de quando a vacinação destes começaria (G119).

Além disso, os pesquisadores convidados para participar das reuniões de discussão do plano tiveram suas participações limitadas, com microfones cortados e perguntas não respondidas. Em que pese este fato, o plano foi enviado ao STF contendo os nomes dos pesquisadores que sequer haviam tido acesso prévio ao documento, tomando conhecimento de sua existência apenas pela imprensa (G120; FIM1).

A aquisição de vacinas pelo Brasil se deu de maneira letárgica e envolta em processos de corrupção e incompetência. Desde agosto de 2020 o MS havia recebido proposta de venda de 70 milhões de doses de vacinas com início das entregas previsto para o mesmo ano. Entretanto o MS sequer respondeu a qualquer uma das 3 tentativas de contato do fabricante para a negociação, retardando o início da vacinação no país, o que poderia ter minimizado a maior onda de casos e mortes iniciada no mês de março de 2021, quando o contrato com a mesma fabricante foi finalmente assinado (BBC2).

O descompromisso foi tamanho que até mesmo um reverendo e sua instituição religiosa, alheios ao MS, foram autorizados a negociar um total de 400 milhões de doses de vacinas com uma empresa americana. O valor da dose nessa negociação era de 17,50 dólares, valor três vezes superior ao pago pelo próprio MS em negociação direta pela mesma vacina com um laboratório indiano (UOL4; G121).

Ainda na ocasião dessa negociação feita pelo reverendo posteriormente foi revelado que o diretor de logística do MS, considerado muito próximo à Presidência da República e apadrinhado político pelo líder do governo na Câmara dos Deputados, exigiu o pagamento de propina no valor de 1 dólar por cada dose negociada. Na cotação da época em que o pedido foi feito isso equivaleria a aproximadamente 2,2 bilhões de reais. Encontram-se ainda em andamento outras investigações sobre corrupção na aquisição de vacinas envolvendo agentes do MS (UOL4; FSP5; G122).

Bolsonaro também desautorizou Pazuello de proceder à intenção de comprar uma vacina produzida por um laboratório chinês, chegando também a causar conflitos diplomáticos e comerciais com comentários xenofóbicos pela origem da vacina (AGB1). O presidente afirmou que não compraria a vacina chinesa mesmo ela sendo aprovada pela ANVISA e comemorou em uma rede social a suspensão dos testes pela instituição, em decorrência da morte de um dos voluntários, que posteriormente soube-se tratar de um suicídio (OGL3; EXT1).

Ainda houve uma tentativa do MS de aprovar o plano de imunizações constando apenas previsão de vacinação com vacina de outro laboratório, sabidamente insuficiente para cobrir toda a população brasileira (FIM1). Bolsonaro, que sempre sustentou ser contra as medidas de isolamento social por defender que a economia do país não poderia parar, também retardou única medida sanitária que poderia promover a retomada da atividade econômica em 2021 (VEC2).

O embate do governo travado contra a vacina chinesa agravou-se também pelo fato de que a parceria efetivada no Brasil com o laboratório fabricante havia sido feita por meio de um Instituto vinculado ao governo do estado de São Paulo, cujo governador era um dos políticos que rompeu com o presidente após o início da pandemia e que se colocou como pré-candidato ao cargo de Bolsonaro nas eleições de 2022. No fim das contas, apesar de Pazuello ter afirmado que todos os estados teriam início da vacinação simultaneamente e ter enviado ofício ao Instituto paulista pedindo o confisco de doses para isso (REF1; DPE1), a disputa pelo marketing eleitoral foi vencida pelo governador que aplicou a primeira dose de vacina em um cidadão brasileiro no país em uma cerimônia sem a participação do governo federal.

Tendo em vista a relutância e improficiência do governo federal para adquirir vacinas e promover a conscientização da população acerca da necessidade de vacinação, governos estaduais e municipais começaram a fazer movimentos de compras individuais e articuladas (como feito pelo Consórcio Nordeste), bem como

suas próprias campanhas publicitárias incentivando a vacinação, além da instituição da vacinação como obrigatória para o acesso a uma série de órgãos e serviços da administração pública e da iniciativa privada ¹⁸.

Para isso, Bolsonaro sofreu duas derrotas no STF: o reconhecimento da constitucionalidade de obrigatoriedade da vacina, podendo ser determinada pela União, estados ou municípios; o reconhecimento de que estados e municípios poderiam fazer a aquisição e distribuição de imunizantes em caso de falhas no PNI ou insuficiência de doses (CJU1; AGB2).

Após estas subseqüentes derrotas jurídicas e políticas do governo, vendo diversos países avançarem no processo de vacinação, inclusive alguns outrora negacionistas como os EUA, as diligências para a aquisição de vacinas começaram a fluir. Pazuello se esforçava então para passar uma imagem de que haviam adiantadas negociações e compras em grande quantidade, porém fora desmentido diversas vezes pelos fabricantes e pelas circunstâncias (REF2; G123; ESP11). O ministro perguntou então em um discurso “pra que essa ansiedade, essa angústia?” para o início da vacinação. A essa altura o vírus já havia matado mais de 100 mil brasileiros (VEJ3).

Ao passo em que, gradativamente, passou a receber vacinas dos diversos laboratórios, como vem sendo comum na logística do MS, foram cometidos subseqüentes equívocos na orientação para o uso e distribuição dos imunizantes, o que acarretou em retardo ainda maior do calendário vacinal e até mesmo a aplicação de milhares de doses de vacinas vencidas (G124; FSP6; G125; FSP7).

Com o avançar da vacinação, a pedido de Bolsonaro, Queiroga reviu a orientação dada pelo MS nos dias anteriores e desorientou a vacinação de adolescentes sem comorbidades, o que causou ainda maior tensão entre gestores e principalmente entre pais e responsáveis por esse público que já havia se vacinado ou que pretendia fazê-lo. A atitude de Queiroga causou manifestações do CONASS, CONASEMS e diversos representantes de entidades que fazem parte da Câmara Técnica Assessora de Imunização covid-19 do MS, que ameaçaram deixar o órgão assessor caso o ministro não se retratasse. A grande maioria dos estados e municípios resolveu ignorar a nova orientação dada por Queiroga e seguiram vacinando os adolescentes normalmente (OGL4; COB12; PBH1).

Em dezembro de 2021, sobretudo por conta das incertezas relacionadas à variante ômicron do vírus, a ANVISA passou a recomendar ao governo brasileiro a

exigência do chamado ‘passaporte vacinal’ para viajantes que pretendam entrar no Brasil. Bolsonaro novamente se posicionou contrariamente à medida, então Queiroga propôs, para aliviar as cobranças, apenas a realização de quarentena de 5 dias para quem chegasse ao país. Segundo o ministro, "às vezes é melhor perder a vida do que perder a liberdade" (G126; G127).

Diante dos ‘desacertos’ do governo federal, desde janeiro de 2021 senadores entraram com pedido de abertura de Comissão Parlamentar de Inquéritos (CPI) no intuito de apurar as ações e omissões do governo federal na gestão do enfrentamento à pandemia. Entretanto, o presidente do Senado, que foi apoiado por Bolsonaro na eleição da presidência da Casa, retinha e questionava o mérito do pedido. Somente após determinação do STF o pedido foi acatado pelo Senado em abril de 2021 (G128).

Após quase seis meses de trabalho, cerca de 50 depoimentos, 251 quebras de sigilo e mais de 60 reuniões, o relatório final da CPI foi aprovado pedindo o indiciamento de 77 pessoas (incluindo ex-ministros, ministros, políticos, servidores públicos, empresários e membros do gabinete paralelo), além do presidente da República e duas empresas (AGS1).

Em linhas gerais, os 15 macro assuntos principais investigados pela CPI foram: gabinete paralelo; imunidade de rebanho; tratamento precoce; oposição às medidas não farmacológicas; falsa alegação de supernotificação de casos; recusa e atraso na aquisição das vacinas; crise do estado do Amazonas; o caso da vacina indiana; hospitais federais do Rio de Janeiro; caso de corrupção em contratos do MS, desde 2018, com operadora de logística; análise orçamentária da pandemia no Brasil; negligência do governo na atenção aos indígenas; impactos da pandemia sobre mulheres, população negra e quilombolas; desinformação na pandemia (*fake news*); empresa de planos privados de saúde acusada de realizar testes com a cloroquina em pacientes com o apoio do governo e de esconder óbitos relacionados aos testes, entre outros (POL1).

Três dos principais membros do governo com indicativo de investigação pelo relatório final da CPI foram: Bolsonaro – acusado de homicídio qualificado, crime contra a humanidade, charlatanismo, incitação ao crime, prevaricação, infração de medida sanitária preventiva, falsificação de documento particular e emprego irregular de verbas públicas, genocídio de indígenas, violação de direito social e incompatibilidade com dignidade e honra e decoro do cargo; Eduardo Pazuello - homicídio qualificado, emprego irregular de verbas públicas, prevaricação,

comunicação falsa de crime, genocídio de indígenas, crime contra a humanidade; e Marcelo Queiroga - epidemia culposa com resultado em morte e prevaricação (FSP8).

Considerações finais

O presente trabalho buscou apresentar uma contextualização acerca da atuação da direção do MS, em sua relação com a Presidência da República, no enfrentamento à pandemia de covid-19. Em momentos de tamanha complexidade multifatorial vivenciada pelas sociedades tal como a pandemia, a sociologia compreensiva concebe a essencialidade de se preservar as singularidades dos atos e das situações para uma melhor apreensão da experiência social, e dos sentidos que emergem das ações humanas.

Com base no material analisado depreende-se que um conjunto de medidas negacionistas e equivocadas sob diversos aspectos – rotatividade de ministros da saúde; fragilização do financiamento e da atuação regular da APS; colapso da rede assistencial; ruptura do pacto federativo do SUS e conflituosidade nas relações com estados e municípios; inércia, corrupção e morosidade no processo de compra e distribuição de vacinas; descaso com a ciência; debilitação da estratégia de testagem e distribuição de insumos; militarização da saúde; opacidade e desacreditação das informações em saúde; descoordenação da política de enfrentamento à pandemia; dentre outros – fortemente orquestradas pelo presidente da República, culminou em prejuízos ao bom desempenho do MS em sua função de coordenar nacionalmente a política de enfrentamento à covid-19, conseqüentemente, ao bom desempenho geral do país neste sentido.

Tendo sido superado ao custo de milhares de vidas o processo de negligência por parte do governo brasileiro na aquisição dos imunizantes, o empenho de trabalhadores e gestores da APS na operacionalização da vacinação permitiu que o número de casos e óbitos diários, que já chegou próximo a 100 mil e 4.200, respectivamente, nos primeiros 5 dias de outubro de 2022 se encontrem em torno de 7 mil casos e 100 mortes diárias ⁵.

Ao perceber, por meio deste estudo, que o desgoverno brasileiro contribuiu fortemente com a atribuição ao país de uma das maiores taxas de mortalidade por covid-19 no mundo, e que essas mortes refletem o processo histórico de acirramento das desigualdades no país, incidindo fortemente sobre populações socialmente

marginalizadas, é possível concluir que ao longo da pandemia esteve em curso uma necropolítica no Brasil.

Espera-se que o presente trabalho contribua com a construção de aprendizados fundamentais para a reedificação das instituições gestoras e para a história do SUS, possibilitando não apenas a superação desta pandemia, mas também das que ainda estão por vir. Gestores, políticas e políticos do atual governo e dos próximos demandarão de ciência e de experiência para que sua população, sobretudo os segregados pela raça, gênero ou classe social não seja dizimada por asfixia social.

Referências

- 1 – Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A. Coronavirus politics: the comparative politics and policy of covid-19. University of Michigan Press; 2021. p. 654.
- 2 – Oliveira e Cruz DM, Carvalho LF, Costa CM, Aguilar GMO, Saraceni V, Cruz OG, et al. Centro de operações de emergência na COVID-19: a experiência do município do Rio de Janeiro. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46.
- 3 – Abrúcio FL, Grin EJ, Franzese C, Segatto CI, Couto CG. combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev. Adm. Pública*. 2020;54(4):663-77.
- 4 – Nuclear Threat Initiative & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. GHS Index. Global health security index: building collective action and accountability. 2019 [Acesso em: 05 dez. 2021]. 316 p. Disponível em: <<https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-global-health-security-index.pdf>>.
- 5 – Brasil. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Brasília: [Citado em 01 dez. 2021]. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>.
- 6 – Weber M. A utilização dos tipos ideais em sociologia. In: Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. *A profissão de sociólogo. Preliminares epistemológicas*. Petropolis: Vozes; 1999. p. 222-8.

- 7 – Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Trinta AR, tradutor. Porto Alegre: Sulina; 2007. p. 295. (Coleção: Imaginário cotidiano).
- 8 – Sodré F. Epidemia de covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab. Educ. Saud.* 2020;18(3).
- 9 – Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o programa previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do sistema único de saúde, por meio da alteração da portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [Acesso em: 10 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
- 10 – De Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos AIP. Programa previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? *Cien. Sau. Colet.* 2021;26(supl.2).
- 11 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020. Telesus. [Acesso em: 10 dez. 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/corona/telesus>.
- 12 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2021. Manual instrutivo do financiamento da atenção primária à saúde. [Acesso em: 07 out. 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf.
- 13 – Santos BS. A cruel pedagogia do vírus. 1. ed. São Paulo: Boitempo; 2020. p.36.
- 14 – Souza DO. A militarização do ministério da saúde no Brasil: passos rumo ao retrocesso em plena pandemia. *Rev. Urug. Cienc. Polit.* 2020;29(2).
- 15 – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Rede Unida, Rede Nacional de Médicas e Médicos Populares, Associação Brasileira de Enfermagem. Nota de repúdio à ocupação militar do Ministério da Saúde! [Acesso em: 15 set. 2021]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/05/nota-de-repudio-a-ocupacao-militar-do-ministerio-da-saude/>.

16 – Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Cien. Sau. Colet. 2018;23(6):1763-76.

17 – Faria CD, Neto FARS, Machado YJ. Relação entre a vacinação contra a Covid-19 e a mortalidade no Brasil. Brazilian Journal of Global Health. 2021;02(01).

18 – Fleury S, Fava VMD. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. Saúde Debate. 2022;46(esp1):248-64.

6.2 ARTIGO CIENTÍFICO 2

O segundo artigo encontra-se em submissão para publicação junto à revista *Ciência & Saúde Coletiva*, abordando o processo de pactuação da política de enfrentamento à pandemia da COVID-19 no âmbito da APS, por parte do MS.

GOVERNANÇA FEDERAL NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA

Autores:

Celmário Castro Brandão*

Ana Valéria Machado Mendonça*

Maria Fátima de Sousa*

*Programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB)

RESUMO

Este artigo objetiva descrever e analisar o processo de pactuação federal da política de enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo de análise de políticas para o qual se realizou pesquisa documental exploratória buscando identificar os registros dos debates e publicações

oficiais do Ministério da Saúde acerca das políticas/orientações relacionadas à gestão e ao trabalho na APS ao longo da pandemia. À luz do referencial de governança em políticas públicas, procedeu-se à análise de conteúdo dos achados. O debate sobre o tema foi identificado em 23 reuniões/encontros oficiais, em sua maioria, no âmbito da gestão, sendo minorados os espaços científicos e de participação popular. No que se refere ao conteúdo das 34 publicações ministeriais, apenas 15 haviam sido discutidas previamente com outras representações institucionais. Não apenas pela pouca propensão aos debates, mas também pelas contradições e ausências percebidas ao se concatenar o conteúdo das discussões e das publicações oficiais, percebeu-se evidente descoordenação central, rompimento do pacto federativo e hierarquização do modelo histórico de governança em redes no Sistema Único de Saúde, induzidos pela agenda autoritária e negacionista da Presidência da República.

Palavras-chave: Governança em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Covid-19.

INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a emitir alertas sobre um novo Coronavírus de potencial pandêmico identificado na China. Já em janeiro de 2020, aquela Organização declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), assumindo a denominação Sars-CoV-2, em fevereiro do mesmo ano, para o vírus causador da pandemia de covid-19. No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) com o primeiro caso de covid-19 registrado em 26 de fevereiro do mesmo ano.

Países que dispunham de uma Atenção Primária à Saúde (APS) integrada aos demais níveis assistenciais, tais como Espanha e Portugal, demonstraram continuidade e eficiência na atenção, ao passo que o amplo escopo de serviços prestados influenciou o acesso à saúde, atenuando os impactos da pandemia ¹. A Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS brasileira é considerada o modelo mais eficiente nas medidas de contenção da disseminação da covid-19, por seus atributos essenciais, quais sejam: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e, derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural). Apesar disso o manejo da covid-19 e os investimentos para a gestão da pandemia se concentraram, sobremaneira, nos serviços de média e alta complexidade ^{2,3,4,5}.

De fato, a ampla rede de serviços de APS, presente em todos os municípios do país, efetivamente tem grande potencial como principal porta de entrada para o atendimento em saúde, o encaminhamento e a resolução de grande parte dos casos de covid-19 (cerca de 80%), que são casos leves e moderados ^{1,6,7}.

Desde a Constituição Federal de 1988, e mesmo depois da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, foi definida uma estrutura clara de governança por meio do pacto federativo e de diretrizes nacionais relacionadas à redistribuição de recursos, à implementação descentralizada e aos espaços institucionais de participação social e negociação intergovernamental ⁸. Há registros de países que descentralizaram funções de governança na gestão da pandemia, porém que falharam na coordenação central de seus sistemas, acarretando em dificuldades de acesso, alocação de recursos e qualidade de atendimento, como foi o caso de Reino Unido, França e Itália ¹.

No Brasil, embora diversos trabalhos apontem a mesma ausência de coordenação central ^{1,8,9,10}, não foram identificados estudos que aprofundassem um olhar geral sobre a governança federal na gestão da pandemia de covid-19 no âmbito da APS. Entende-se por governança a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, visando seu desenvolvimento, o que implica na capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e desenvolver suas funções ^{11,12}.

De modo a contribuir com a compreensão acerca de tal governança, este artigo descreve e analisa o processo de pactuação federal da política de enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS brasileira.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de análise de política, ou seja, um estudo do “governo em ação” ¹³, envolvendo as tipologias dos estudos do conteúdo das políticas e dos estudos do processo de elaboração de políticas. Por meio dessas tipologias buscou-se descrever e explicar a gênese e o desenvolvimento de políticas com interesse em desvendar as várias influências em sua formulação, invariavelmente mostrando interesse pelo conteúdo das mesmas ¹⁴.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira compreendeu pesquisa documental exploratória, buscando identificar os registros de encontros/reuniões nos

quais estivessem em debate ações voltadas ao enfrentamento à pandemia no âmbito da APS. As buscas foram realizadas entre os dias 28 de março e 08 de abril de 2022, em portais (*sites*) institucionais e canais do Youtube de entidades/instituições representativas e associativas de gestores e pesquisadores de políticas públicas de saúde no país. Incluiu todos os resumos executivos e as atas das reuniões ali disponíveis, além dos registros em vídeo, seguindo roteiro de seleção previamente definido (Quadro 1).

Foram incluídos na análise os encontros/reuniões – identificados nos registros em texto e/ou vídeo – que necessariamente contaram com a participação de ao menos um representante do MS nomeado em cargo de direção (Ministro, Secretários, Diretores ou Coordenadores) e que passaram pelos critérios de exclusão descritos no Quadro 1.

O recorte temporal dos encontros/das reuniões contemplados(as) na análise foi de 01 de janeiro de 2020 – mês em que mundialmente já se tomava conhecimento da existência do novo vírus e seu potencial pandêmico – a 31 de dezembro de 2021 – período já demarcado por: evidente avanço na vacinação; retomada significativa dos serviços de APS com os profissionais imunizados; surgimento da variante Ômicron, com alta transmissibilidade e conseqüente necessidade de reestruturação de ações prioritárias em período de elevado contágio; e, possível esgotamento de variações no *modus operandi* da tomada de decisão pela gestão do MS.

Na segunda etapa do trabalho também foi realizada pesquisa documental exploratória buscando Portarias, Notas Técnicas, manuais, instrutivos, entre outros documentos publicados pelo MS, cujo conteúdo contemplasse explicitamente as políticas/orientações relacionadas à gestão e ao trabalho no enfrentamento à pandemia da covid-19 na APS. Tal ação se deu entre 30 de maio e 23 de junho de 2022.

Foram selecionados documentos datados entre 01 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021. Tal seleção seguiu roteiro específico (Quadro 1), buscando identificar a redação expressa, no todo ou em partes do documento, abordando as políticas, os programas ou as orientações relacionadas ao enfrentamento à pandemia da covid-19 no âmbito da APS.

Quadro 1: Síntese dos portais, roteiros de seleção e critérios de exclusão dos encontros/reuniões e publicações

Portais Utilizados nas Buscas pelos Encontros/Reuniões (sites e canais do Youtube)	Roteiro de Seleção dos Vídeos	Crítérios de Exclusão dos Encontros/Reuniões	Portais Utilizados nas Buscas pelas Publicações	Roteiro de Seleção das Publicações	Publicações Excluídas
Ministério da Saúde (MS); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); Departamento de Informática do SUS (DATASUS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Confederação Nacional de Municípios (CNM); Frente Nacional de Prefeitos (FNP); Associação Brasileira de Municípios (ABM); Associação Rede Unida; Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Rede APS; Rede CoVida	1º-Localização do canal da entidade/instituição no Youtube; 2º- Consulta ao título e à descrição do vídeo; 3º- Vídeo assistido na íntegra verificando se houve o debate sobre o enfrent. à covid-19 na APS; 4º- Identificação do trecho de interesse e extração do conteúdo.	1- Encontros nos formatos de palestras, entrevistas, informes ou apresentações sem discussões/debates subsequentes; 2- Abordagem exclusiva dos temas relacionados à saúde bucal, indígena ou prisional; 3- Referência à APS apenas em formato de relato de experiência ou premiação, sem se desdobrar em uma proposição ou debate; 4- Referência à APS demasiadamente superficial ou curta, em um contexto geral da política de enfrentamento à covid-19 no SUS; 5- Tratamento exclusivo de atualizações ou modificações em ações já em andamento, cuja motivação não guardasse relação com a pandemia de covid-19.	Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à covid-19 (SECOVID); Portal Coronavírus do MS; Portal de Legislação relacionado à covid-19 da Presidência da República (PR).	1º- Análise dos títulos; 2º- Consulta às ementas; 3º- Consulta aos objetivos e sumários; 4º- Leitura flutuante do documento.	1- Passo a passo de alimentação de sistemas; 2- Orientações para solicitações diversas de adesão a programas; 3- Portarias de credenciamento de serviços; 4- Documentos voltados à saúde bucal, indígena e prisional; 5- Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 (PNO).

Fonte: autoria própria.

Não foram consideradas publicações em texto e vídeo postadas diretamente nos sites (sem documento de extensão .PDF) pela inexistência de registros de data de publicação ou de eventuais modificações. Adicionalmente, caso tenha sido identificada alguma publicação instituindo uma estratégia/ação específica, as demais publicações sobre essa mesma estratégia/ação que não incrementassem novas abordagens/orientações não foram incluídas por serem consideradas desdobramentos da primeira.

Os achados de ambas as etapas foram codificados e categorizados em matrizes, conforme os núcleos de sentido da referência ao enfrentamento à pandemia na APS da seguinte maneira: financiamento/estruturação dos serviços de saúde; organização do processo de trabalho das equipes; vacinação/salas de vacinas; educação/formação dos profissionais de saúde; e, informação à população.

A partir das matrizes, procedeu-se à análise de conteúdo ¹⁵, no intuito de aferir a dimensão do esforço ministerial em fortalecer a sua governança por meio da construção de relações formais e informais, mantendo diálogo constante com os diversos segmentos e instituições de construção, problematização e gestão do SUS. Obteve-se um panorama geral dos conteúdos dos debates e das proposições feitas pelas diversas instituições, bem como das publicações oficiais do MS sobre a forma como a APS deveria se organizar no enfrentamento à pandemia de covid-19.

Tal conteúdo permitiu uma análise cruzada, concatenando os achados da primeira e da segunda etapas do trabalho, ou seja, buscando correlação ou correspondência entre os debates realizados e as publicações oficiais do MS. Tais publicações são consideradas o formato pelo qual o MS instituiu e deu visibilidade à sua agenda política e às ações ali reconhecidas e priorizadas.

A análise dos conteúdos se deu à luz do referencial de governança em políticas públicas de Santos ¹² e Bevir ¹⁶. Governança consiste em um termo para a discussão geral da coordenação social, onde, segundo a teoria das organizações moderna, existem três tipos distintos e, para cada tipo, tem-se uma forma de governança ideal para coordenar as ações: hierarquia, que depende de autoridade e controle centralizado; mercado, que depende de preços e ampla competição; e redes, que dependem de confiança entre seus componentes ¹⁶.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos no art. 1º da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e considerando que as variáveis foram obtidas por meio de acesso a dados públicos, dispensou-se a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas resultaram em um total de 21 resumos executivos e quatro atas, sendo que apenas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o CNS, respectivamente, disponibilizaram registros de suas reuniões nesses formatos. A aplicação dos passos 1 e 2 do roteiro de seleção dos vídeos (Quadro 1) retornou um total de 60 resultados. Os passos subsequentes do mesmo roteiro, bem como a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão acarretou no resultado final de 23 registros em vídeo dos encontros/reuniões (Quadro 2), entre os quais, encontram-se

as filmagens dos eventos dos quais também foram consultados os resumos executivos e as atas.

Quadro 2: Espaços com participação de gestores do MS, onde foi debatido o enfrentamento à pandemia na APS.

Cód.	Data	Tipo – Nome do evento	Instituições Participantes	Tema na Pauta?
R1	06/02/20	1ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não
R2	11/03/20	Fórum Nacional de Gestão da Atenção Primária à Saúde	SAPS/MS, CONASS, CONASEMS, Secretarias de saúde estaduais e municipais (capitais) e OPAS.	Não
R3	07/04/20	Live - Coronavírus e perspectivas para o SUS	CNS e Secretaria Executiva do MS (SE/MS)	Não
R4	21/05/20	3ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Sim
R5	18/06/20	4ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não
R6	30/07/20	5ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não
R7	24/09/20	7ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Sim
R8	06/10/20	Mesa redonda - Implicações da Covid-19 nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis	SVS/MS, IBGE, Universidades/pesquisadores e SAPS/MS	Não
R9	17/12/20	9ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Sim
R10	28/01/21	1ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não
R11	25/02/21	2ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não.
R12	30/03/21	3ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Sim
R13	16/04/21	Reunião - Lançamento da 4ª edição do Guia Orientador para Enf. da Pandemia na RAS	CONASEMS, CONASS e SAPS/MS	Sim
R14	30/04/21	4ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Sim
R15	21/05/21	68ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS)	CNS - Segmentos de usuários, trabalhadores e gestores (CONASS, CONASEMS e MS)	Não
R16	27/05/21	5ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Sim
R17	29/07/21	7ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não
R18	18/08/21	Ciclo de estudos: Integração da Vigilância e APS como estratégia de enf. à pandemia	MS, CONASEMS e Universidades/pesquisadores	Sim
R19	26/08/21	8ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não
R20	30/09/21	9ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não
R21	28/10/21	10ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não.
R22	25/11/21	11ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Sim
R23	16/12/21	12ª Reunião Ordinária da CIT	MS, CONASS e CONASEMS	Não

Fonte: autoria própria.

A análise do conteúdo dos registros em texto e vídeo (Quadro 3) permitiu a descrição do processo de pactuação federal da política de enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS brasileira, bem como a discussão desse processo, sistematizada nos tópicos a seguir.

Arenas e disputas na conformação da agenda

O estudo dos encontros/reuniões que compõe o cenário político institucional do processo de tomada de decisão no SUS levou à identificação das instituições, dos agentes e dos conteúdos que trazem para a pactuação da política de enfrentamento à pandemia de covid-19 na APS. A descrição de tal cenário, conformado pelas relações formais ou informais construídas pelo MS ¹², possibilitou a análise das

racionalidades de governança da instituição na coordenação social dessa política e dos regimes de conhecimento e poder nos espaços por meio das narrativas postas em disputa por cada agente ^{14,17}.

Vale destacar que todas as representações partícipes dos debates nos encontros/reuniões frequentemente reconheciam a relevância estratégica da APS para fazer frente à pandemia de covid-19 no SUS. Efetivamente, a APS brasileira, ancorada na ESF e articulada com a vigilância epidemiológica, detém a capacidade de: investigar casos suspeitos; realizar busca ativa de contactantes; informar à população; acompanhar os casos leves; e, encaminhar, oportuna e precocemente, para o atendimento de maior complexidade ^{2,3,4}.

Levando em conta a relevância e o reconhecimento concernentes, esperava-se maior protagonismo do MS em relação à promoção e participação de/em debates sobre a temática em comento. Assim, dos 23 encontros/reuniões onde foi possível identificar a presença de seus representantes, 17 foram reuniões da CIT, cuja presença do MS é “obrigatória”, e onde as reuniões são ordinárias e burocratizadas, com pactuações rápidas, pouco espaço para debates aprofundados e participação limitada de entidades da sociedade civil e da Academia.

Não resta dúvidas de que a CIT seja um espaço de debate primordial para a gestão do SUS por agregar representações de formuladores e executores da política de saúde nos âmbitos federal (MS), estadual (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS) e municipal (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS). Entretanto, devido a essa composição, grande parte dos debates geridos pelo MS se deram no campo da gestão.

Para além das reuniões da CIT, espaços de discussão mais democráticos, com composição heterogênea, certamente enriqueceriam o processo de construção de uma política que se aproximasse ao máximo da universalidade e da integralidade no atendimento às necessidades de saúde da população, acometida por problemas diversos causados pelo fenômeno multidimensional (sanitário, político, econômico, social, cultural, ambiental e ético) que é uma pandemia ¹⁸.

Quadro 3: Identificação, categorização e síntese das discussões acerca do enfrentamento à pandemia na APS.

Interlocutor - Síntese (Localização do Discurso)
Categoria: Financiamento/Estruturação dos serviços de saúde
<p>SES - Solicitou a prorrogação dos prazos do Programa Previne Brasil (PPB) por conta da pandemia (R2).</p> <p>CONASS - Solicitou a repactuação dos prazos do PPB em função da pandemia (R5).</p> <p>SAPS/MS - Apresentou para pactuação novos prazos para o PPB, incluindo-se o pagamento por desempenho, em decorrência da pandemia (R5). Afirmou que o PPB sofreu uma série de modificações em função da pandemia (R10).</p> <p>CONASEMS - Pediu a prorrogação do PPB, porque “não tem como virar a chave agora” devido à pandemia (R12).</p> <p>SAPS/MS - Anunciou a prorrogação do prazo da capitação ponderada do PPB (R14). Pactuou mudanças no PPB (dentre elas: instituição de valor <i>per capita</i>/ano com base na população; e, prorrogação do pagamento por desempenho até dezembro de 2021), justificando ser pleito dos municípios, que tinham dificuldades em compreender o programa (R19).</p> <p>CONASEMS - Ratificou o apoio ao PPB e solicitou mais recursos para o Programa no orçamento de 2022 (R19).</p> <p>SAPS/MS - Apresentou para pactuação os Centros de Atendimento para Enfrentamento à covid-19 e os Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento à covid-19 (R4).</p> <p>CONASEMS - Afirmou que a proposta dos Centros covid-19 foi do CONASEMS, partindo de experiências já em curso nos municípios, e trabalhada de maneira tripartite (R4).</p> <p>SE/MS - Apresentou a portaria (pt.) que institui o incentivo financeiro para a manutenção dos Centros covid-19 (R9).</p> <p>CONASEMS - Solicitou a publicação da pt. de custeio dos Centros. Afirmou que são mais de 3.000 unidades (R10).</p> <p>CONASS - Junto com o CONASEMS, solicitou celeridade na publicação da pt. de custeio dos Centros (R10).</p> <p>SE/MS - Informou que não há dotação orçamentária para custeio dos Centros e estão sendo feitas as articulações (R10).</p> <p>CONASEMS - Solicitou definição clara da continuidade e, “se possível”, publicação do custeio dos Centros (R17).</p> <p>SE/MS - Informou que a SOF autorizou que o MS colocasse no sistema o pedido de crédito para os Centros (R17).</p> <p>CONASEMS - Propôs que ao diminuir os Centros, que passem a ser centros de recuperação e reabilitação pós covid-19, empregando o mesmo recurso (R18). O desfinanciamento dos Centros seria um prejuízo enorme para os municípios (R20). Pediu pela manutenção do custeio até 31/12/2021 (R21). Cobrou o repasse das parcelas 10, 11 e 12/2021 (R23).</p> <p>SE/MS - Informou que o combinado é apontar para a Economia trimestralmente a necessidade dos Centros (R20).</p> <p>SE/MS - Solicitou apoio na promoção das adesões ao Saúde na Hora (SnaH), que se encontra em apenas 7% (R4).</p> <p>CONASEMS - Argumentou sobre a dificuldade em encontrar profissionais, sendo o financiamento do Programa insuficiente. Se há a oferta e apenas 7% de adesões, “algo está errado”. SnaH foi pensado para atender quem trabalha durante o dia e, no momento atual da pandemia todas as pessoas estão em casa, as UBS ficam “obsoletas” à noite (R4).</p> <p>CONASEMS - Entregou à SAPS apontamentos referentes à pt. nº 1.857/2020 que dispõe sobre os repasses de recursos para combate à covid-19 nas escolas públicas. Solicitou que a pt. seja revista e republicada após a devida pactuação (R6).</p> <p>SAPS/MS - Lançou pt. para apoiar a Informatização, de modo a obter dados para subsidiar a tomada de decisão (R7).</p> <p>SAPS/MS - Informou que há duas Portarias previstas com recursos para a promoção da saúde, com equipes multi (R8).</p> <p>MS (Pazuello) - Afirmou que cabe exclusivamente ao médico definir qual medicamento será indicado para o paciente, isso é atribuição do médico. E ainda, afirmou que cabe aos gestores manter a UBS aberta, com médico, testes e medicamentos, sendo a missão do médico é definir qual será o tratamento preconizado. Concluiu que não há falta de recursos, pois há 18 bilhões de reais nas prefeituras para saúde e, em especial, para ações relacionadas à covid-19 (R11).</p> <p>SE/MS - Pediu aos demais entes que defendam e propaguem o tratamento precoce, pois há evidências de alto nível que comprovam sua eficácia (R9).</p> <p>SAPS/MS - Comunicou a prorrogação do 19º ciclo do Mais Médicos por conta da pandemia. Pleito municipal (R12).</p> <p>CONASEMS - Afirmou que há muitos municípios com recurso covid-19 em caixa e que teremos que nos preparar para falar não mais em ampliação da Atenção Básica (AB), mas sim, na qualificação (R13). Pediu para os estados apoiarem os municípios na questão da organização e financiamento, para os municípios implantarem equipes multi (R13).</p> <p>SAPS/MS - Pactuou incentivos financeiros de custeio na APS em parcela única para enfrentamento à covid-19 (R14).</p> <p>CONASEMS - Comentou que a junção de diversos incentivos em Portaria única facilita a sua utilização (R14).</p> <p>CNS (segm. trabalhadores) - Colocou que o PNS traz redução das metas da AB, fragiliza a AB, prioriza o cadastro em detrimento do cuidado às pessoas. Que neste momento de pandemia é mais que fundamental fortalecer a AB (R15).</p> <p>SAPS/MS - Comunicou que a SAPS elaborou minuta de custeio das eCR voltadas ao enfrentamento à covid-19 (R16).</p> <p>SCTIE/MS - Informou da publicação da pt. nº 2516/2020 (recursos para medicamentos da saúde mental no CBAF) (R7). Apresentou Portaria com recursos para combater a escassez de medicamentos em decorrência da pandemia (R22).</p>
Categoria: Organização do processo de trabalho das equipes
<p>CONASS - Informou que CONASS e CONASEMS lançaram o “Guia Orientador das RAS”, fortalecendo a APS na luta contra a covid-19 (R5, R6). Com o “Guia” a APS tem tomado uma posição muito mais forte do que no começo (R9).</p> <p>SAPS/MS - Informou que a SAPS conversou com o CONASS e o CONASEMS, fez questão de fazer juntos, porque não adianta ter uma ideia “miraculosa” em Brasília, sem saber se isso vai ser factível na ponta, e publicaram os “7 Passos para o enfrentamento à covid-19 na APS”, a fim de fortalecer a APS (R12).</p> <p>CONASEMS - Registrou que juntamente com os 7 passos, estão reeditando o “Guia”, que está na 4ª ed. Pediu a correção da apresentação da SAPS, onde consta 1ª ed. Os 7 passos estão contemplados no Guia, que agora é tripartite (R12).</p> <p>SAPS/MS - Registrou que o MS está incentivando a busca ativa de pessoas com Doenças Crônicas não Transm. (R8).</p> <p>CONASEMS - Afirmou que profissionais e gestores têm de estar unidos, motivando e orientando os trabalhadores para que, já no primeiro momento, acolham e cuidem bem desses pacientes, evitando que eles cheguem às UTIs (R11).</p> <p>Pesquisadores/Universidade - Discutiui que para evitar morbimortalidade e prevenir agudizações, quando os serviços de saúde colapsam, os serviços de APS não devem ser interrompidos (promoção, vacinação etc.) (R13).</p> <p>Pesquisadores/Universidade - Debateu que há temáticas que na rotina das UBS se tornam invisíveis e, com a pandemia, é necessária uma desterritorialização que permita enxergá-las (violência doméstica é um exemplo) (R18).</p>

SVS/MS – Sugeriu trabalhar a urgência do território, mas também desterritorializar para outras necessidades (R18).
Categoria: Educação/Formação dos trabalhadores
SAPS - Apresentou o esboço e informou que está elaborando três documentos para orientar a ação: um protocolo, um fluxograma e um <i>fast track</i> (R2).
SES - Solicitou que sejam construídas orientações para a APS. Outros setores já possuem orientação e, a APS, “nada” (R2). Questionou o documento apresentado por não conter nenhuma informação sobre busca ativa (R2).
CONASEMS - Refletiu sobre a necessidade de pensarem a formação porque não há profissionais para as equipes multi (R13). Se criarem um serviço específico para cuidar do pós-covid-19, vão fragmentar novamente como no Nasf, e é o que “a gente” lutou pra acabar. Se apenas as eq. mínimas já não estavam dando conta, imagine no pós-covid-19(R13).
SAPS/MS - Afirmou que muitos profissionais tiveram que aprender ou estão aprendendo agora, encarando o cuidado às pessoas com covid-19, gerando desafios em relação à qualificação dos trabalhadores (R13).
CONASEMS – Lançou (junto com MS e o CONASS), o ImunizaSUS para a formação de vacinadores p/ covid-19(R12).
Categoria: Vacinação/Salas de vacinas
SVS/MS - Destacou a relevância das salas de vacinas da APS integradas com a vigilância para a efetivação da vacinação (R7). Serão lançadas campanhas de comunicação orientando a população sobre a vacinação (R9).
CONASS - Colocou a necessidade de campanhas nacionais de vacinação – o que não ocorreu até então (R23).
CNS (segm. trab.) – Criticou o fato de que no PNS não constam metas de vacinação contra H1N1 e covid-19 (R15).
CONASS - Apontou que o MS vem apresentando descompasso com as medidas tomadas pelas outras esferas de gestão, com decisões unilaterais e sem fundamentação epidemiológica e sanitária. Destacou que o orçamento para 2022 traz apenas 7 bilhões de reais para o enfrentamento à pandemia, muito reduzido em relação a 2021, podendo inviabilizar, inclusive, a vacinação. Afirmou que de nada tem adiantado participar de reuniões e ter suas posições ignoradas (R20).
CONASS - Colocou que o PNI, uma agenda de Estado, com bases científicas, ultrapassa qualquer opinião de governo e conseguiu ressignificar o papel do SUS no imaginário popular (R23).
Categoria: Informação à população
SAPS/MS - Informou que devido à redução dessa prática está sendo elaborado um guia sobre atividades físicas (R8). Afirmou ser fundamental uma comunicação efetiva, em época de <i>fake news</i> , tão “iatrogênicas” ao cuidado (R13).
Pesquisadores/Universidade - Afirmou que a Vigilância é importante na geração e a APS na difusão da informação. O usuário busca informações na APS, o que é extremamente importante em tempos de <i>fake news</i> (R18).

Fonte: autoria própria.

Constatou-se que, em apenas uma oportunidade (R15), os trabalhadores e usuários do SUS puderam participar dos debates. Do mesmo modo, em apenas duas ocasiões (R8 e R18), os pesquisadores vinculados às universidades puderam contribuir nas discussões, mesmo sendo a covid-19 uma doença nova, para a qual o enfrentamento depende, sobremaneira, de conhecimento científico atualizado sobre seus impactos sociais e epidemiológicos. Tais fatos reforçam a fragilização do que legalmente foi determinado para o SUS no que tange à participação popular e do que cientificamente se preconiza para a construção de políticas informadas por evidências no referido Sistema.

Ademais, mesmo o MS detendo a coordenação de grande parte dos encontros/reuniões supramencionados, em menos da metade deles (9), o debate sobre alguma estratégia de enfrentamento à pandemia na APS foi colocado previamente na pauta de discussões, ocorrendo apenas como um desdobramento de outras discussões.

Essa pouca propensão ao debate por parte do MS sinaliza um intencional isolamento da instituição, na tentativa de monopolizar a orientação da política, exercendo um modelo de governança hierarquizado ¹⁶, sujeito apenas às posições

desarrazoadas do presidente da República. O chefe do Executivo nacional minimizou a letalidade da doença, desestimulou a prática do distanciamento social e de outras medidas individuais e coletivas de proteção, disseminou tratamentos medicamentosos cuja ineficácia terapêutica e risco à saúde dos usuários era acentuado e desacreditou a vacinação como meio de prevenção da doença ^{9,18}.

A falsa dicotomia produzida pela narrativa presidencial entre crescimento econômico ou saúde da população no Brasil gerou um discurso ruidoso, confuso, dúbio e repleto de incertezas, de tal modo que o MS perdeu a capacidade de dialogar e articular as políticas ⁹.

Centralização e iniquidades na estruturação do financiamento

A categoria mais recorrente nas intervenções feitas ao longo dos debates foi a de financiamento/estruturação dos serviços de saúde (Quadro 3). Em meio aos temas discutidos, o Programa Previne Brasil (PPB), lançado em 2019, ocupou, em grande medida, a agenda de debate geral sobre a APS, mediante a interlocução do CONASS e do CONASEMS, que ratificavam apoio ao programa, mas frequentemente solicitavam mudanças e a dilatação dos prazos relacionados às suas ações, sob a alegação de que a pandemia de covid-19 teria atrapalhado sua execução.

Em verdade, conforme esperado desde a concepção daquele Programa e do início da referida pandemia, sua implementação se mostrou uma grande barreira à organização dos serviços de APS para a atuação focada no cuidado voltado às necessidades de saúde oriundas da covid-19, devido às suas características restritivas e limitadoras da universalidade, à fragilização da abordagem territorial e enfoque comunitário e à grande dificuldade dos municípios (grandes e pequenos) relacionadas às mudanças de modelo e requisitos de financiamento por meio do Programa ^{2,10,19}.

Essa mesma opinião foi colocada em reunião do CNS, com o qual não houve qualquer discussão acerca da instituição do PPB, quando foi criticada a cobrança pela realização do cadastramento da população, ao invés do cuidado às pessoas, sob o risco da perda de recursos do financiamento federal da APS em plena pandemia de covid-19 ¹⁰. Tal desfecho pode ser associado ao processo vertical ou hierarquizado de construção da proposta, pois, as hierarquias são consideradas ineficientes e injustas por colocarem os trabalhadores mais concentrados em obedecer às regras internas do que em atender às necessidades dos cidadãos ¹⁶.

Como um dos desdobramentos das constantes manifestações dos gestores solicitando mudanças no Programa devido às dificuldades vivenciadas, tem-se uma série de imprevistos em relação às medidas de transição ¹⁰, como, por exemplo, as extensões dos prazos para a capitação ponderada e o pagamento por desempenho, bem como a retomada dos repasses fixos *per capita*, semelhante ao anterior Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), extinto pelo próprio PPB.

Além das dificuldades inerentes ao PPB, outra iniciativa ministerial relacionada ao financiamento/estruturação dos serviços demonstrou concepção conflituosa com a percepção de realidade dos demais entes. A Portaria que instituiu o Programa Saúde na Hora Emergencial foi publicada em 19 de março de 2020, mas apenas no dia 21 de maio de 2020 (R4), o MS esboçou o primeiro diálogo com outros entes sobre tal iniciativa, ao solicitar-lhes apoio na promoção das adesões ao Programa em questão, que se encontravam demasiadamente baixas (apenas 7%) em relação às expectativas. Tal manifestação provocou pronta resposta por parte do CONASEMS, que trouxe os elementos técnicos que inviabilizavam o Programa (R4), deixando clara a ausência de leitura da realidade vivenciada nos municípios, que poderia ter sido feita caso o MS tivesse oportunizado a discussão antes da publicação da Portaria.

Porventura, sinalizando para a gestão do MS a riqueza da construção colaborativa da política de saúde, um dos carros-chefes do financiamento/estruturação dos serviços de saúde surgiu como proposição do CONASEMS, partindo de experiências municipais já existentes. Os Centros de Atendimento para Enfrentamento à covid-19 e os Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento à covid-19, ambos apelidados “Centros covid-19”, e seu financiamento, foi a política/ação mais frequente nas discussões tripartite. Apesar disso, o MS não estruturou adequadamente seu financiamento regular, forçando os municípios a atuarem no limite ou com atrasos no custeio da iniciativa, e suas representações a fazerem persistentes e desgastantes cobranças pelo recurso ao longo dos meses.

Morosidade, omissão e desorientação dos serviços de APS

Quase 15 dias após a confirmação do primeiro caso de covid-19 no Brasil, o MS apresentou brevemente aos gestores estaduais e municipais o protótipo do primeiro conteúdo voltado à educação/formação dos trabalhadores para a abordagem sobre tal doença nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). A contribuição dos

participantes do espaço ficou limitada pelo pouco tempo disponível para discussão na rápida apresentação realizada pelo gestor, tendo restado aos mesmos partícipes apenas a cobrança pela célere disponibilização dos conteúdos formativos, uma vez que outros setores de serviços já possuíam orientação federal (portos e aeroportos, por exemplo) e a APS ainda não tinha nada. Também foi informado que devido às incertezas da construção federal, alguns estados já estavam com material formativo pronto e disponível aos trabalhadores.

Como a grande preocupação dos gestores no início da pandemia foi com a atenção hospitalar, para a APS, restou um lapso relacionado à adequada orientação e estruturação para seu funcionamento, diante de um cenário de desassistência à população nesse nível assistencial em função do medo de contrair covid-19 e, até mesmo, pelo fechamento dos serviços ^{3,20}. O fracasso de experiências internacionais com a mesma abordagem centrada no cuidado individual hospitalar alertou para a necessidade de uma atenção mais territorializada, comunitária e domiciliar, além da necessidade de ativar a APS, bem orientada, forte e integral, em toda a sua potencialidade ².

Ao invés de buscar esse papel para a APS, o MS não participou da construção da 1ª edição do “Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde”, publicada em maio de 2020, pelo CONASS e pelo CONASEMS. Em diversas ocasiões (R5, R6 e R9), tais entidades enaltecem a construção e disseminação desse material como meio de qualificar os trabalhadores e os gestores, além de orientar o funcionamento da APS, em um momento de poucas informações e praticamente nenhuma orientação ministerial.

A publicação foi a primeira de circulação nacional a trazer temas como, por exemplo, “distanciamento social” e “*lockdown*”, os quais a Presidência da República (PR) e, conseqüentemente, a alta gestão ministerial, rechaçavam veementemente. Essa foi uma das principais divergências entre as gestões estaduais e municipais e o Governo Federal, que combatia fortemente esse isolamento.

O MS somente passou a compor a formulação do “Guia” em sua 4ª edição, um ano após o lançamento da primeira. Na reunião de apresentação dessa edição (R12), o MS também apresentou um documento intitulado “7 passos para APS”. Ao fazê-lo, tentou passar a impressão de que tanto a construção dos “7 passos” quanto a do “Guia” foram frutos de protagonismo ministerial. Contudo, foi interpelado pelo CONASEMS pedindo que fosse corretamente informado que já era a 4ª edição, que

vinha sendo produzido pelo CONASS e pelo CONASEMS, e que os “7 passos” e diversas outras orientações aos serviços de APS estavam contemplados na referida publicação, que agora, tem construção tripartite.

Com a intenção de blindar o MS das frequentes cobranças pelo custeio dos Centros covid-19 e de propagar o ineficaz e inseguro tratamento medicamentoso precoce para a doença à base das substâncias cloroquina e hidroxicloroquina²¹, já na abertura da 2ª CIT de 2021 (R11), o ministro, Eduardo Pazuello, lançou a provocação de que não havia falta de recursos, pois havia bilhões de reais nos cofres das prefeituras que foram repassados para investimento no combate à covid-19. Para tanto, ele afirmou que cabia aos gestores manter as UBSs abertas, com médicos e medicamentos, para que os médicos, como lhes é de atribuição exclusiva, decidissem qual medicamento seria indicado para cada paciente. Aqui vale destacar que o tratamento precoce e a posição contrária às iniciativas de isolamento social configuraram os temas de maior conflito e dissenso, representando o *modus operandi* apartado da ciência e da formulação tripartite e participativa da política de saúde do MS ²¹.

O argumento da autonomia médica foi um dos que o Governo Federal sempre utilizou para sustentar o discurso do tratamento precoce, enquanto distribuía os medicamentos e induzia a sua prescrição pelos profissionais ²¹. Assim, desde maio de 2020, Pazuello defendia institucionalmente, enquanto ministro interino, a posição do presidente, chegando a publicar a Nota Informativa nº 09/2020-SE/GAB/SE/MS, assinada por todos os secretários do MS, orientando o manuseio precoce dos casos de covid-19 com as substâncias cloroquina e hidroxicloquina, entre outras. Tal publicação, retirada do ar meses depois, causou fortes manifestações contrárias e de repúdio por parte de diversas entidades, entre as quais, o CONASS, o CONASEMS e o CNS.

Desde muito antes, ao finalizar a 9ª CIT de 2020 (R9), não havendo mais oportunidade para réplicas, o secretário executivo do MS discursou abertamente pedindo aos demais entes que defendessem e propagassem o tratamento precoce, pois, segundo ele, evidências de alto nível comprovavam sua eficácia. Tal afirmativa trata-se de uma inverdade absoluta ²¹.

Vacinação e a ruptura do pacto federativo

A postura do MS causou conflitos e prejudicou as relações institucionais de gestão do SUS inerentes ao pacto federativo constitucionalmente instituído, infraconstitucionalmente regulamentado e consolidado pelo processo histórico de sua construção. Nesse ínterim, não foram raros os embates políticos e judiciais entre o Governo Federal, que defendia sua autonomia produtora de negacionismo e antipolítica social, e os estados e municípios, que buscavam mobilizar recursos, promover a educação da população, a vacinação e a organização da rede de serviços sob suas gestões diretas ¹⁸.

No recorte específico acerca da vacinação, vale esclarecer que as discussões sobre o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 (PNO) não foram aqui incluídas por debaterem, em grande parte, apenas sobre quais vacinas comprariam, os públicos prioritários, a logística e o quantitativo a ser distribuído.

Pelo menos desde dezembro de 2020 (R9), o MS já apresentava em CIT o planejamento para as campanhas de vacinação contra a covid-19. Entretanto, foi notório o impasse no processo de início da vacinação no país, com destaque para o atraso na compra dos imunizantes e a atuação do presidente da República desqualificando as vacinas e desestimulando a vacinação. É possível afirmar que o andamento da vacinação (aquisição, distribuição etc.) somente se deu verdadeiramente à medida que o Governo Federal sofreu uma série de derrotas políticas e jurídicas no que se refere à gestão da pandemia e da vacinação.

São exemplos dessas derrotas: a perda da queda de braços com o governador do estado de São Paulo, sobre quem aplicaria a primeira dose de vacina no país; o avanço da vacinação em países outrora negacionistas, nos quais o governo brasileiro se espelhava (Estados Unidos e Reino Unido, por exemplo); e, o reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal (STF) da possibilidade de estados e municípios adquirirem as vacinas caso o MS não conseguisse suprir a demanda.

Como era evidente o desinteresse pela realização das anunciadas campanhas de mobilização para a vacinação, o CONASS precisou fazer duras cobranças pela sua realização nacionalmente (R23). Antes disso, a entidade já havia feito severas críticas ao descompasso do MS em relação às medidas tomadas pelas demais esferas de gestão e às decisões unilaterais e sem fundamentação epidemiológica e sanitária da instituição, referindo de nada valer as participações dos pares em

reuniões técnicas, uma vez que as decisões do MS eram tomadas à revelia da posição dos demais (R20).

Na oportunidade, o CONASS indagou ao MS sobre uma possível inviabilização da aquisição de vacinas em 2022, por conta da expressiva redução na previsão de recursos para o combate à covid-19 no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA). Tal crítica também se deu pelo CNS em relação às metas de vacinação do Plano Nacional de Saúde (PNS).

A manifestação do CONASS em tela sacramentou a percepção de que o MS não buscou o exercício de uma boa governança para o enfrentamento à pandemia de covid-19 em parceria com os diversos segmentos e setores que fazem gestão, trabalham, estudam e/ou utilizam o SUS. Ao invés de tentar ditar a política, o órgão deveria construir uma governança em rede, negociando e pactuando sua orientação, de modo que o poder conferido e exercido seja apropriado, tornando legítima a ação de todos. De fato, uma governança colaborativa pode promover mudanças em direção a uma nova agenda democrática, onde a participação e o diálogo suprimam a necessidade de responsabilização individual, melhorando a efetividade do processo político ¹⁶.

Por conseguinte, à medida que a pandemia se alastrava, coube à gestão dos estados e dos municípios ativarem a vigilância e a atenção à saúde, fortalecendo a governança compartilhada do SUS. Caberia ao MS atuar como uma coordenação central tripartite, unificando as ações e direcionando os recursos para medidas eficazes entre os entes – algo que não ocorreu ⁹.

Relação entre debates e publicações: abundância descoordenada

Ao discutir o conteúdo técnico/político identificado nas publicações e apresentado pelo MS ao conjunto dos trabalhadores e dos gestores do SUS para o enfrentamento à pandemia de covid-19 na APS (Quadro 4), é possível estabelecer uma correlação com os conteúdos dos debates identificados na primeira etapa. Tal cotejamento apresentou uma visão geral da coerência entre discussão e formulação, e a instituição formal do conjunto das estratégias, ou seja, da política. Assim, foi possível compreender o modo como a governança foi exercida pelo MS no processo de gestão do enfrentamento à pandemia na APS.

Das 34 publicações encontradas, 15 guardavam relação direta com conteúdos objetivamente debatidos nos espaços anteriores de discussão e formulação da política

(Quadro 5). As categorias das demais 19 publicações onde não foi identificada nenhuma relação com os debates prévios, ou seja, não discutidas antes da publicação, foram as seguintes: 4 publicações (de um total de 6 publicações localizadas nessa categoria) – organização do processo de trabalho das equipes; 3 publicações (de 3) – educação/formação dos trabalhadores; e 12 publicações (de 25) – financiamento/estruturação dos serviços de saúde.

Quadro 4: Síntese dos achados das publicações instituindo ações de enfrentamento à pandemia de covid-19 na APS.

Cód.	Tipo de Doc.	Data de Public.	Título - Objetivo/Resumo da Ementa da Publicação	Categoria da Publicação
P1	Pt. nº 430	19/03/2020	Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da APS, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das USF ou UBS, para enfrentamento da ESPII decorrente do coronavírus (covid-19).	Financ./estrut serviços
P2	NT CGFAP/ DESF/SA PS 1.069	30/07/2020	Redefine os parâmetros mínimos assistenciais das USF ou UBS, durante o horário regular e estendido de funcionamento, para que os municípios e o DF façam jus ao incentivo financeiro federal, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário ESPII decorrente da covid-19.	Financ./estrut serviços
P3	Pt. nº 488	23/03/2020	Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS, para a realização de transferências do FNS aos Fundos de Saúde dos Estados, DF e Municípios, no exercício de 2020.	Financ./estrut serviços
P4	Pt. nº 492	23/03/2020	Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à covid-19.	Financ./estrut serviços
P5	Pt. nº 580	27/03/2020	Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o enfrent. à pandemia do coronavírus (covid-19).	Financ./estrut serviços
P6	Pt. nº 1.247	18/05/2020	Prorroga o prazo dos estabelecimentos de APS não informatizados aderidos ao Projeto Piloto de Apoio à Implementação da Informatização (prontuário eletrônico), considerando a ESPII (covid-19).	Financ./estrut serviços
P7	Pt. nº 1.444	29/05/2020	Institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19 e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para enfrentamento à covid-19 e incentivo financeiro federal adicional <i>per capita</i> , considerando o cenário de ESPII.	Financ./estrut serviços
P8	Pt. nº 1.445	29/05/2020	Institui os Centros de Atendimento para Enfrent. à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário de ESPII (covid-19).	Financ./estrut serviços
P9	NT DESF /SAPS 18/2020	18/06/2020	Trata dos Centros de Atendimento para Enfrentamento da covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário ESPII.	Financ./estrut serviços
P10	NT DESF SAPS 20/2020	18/06/2020	Orientações sobre os Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19, no âmbito da APS, e dos requisitos para solicitação de incentivo financeiro federal adicional <i>per capita</i> (covid-19).	Financ./estrut serviços
P11	Orient.	06/2020	Oferecer orientações aos gestores e profissionais de saúde sobre o manejo dos pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19, com foco em uma assistência qualificada e em tempo oportuno.	Educ./form. profissionais
P12	Pt. nº 1.740	10/07/2020	Estabelece o pagamento por desempenho do PPB considerando o resultado potencial de 100% do alcance dos indicadores por equipe constantes no Anexo da Pt. nº 172, de 31/01/2020, diante da ESPII.	Financ./estrut serviços
P13	Pt. nº 1.857	28/07/2020	Dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao DF para combate à ESPIN em decorrência da covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino.	Financ./estrut serviços
P14	NT DAPES /SAPS 14/2020	05/08/2020	Atenção à saúde do recém-nascido no contexto da infecção pelo novo coronavírus (SarsCoV-2).	Educ./form. profissionais
P15	Pt. nº 2.072	11/08/2020	Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados a Estados, DF e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à covid-19.	Financ./estrut serviços
P16	Pt. nº 2.075	11/08/2020	Estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde a serem disponibilizados a Estados, DF e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à covid-19.	Financ./estrut serviços

P17	Pt. nº 2.358	02/09/2020	Institui incentivo de custeio para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de covid-19.	Financ./estrut serviços
P18	NT DESF /SAPS 30/2020	18/09/2020	Trata do processo de operacionalização da implementação das regras da Portaria nº 2.358/GM/MS, de 2 de setembro de 2020, referente às ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de covid-19.	Financ./estrut serviços
P19	Pt. nº 2.405	16/09/2020	Institui incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento da APS no cuidado às pop. específicas, no contexto da ESPIN.	Financ./estrut serviços
P20	NT DESF /SAPS 31/2020	07/10/2020	Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da covid-19 causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2).	Org. proc. de trabalho
P21	Pt. nº 2.994	29/10/2020	Institui incentivo financ. para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial no âmbito da APS, no contexto da ESPIN.	Financ./estrut serviços
P22	Manual	2020	Manual - Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia.	Org. proc. de trabalho
P23	Guia	03/2021	Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde 4ª edição. Sistematiza ações para apoio a Gestores e trabalhadores.	Org. proc. de trabalho
P24	Pt. nº 894	11/05/2021	Institui, em caráter excepcional, incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da APS, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e Distrito Federal, para enfrentamento da ESPIN decorrente da Covid-19.	Financ./estrut serviços
P25	Instrutivo	2021	Instrutivo - Ações de cuidado à saúde das pessoas idosas no contexto da pandemia de covid-19 - Referente à Pt. nº 894, de 11 de maio de 2021.	Financ./estrut serviços
P26	Orient.	2021	Ações de assistência em saúde aos povos e comunidades tradicionais no contexto da pandemia: Pt. GM/ MS nº 894, de 11/05/2021.	Org. proc. de trabalho
P27	Instrutivo	2021	Ações de enfrentamento da má nutrição no contexto da pandemia: Pt.GM/MS nº 894, de 11/05/2021.	Org. proc. de trabalho
P28	Pt. nº 1.253	18/06/2021	Institui incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e DF com equipes de Consultório na Rua, para o enfrentamento da ESPIN covid-19.	Financ./estrut serviços
P29	Pt. nº 2.222	25/08/2020	Institui Ações Estratégicas de Apoio à Gestaçã, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da ESPIN.	Financ./estrut serviços
P30	Manual	2021	Recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de covid-19.	Educ./form. profissionais
P31	Pt. nº 731	16/04/2021	Institui incentivo financeiro federal de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas de apoio à gestaçã, pré-natal e puerpério, com vistas ao enfrentamento da ESPIN decorrente da pandemia.	Financ./estrut serviços
P32	Instrutivo	2021	Instrutivo de ações para o enfrentamento da covid-19 em gestantes e puérperas.	Org. proc. de trabalho
P33	Pt. nº 3.617	15/12/2021	Dispõe sobre o incremento excepcional do financiamento federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no SUS.	Financ./estrut serviços
P34	Pt. nº 2.516	21/09/2020	Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do CBAF (saúde mental) em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia.	Financ./estrut serviços

Fonte: autoria própria.

NT = Nota técnica; Pt. = Portaria.

Obs.: Existem publicações das quais não foram encontradas a data precisa de lançamento.

Diante do exposto, assim como na primeira etapa do trabalho, a categoria de financiamento/estruturação dos serviços de saúde foi a mais recorrente. Das 12 publicações não debatidas da referida categoria, 7 publicações referiam-se à instituição e ao emprego de repasses financeiros voltados para ações diversas relacionadas ao enfrentamento à covid-19 na APS.

Entre estas foram identificadas iniciativas que tiveram que ser revistas sob o apelo de seus pares da tripartite ou das circunstâncias de insucesso vocalizadas pelos próprios gestores do MS. Em um primeiro exemplo, na 5ª CIT de 2020 (R6), o CONASEMS entregou ao MS um documento contendo uma série de apontamentos em relação à Portaria nº 1.857/2020 (que trata do incentivo financeiro para o combate à pandemia de covid-19 nas escolas), pedindo que ela fosse revista e republicada

após a devida pactuação tripartite. Como segundo exemplo, o próprio Programa Saúde na Hora Emergencial, com seu baixo percentual de adesões já discutido.

Ao não identificar as discussões correspondentes, depreende-se que o MS realizou uma série de publicações, conseqüentemente de transferências financeiras aos estados e municípios, por decisão autocrática de seu direcionamento ¹⁰. Neste cenário, havendo pouco debate tripartite acerca de proposições uníssonas sobre o modo como deveriam operar a política localmente, a alternativa aos entes subnacionais, considerando o agravamento do estrangulamento financeiro do SUS pelas medidas de austeridade fiscal, sobretudo, pela Emenda Constitucional (EC) (nº 95/2016) do teto dos gastos públicos, foi também de requerer mais repasses para que as iniciativas e os modos de organizar os serviços fossem autonomamente implementados em cada território ¹⁰.

Quadro 5: Identificação das publicações e dos respectivos debates sobre o enfrentamento à pandemia de covid-19.

Publicação	Tema	Momento em que Foi Debatida
P1 e P2	Financiamento de unidades de saúde com funcionamento em horário estendido (Programa Saúde na Hora)	R4
P6	Prorrogação do prazo para a informatização de unidades de saúde aderidas ao Projeto Piloto	R7
P7, P8, P9 e P10	Instituição e financiamento dos Centros covid-19 e incentivo financeiro federal adicional <i>per capita</i> .	R4, R9, R11, R10, R17, R18, R20, R21 e R23
P12	Modificação dos prazos e do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (PPB)	R2, R5, R10, R12, R14 e R19
P21 e P22	Incentivo financeiro federal e organização do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na APS.	R8, R13 e R18
P23	4ª edição do Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde	R5, R6, R9 e R12
P24	Incentivo federal em parcela única (unificando uma série de outros repasses específicos).	R14
P28	Incentivo financeiro federal para as equipes de Consultório na Rua para o enfrentamento à pandemia.	R16
P33 e P34	Incremento excepcional do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	R7 e R22

Fonte: autoria própria.

A resposta ministerial àqueles pleitos foi de efetivar os repasses financeiros vinculados ou não a iniciativas assistenciais ou organizacionais objetivas, porém, com frágil monitoramento da operacionalização das ações localmente. Isso somado à ausência de uma política consoante e coordenação federal ⁸, conforme relatado pelos próprios agentes ministeriais, resultou em acúmulo de recursos nos Fundos Municipais de Saúde sem execução (R11, R13).

Também vale destacar que o Governo Federal adquiriu uma ampla capacidade financeira com a aprovação da EC nº 106/2020, que instituiu o chamado “orçamento

de guerra” e facilitou os gastos do ente federal ao separar o orçamento geral da União dos gastos com a pandemia. Nesse viés, é possível inferir que, por meio do exercício dessa capacidade, o estado desenvolveu estratégias de tentar angariar apoio, minorar a crítica pública e exercer influência, quem sabe até silenciamento, para conseguir legitimar a orientação da política na contramão do que apontavam as evidências científicas, seguindo as convicções do presidente da República.

Aqui não se trata de afirmar que não havia demanda por financiamento federal na luta cotidiana dos municípios – responsáveis diretos pela assistência à população. Trata-se apenas da necessidade de um alinhamento institucional, do exercício de governança em rede, para que houvesse o direcionamento adequado dos recursos, de modo que, efetivamente, atendessem às demandas dos territórios.

No que se refere à governança, redes são mais cooperativas e igualitárias do que as hierarquias. Substituem a competição por colaboração em benefício mútuo, as cadeias de comando por estruturas horizontais. Promovem fluxos de informações mais confiáveis e eficientes, pois, os atores confiam uns nos outros e existem menos regras limitando o acesso à informação necessária a todos. São mais flexíveis e adaptáveis que outras estruturas organizacionais¹⁶.

Propostas no vácuo

Em contrapartida às publicações sem debate/pactuação prévias, também foram identificadas discussões, proposições e pleitos realizados nos diversos espaços que não desencadearam nenhuma resposta ou publicação que refletisse o empenho do MS em torná-los uma política ou estratégia formal para o enfrentamento à pandemia de covid-19 na APS.

Uma dessas proposições, feita pelo CONASEMS, foi que os “mesmos recursos” empregados no custeio dos Centros covid-19 pudessem ser utilizados, a partir do fechamento dos Centros, com a finalidade de atender à reabilitação de eventuais sequelas deixadas pela doença. Não obstante o reconhecimento pelo próprio MS no “Relatório Avanços e Desafios da Atenção Primária à Saúde – Balanço das Ações 2020”, ratificado no mesmo relatório do ano de 2021, da necessidade de qualificar o cuidado e promover o manejo clínico adequado no âmbito da APS dos sintomas persistentes da covid-19, não foi identificada nenhuma ação nesse sentido no decorrer dos dois anos analisados no presente estudo, exceto, a destinação de recursos para a aquisição de medicamentos já em dezembro de 2021 ²².

Ainda merece destaque as várias referências advindas de diferentes debatedores em pelo menos quatro oportunidades (R8 e R13), da importância das equipes multiprofissionais compostas por categorias profissionais para além da equipe mínima (composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), tendo sido suscitada a necessidade de apoio financeiro para sua conformação, das quais espera-se a atuação desde a promoção da saúde até à reabilitação de pacientes no pós-covid-19.

Apesar deste fato, o MS, por meio do PPB, apoiado pelo CONASS e CONASEMS¹⁰, mas sob forte resistência do CNS e de outras importantes entidades (FIOCRUZ, ABRASCO etc.) defensoras do então modelo de organização das equipes multiprofissionais, promoveu o fim do financiamento específico das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), cuja composição e cujas atribuições contemplavam necessariamente aquelas supramencionadas, aumentando a capacidade resolutiva da APS, bem como apoiando sua integração em redes de atenção à saúde^{19,23}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu identificar e discutir o empenho do MS em promover e participar de debates, bem como o desencadeamento ou não destes debates em publicações oficiais que instituíssem ou orientassem políticas, programas ou ações específicas que pudessem contribuir na estruturação e qualificação da APS para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil.

No momento da história em que a instituição foi mais criticamente exigida em termos de unidade, coordenação e cooperação intergovernamental, para dar respostas rápidas e assertivas, o MS, induzido pela agenda negacionista da Presidência da República, feriu o processo histórico e legalmente instituído de boa governança do SUS.

Percebeu-se uma indisposição aos espaços democráticos de debate com segmentos (universidades, movimentos sociais e instâncias do controle social, por exemplo) que historicamente contribuem com a formulação da política pública de saúde no país.

Diante das proposições e dos posicionamentos das representações com as quais, em grande parte, se via obrigado a debater, a opção do MS, na prática, foi pela negação, morosidade e omissão como política. Ademais, ao romper o pacto federativo

e verticalizar o processo de tomada de decisões, incorreu em uma série de medidas equivocadas, com frágeis mecanismos de monitoramento e cujos impactos são questionáveis.

Esperava-se que o MS cumprisse seu papel institucional e coordenasse a política de combate à pandemia de covid-19 de maneira harmônica, colaborativa e cientificamente fundamentada, tecendo a rede de governança nessa coordenação. No entanto, a alta direção da instituição hierarquizou o processo com uma indumentária militarizada, sem qualquer vocação para o planejamento participativo e ascendente preconizado no Sistema.

Estudos que demonstrem e discutam tal postura são de fundamental importância para a memória científico-institucional, de modo que se possa refletir sobre os equívocos cometidos, evitando que se repitam em pandemias vindouras e que sejam frustrados os extenuantes esforços de trabalhadores e gestores sérios que, mesmo sob condições de trabalho degradantes, lutaram na linha de frente contra a covid-19.

Por fim, tem-se que o Governo Federal colocou em risco o sucesso da política de enfrentamento à pandemia em todos os municípios do país, onde a APS se faz presente, e que poderiam ter atuado de maneira mais eficiente na preservação da vida e contribuído na promoção da saúde integral de uma população que padeceu e segue padecendo com as desigualdades sociais arraigadas no atual modelo de sociedade no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos HLPC, Santos AM. The international response of primary health care to covid-19: document analysis in selected countries. *Cad Saude Publica* 2020;36(12).
2. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica* 2020;36(8).
3. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AEM, Pereira RAG, Medina MG. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde debate* 2020;44(spe4):p.161-76.

4. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, Barral-Neto M, Carreiro R, Aquino R. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiol Serv Saude* 2020;29(4).
5. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
6. Gavriatopoulou M, Korompoki E, Fotiou D, Ntanasis-Stathopoulos I, Psaltopoulou T, Kastritis E, Terpos E, Dimopoulos MA. Organ-specific manifestations of COVID-19 infection. *Clinical and experimental medicine* 2020; 20(4):593-406.
7. World Health Organization. *Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19)*, 2020. [acesso em 22 dez 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
8. Abrúcio FL, Grin EJ, Franzese C, Segatto CI, Couto CG. Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev de Adm Publica* 2020;54(4).
9. Sodré F. Epidemia de covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab Educ Saud* 2020;18(3).
10. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implanta o do novo modelo de aloca o dos recursos federais para aten o primária   saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica* 2022;38(2).
11. World Bank. *Governance and development*. Washington:World Bank;1992.
12. Santos MHC. Governabilidade, governança e democracia: cria o de capacidade governativa e rela o es executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. *Dados* 1997;40(3).
13. Souza C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Rochman G, Arretche M, Marques E. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro:Fiocruz;2007;p.83.
14. Ham C, Hill M. *The policy process in the modern capitalista state*. 2ed. Londres: Harvester Wheatsheaf;1993;p.23-24.

15. Lorenzo C. Práxis hermenêutica na construção de referenciais teóricos e na análise de dados em pesquisa social na saúde. In: Mendonça AVM, Sousa MF, organizadoras. *Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde*. Brasília: Ecos;2021.
16. Bevir M. *Governance: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press. 2012;p.132.
17. Shore C, Wright S. Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility. In: Shore C, Wright S, Però D. (eds.). *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*. Berghahn Books;2011;p.1-26.
18. Souto LRF, Travassos C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. (Editorial). *Saúde Debate* 2020;44(126);p.587-92.
19. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc Saude Colet* 2020;25(4).
20. Horta B, Silveira MF, Barros AJD, Hartwig FP, Dias MS, Menezes AMB, Hallal PC. Covid-19 and outpatient care: a nationwide household survey. *Cad Saude Publica* 2022;38(4).
21. Melo JRR, Duarte EC, Moraes MV, Fleck K, Arrais PSD. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da covid-19. *Cad Saude Publica* 2021;37(4).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde balanço das ações 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; p.134. [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA3Mg>.
23. Coelho OCS, Ferreira ATM, Mendonça RD. Pandemia covid-19 e ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na rede SUS. *APS em Revista* 2021;3(3).p.156-67.

6.3 ARTIGO CIENTÍFICO 3

O terceiro artigo encontra-se em submissão para publicação junto à revista *Ciência & Saúde Coletiva*, apresentando uma análise da resposta dos serviços às proposições feitas pelo MS para o enfrentamento à COVID-19 no âmbito da APS, levando em consideração o modelo de governança no ministério para o processo de formulação e implementação de tais políticas.

RESPOSTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AO MODELO DE GOVERNANÇA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO BRASIL.

Autores:

Celmário Castro Brandão*

Ana Valéria Machado Mendonça*

Maria Fátima de Sousa*

*Programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB)

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma análise da resposta dos serviços às proposições feitas pelo Ministério da Saúde (MS) para o enfrentamento à covid-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), levando em consideração o modelo de governança no MS para o processo de formulação e implementação de tais políticas. Trata-se de um estudo de análise de políticas utilizando-se de métodos mistos, com pesquisa documental e análise de dados de produção de ações pelas equipes em atuação na APS. Os dados permitiram uma análise da resposta da APS às proposições do MS, legitimando-o ou não enquanto coordenador da rede de governança do Sistema Único de Saúde. Percebeu-se que, na maioria das situações, as portarias publicadas pelo MS não produziram qualquer incremento de produção nas variáveis elencadas. Levando em consideração que mais de R\$1,7 bi foram aportados pelas portarias, esperava-se um aumento substancial na produção. Entretanto, apesar da boa governabilidade para a atuação do governo e do MS durante a pandemia, acredita-se

que a postura negacionista, omissiva, de conflituosidade e ruptura do pacto federativo com estados e municípios levaram a uma deterioração da governança a ponto de se ver corroída a legitimidade do MS na condução da política de enfrentamento à pandemia na APS.

Palavras-chave: Governança em saúde; política de saúde; atenção primária à saúde; covid-19.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, vem se consolidando com uma forte tradição democrática e um robusto arcabouço legal que define o pacto federativo entre União, estados e municípios, com uma estrutura clara de governança e diretrizes nacionais relacionadas à redistribuição de recursos, implementação descentralizada e espaços institucionais de participação social e negociação intergovernamental^{1,2,3,4}. Nesta estrutura, a implementação e gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ficam sob a responsabilidade dos municípios, com financiamento e definição de diretrizes gerais de funcionamento compartilhados com a União e os estados².

A ampla rede de APS, presente em todos os municípios brasileiros, bem como seus papéis de ordenadora da rede de atenção à saúde, responsabilização territorial e abordagem comunitária, a colocam em uma posição estratégica para executar e articular as ações intersetoriais necessárias ao enfrentamento à pandemia de covid-19 no SUS^{5,6}. O primeiro caso da doença foi registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, mas desde o dia 03 do mesmo mês o Ministério da Saúde (MS) já havia declarado a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)^{6,7,8}.

O financiamento de ações voltadas ao enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS brasileira teve início de maneira incremental, por meio da expansão do Programa Saúde na Hora, em março de 2020, e se intensificou a partir de maio do mesmo ano, com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional n.º 106/2020, que instituiu o denominado “orçamento de guerra” para o enfrentamento da calamidade pública nacional decorrente da pandemia. Desde então, foram publicadas diversas portarias instituindo ações e direcionando recursos para o funcionamento regular da APS e para sua atuação no enfrentamento à covid-19.

Entretanto, a postura omissa e negacionista do governo federal brasileiro, sobretudo na pessoa do Presidente da República^{9,10}, já levantava questionamentos

acerca da governança do MS, para a coordenação do enfrentamento à pandemia nacionalmente. Embora a literatura nacional reconheça as grandes dificuldades no combate à pandemia em decorrência dessa ausência de coordenação central^{1,3,5,7,9,11}, não foram identificados trabalhos que abordem a perspectiva da governança no cenário da APS.

A definição de governança mais recorrente na literatura envolve a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, visando seu desenvolvimento, o que implica na capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e desenvolver suas funções^{12,13}.

O presente trabalho apresenta uma análise da resposta dos serviços às proposições feitas pelo MS para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS, levando em consideração o modelo de governança no MS para o processo de formulação e implementação de tais políticas. O trabalho integra pesquisa de doutorado intitulada “governança federal na gestão da atenção primária à saúde para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de análise de políticas utilizando-se de métodos mistos para compreender a resposta da APS à orientação política do MS para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil. Esse tipo de estudo toma as políticas como variáveis dependentes e tenta compreendê-las em termos de fatores sociais, econômicos, tecnológicos, entre outros¹⁴.

Foi realizada análise documental dos “Relatórios Avanços e Desafios da Atenção Primária à Saúde – Balanço das Ações” dos anos de 2020 e 2021^{15,16}, publicados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS). Destes documentos, foram selecionadas seis portarias, as quais haviam instituído repasses financeiros atrelados a diretrizes gerais de expansão do acesso, manutenção do funcionamento da APS e realização de ações específicas direcionadas a grupos populacionais pré-determinados. O critério essencial para a seleção das portarias foi a disponibilidade de dados de monitoramento nos relatórios públicos do Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do MS.

Todos os repasses financeiros definidos pelas normativas eram excepcionais, com transferências automáticas em parcela única, sem a necessidade de adesão

pelos municípios. A única exceção foi a portaria n.º 430/2020 (programa Saúde na Hora Emergencial), na qual os repasses eram mensais, restritos a municípios que não haviam feito adesão ao Saúde na Hora “convencional”¹⁵.

A partir de leitura flutuante do conteúdo das portarias e dos relatórios emergiram 19 variáveis atreladas às ações que deveriam ser desenvolvidas pelas equipes em atuação na APS (equipes de Saúde da Família/eSF, equipes de Atenção Primária/eAP e equipes de Consultório na Rua/eCR) e informadas nos sistemas de informações oficiais, para o alcance dos objetivos estratégicos de cada portaria (Quadro 1). Dentre estas variáveis 11 são necessariamente relacionadas a atendimentos individuais e 8 relacionadas a atividades coletivas e visitas domiciliares (6 e 2, respectivamente).

A fim de dimensionar os efeitos da publicação das portarias nas respectivas variáveis, foi realizada análise de dados secundários, extraídos do SISAB entre 23 e 26 de agosto de 2022, relativos à produção das equipes da APS entre 01 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021. Também foram extraídos os dados de números de casos de covid-19, mês a mês, ao longo do mesmo período, disponíveis no painel coronavírus do MS (<https://covid.saude.gov.br/>).

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos sobre os quais também foram plotadas as datas de publicação das respectivas portarias ministeriais, permitindo a visualização do comportamento, ou dos “desfechos” – demarcados a partir do cruzamento da marcação da data de publicação da portaria na série histórica de produção em cada variável –, de incremento ou de decréscimo na produção das equipes em atuação na APS, após a publicação das normativas que poderiam influenciar em cada variável.

Quadro 1: Identificação das portarias, montante de recursos e respectivas variáveis de análise das ações propostas.

Port.	Ementa		Valor	Variáveis
Port. n.º 430, de 19 de março de 2020.	Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da APS, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das UBS, para enfrentamento da ESPIN (covid-19).		R\$ 125.385.000,00 (repassados de 03 a 09/2020 para UBS que cumpriram os requisitos do Saúde na Hora Emerg.)	<p>1.a – N.º de atendimentos individuais, por mês.</p> <p>1.b – N.º de atividades coletivas[†] do tipo educação em saúde, por mês.</p>
Port. n.º 894, de 11 de maio de 2021.	Institui, em caráter excepcional, incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da APS, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e DF, para enfrentamento da ESPIN decorrente da Covid-19.	Incentivo financeiro <i>per capita</i> .	R\$ 395.076.595,00 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	
		Incentivo financeiro para cuidado em saúde das pessoas idosas.	R\$ 120.143.804,00 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	<p>2.a – N.º de atendimentos individuais realizados na UBS a pessoas idosas (>60 anos), por mês.</p> <p>2.b – N.º de atendimentos individuais realizados em outros locais (domicílio, abrigos etc.) a pessoas idosas (>60 anos), por mês.</p> <p>2.c – N.º de atividades coletivas (tipo: educação em saúde; atendimento em grupo; e avaliação/procedimento coletivo) voltadas ao público idoso, por mês.</p>
		Incentivo financeiro para atenção à saúde de crianças menores de 7 anos e gestantes do Bolsa Família que apresentam má nutrição.	R\$ 345.432.001,15 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	<p>3.a – N.º de atendimentos individuais a crianças de 0 a 7 anos, tendo desnutrição como problema/condição avaliada, por mês.</p> <p>3.b – N.º de atendimentos individuais a crianças de 0 a 7 anos, tendo obesidade como problema/condição avaliada, por mês.</p> <p>3.c – N.º de atividades coletivas tendo como público crianças de 0 a 5 anos*, com o tema “alimentação saudável”, por mês.</p> <p>3.d – N.º de atividades coletivas tendo como público gestantes, com o tema “alimentação saudável”, por mês.</p>
Port. n.º 2.222, de 25 de agosto de 2020.	Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da ESPIN decorrente da pandemia do coronavírus.		R\$ 259.888.395,00 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	<p>4.a – N.º de atendimentos individuais tendo o pré-natal como problema/condição avaliada, por mês.</p> <p>4.b – N.º de atendimentos individuais tendo o puerpério (até 42 dias) como problema/condição avaliada, por mês.</p> <p>4.c – N.º de visitas domiciliares** para acompanhamento de gestantes, por mês.</p> <p>4.d – N.º de visitas domiciliares para acompanhamento de puérperas, por mês.</p>
Port. n.º 731, de 16 de abril de 2021.	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério, com vistas ao enfrentamento da ESPIN decorrente da pandemia do coronavírus.		R\$ 247.052.324,92 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	

Port. n.º 2.994, de 29 de outubro de 2020.	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da APS, no SUS, no contexto da ESPIN decorrente da pandemia do novo coronavírus.	R\$ 221.811.937,50 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	<p>5.a – N.º de atendimentos individuais tendo hipertensão arterial como problema/condição avaliada, por mês.</p> <p>5.b – N.º de atendimentos individuais tendo diabetes como problema/condição avaliada, por mês.</p> <p>5.c – N.º de atendimentos individuais tendo obesidade como problema/condição avaliada, por mês.</p> <p>5.d – N.º de atividades coletivas do tipo educação em saúde, tendo como público-alvo pessoas com doenças crônicas, por mês.</p>
Port. n.º 1.253, de 18 de junho de 2021.	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com eCR, para o enfrentamento da ESPIN decorrente da covid-19.	R\$ 2.813.812,52 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	<p>6.a – N.º de atendimentos individuais realizados por eCR, por mês.</p> <p>6.b – N.º de atividades coletivas (educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação / procedimento coletivo) realizadas por eCR, por mês.</p>

Fonte: Autoria própria.

†Embora tenham sido publicadas orientações restringindo as atividades coletivas a alguns públicos, as portarias sempre definem educação em saúde como uma das ações a serem realizadas. A única forma de se obter dados de educação em saúde no SISAB é por meio dos relatórios de atividades coletivas.

*Os relatórios públicos de atividades coletivas do SISAB não fornecem estratificação de faixa etária com limite em 7 anos, o próximo estrato acima de 5 anos é 6 a 11 anos de idade. Assim, optou-se por uma amostra dentro da faixa etária direcionada pela portaria.

**O manual do e-SUS APS (https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/CDS/CDS_07/) orienta que exclusivamente agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) devem registrar “Visita Domiciliar e Territorial” no sistema, ou seja, os dados levantados no trabalho referem-se exclusivamente à produção por estas duas categorias profissionais.

A análise e discussão dos resultados foram realizadas sinteticamente com base no efeito de cada portaria em suas respectivas variáveis e sistematizadas sob quatro perspectivas. Primeiramente foi analisado o crescimento real da produção em cada variável ao 3º mês após a publicação de cada portaria. Considerou-se o 3º mês suficiente para que ocorresse a efetivação do crédito financeiro nas contas de cada município, a publicação pelas instituições e apropriação pelos trabalhadores de conteúdos de apoio (notas técnicas, manuais, instrutivos etc.) relacionados às diretrizes de cada portaria, e o tempo necessário para a eventual aquisição de insumos, recrutamento e qualificação de novos profissionais, entre outras iniciativas necessárias ao alcance dos objetivos das portarias.

A segunda perspectiva analítica se deu em torno do padrão de resposta dos serviços na média entre o 4º e o 6º mês após o mês de publicação das portarias. Esta observação possibilitou a análise de eventuais elevações tardias, ou posteriores ao 3º mês, e caso tenha havido elevação da produção neste 3º mês, da sustentabilidade do padrão de elevação.

Na sequência foi realizada uma breve discussão sobre o montante financeiro definido nas portarias e repassado aos municípios, relacionando-o ao potencial de

crescimento da produção caso esta dependesse estritamente de financiamento, bem como sobre a definição de prioridades na alocação dos recursos e monitoramento das ações.

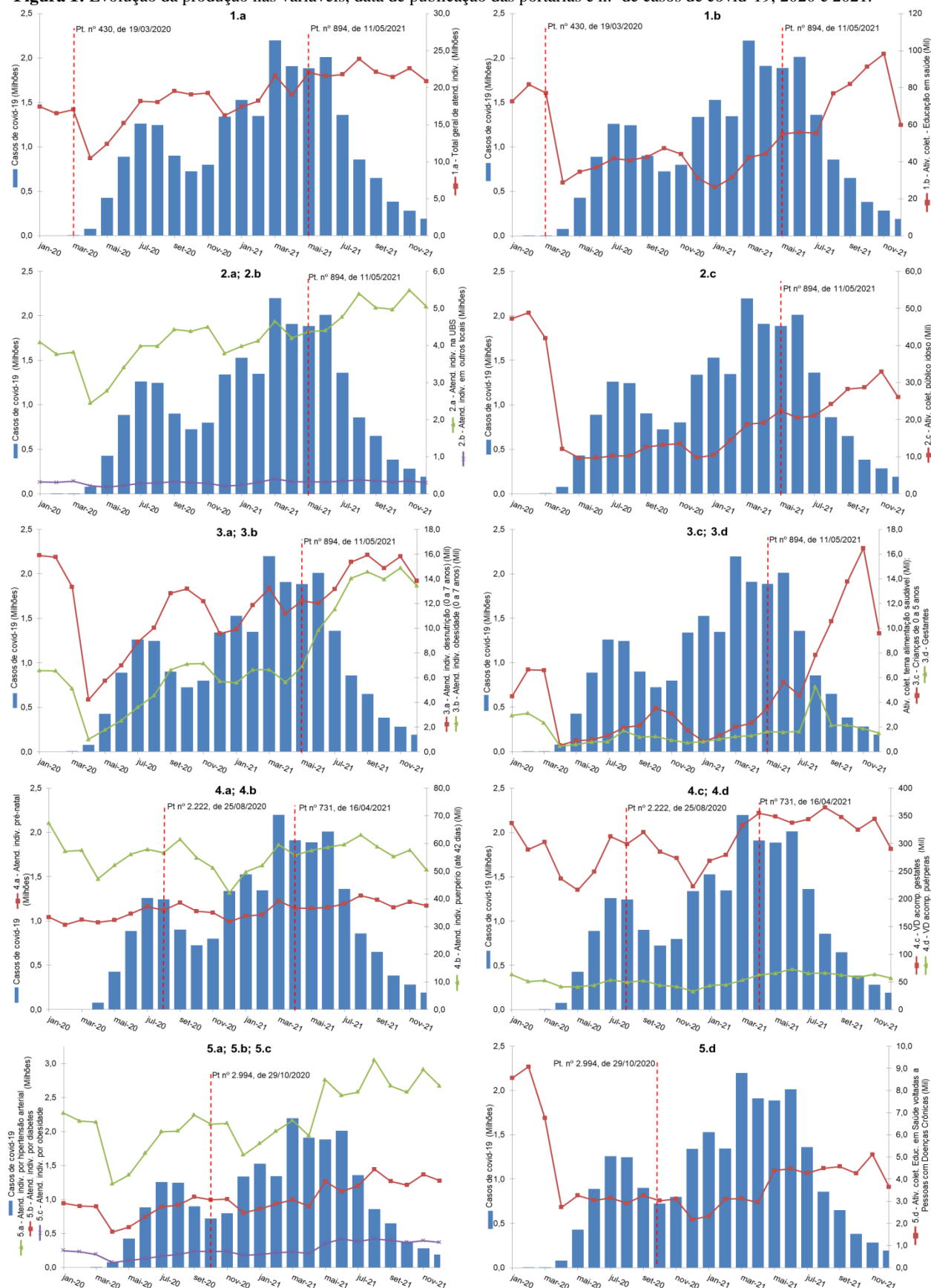
Por fim, amparadas no referencial de governança em políticas públicas^{12,17,18,19}, foram feitas considerações acerca do modelo de tomada de decisão e de gestão do MS, que podem ter influenciado os resultados das variáveis. Jarman²⁰ considera governança a primeira capacidade relevante do Estado para a resposta à covid-19, pois espera-se que ele seja a primeira linha de defesa na proteção da vida da população em tantas áreas envolvidas no enfrentamento à pandemia.

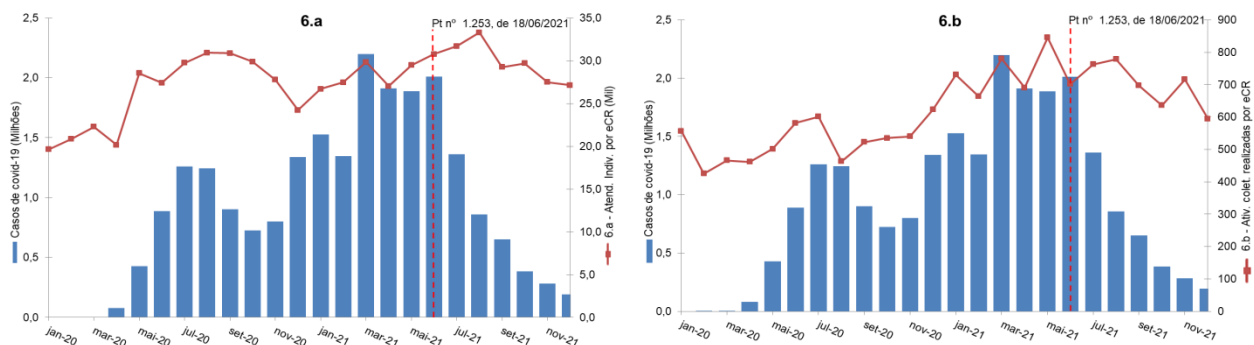
O estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos no Artigo 1º da Resolução CNS n.º 510/2016, e considerando que os dados foram obtidos por meio de acesso a bases públicas, dispensou-se a submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao observar os dados de casos de covid-19 e os registros de produção (Figura 1) é fundamental que se tenha como pano de fundo a influência positiva da redução no número de casos, ao longo das diversas “ondas” da pandemia, para a elevação dessa produção das ações pelas equipes em atuação na APS após seu expressivo decaimento no início da pandemia. Neste cenário, destaca-se o momento do início da vacinação contra a covid-19 no país, em que se torna ainda mais marcante a percepção de incremento de produção em grande parte das variáveis aqui selecionadas²¹.

Figura 1: Evolução da produção nas variáveis, data de publicação das portarias e n.º de casos de covid-19, 2020 e 2021.





Fonte: Autoria própria.

Sobretudo com o início da aplicação das segundas doses de vacinas, em meados de março de 2021, acredita-se em uma diminuição do absenteísmo no trabalho por parte dos profissionais de saúde, que passam a contrair menos a doença, ou têm garantida uma maior segurança aos que fazem parte dos grupos de risco para covid-19 ^{6,8,21}. Paralelamente, a população – imunizada – começa a readquirir confiança para buscar os serviços para continuidade dos cuidados que corriqueiramente recebiam ou para cuidados associados ao pós-covid-19.

Além disso, houve incremento no número de eSF credenciadas pelo MS da ordem de 3,44% (de 45.196 para 46.751) entre dezembro de 2019 e dezembro de 2020 e de 3,63% (de 46.751 para 48.447) entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021. As eAP tiveram seu custeio iniciado em 2020, fechando o ano com um total de 2.275 equipes credenciadas, e tiveram um aumento de 77,89% (de 2.275 para 4.047) entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021 ¹⁶.

Parte-se do pressuposto, então, de que as quedas no número de casos de covid-19, a aplicação das segundas doses de vacinas e a ampliação no número de equipes credenciadas, por si só, já deveriam elevar a produção dessas ações, com destaque para o ano de 2021. Carece, então, de análise o efeito das propostas feitas pelo MS por meio das portarias aqui analisadas, na produção das equipes, podendo assim discutir, olhando para essa resposta, o modelo da governança federal para a sua construção e apresentação.

Nesse sentido, foram observados nas variáveis 25 desfechos (14 nas variáveis de atendimento individuais, 7 de atividades coletivas e 4 de visitas domiciliares) distintos de incremento ou decréscimo de produção das ações pelas equipes a partir do mês de publicação das respectivas portarias (Figura 1 e Tabela 1).

Tabela 1: Dados de produção em cada variável no mês, ao 3º mês e na média do 4º ao 6º mês das public. das portarias.

Variável *	Portaria correspondente**	Prod. do mês de publicação da port.	Prod. ao 3º mês após a publicação da port.	Diferença entre a prod. ao 3º mês e a do mês da port.	Evolução % ao 3º mês em relação ao mês da port.	Média de prod. entre o 4º e o 6º mês após a publicação da port.	Diferença da média de prod. entre o 4º e o 6º mês e o mês da port.	Evolução % da média de prod. entre o 4º e o 6º mês e o mês da port.
<u>1.a</u>	430/2020	17.037.445	15.197.165	-1.840.280	-10,8	18.585.535	1.548.090	9,1
	894/2021	22.063.295	23.892.737	1.829.442	8,3	22.056.414	-6.881	0,0
<i>1.b</i>	430/2020	77.102	37.077	-40.025	-51,9	41.770	-35.332	-45,8
	894/2021	55.054	76.814	21.760	39,5	90.508	35.454	64,4
<u>2.a</u>	894/2021	4.375.050	5.396.722	1.021.672	23,4	5.161.627	786.577	18,0
<u>2.b</u>	894/2021	317.808	374.529	56.721	17,8	341.585	23.777	7,5
<u>2.c</u>	894/2021	22.473	24.165	1.692	7,5	29.949	7.476	33,3
<u>3.a</u>	894/2021	12.208	15.364	3.156	25,9	15.534	3.326	27,2
<u>3.b</u>	894/2021	6.897	14.048	7.151	103,7	14.470	7.573	109,8
<u>3.c</u>	894/2021	3.587	7.827	4.240	118,2	13.607	10.020	279,3
<u>3.d</u>	894/2021	1.625	5.277	3.652	224,7	2.055	430	26,5
<u>4.a</u>	2.222/2020	1.121.212	1.094.129	-27.083	-2,4	1.039.493	-81.719	-7,3
	731/2021	1.144.664	1.194.162	49.498	4,3	1.226.319	81.655	7,1
<u>4.b</u>	2.222/2020	56.599	51.243	-5.356	-9,5	48.001	-8.598	-15,2
	731/2021	55.822	59.622	3.800	6,8	59.103	3.281	5,9
<i>4.c</i>	2.222/2020	299.213	273.748	-25.465	-8,5	257.026	-42.187	-14,1
	731/2021	354.957	343.808	-11.149	-3,1	346.018	-8.939	-2,5
<i>4.d</i>	2.222/2020	49.609	41.815	-7.794	-15,7	40.669	-8.940	-18,0
	731/2021	63.054	65.696	2.642	4,2	62.651	-403	-0,6
<u>5.a</u>	2.994/2020	2.108.253	1.825.046	-283.207	-13,4	2.037.411	-70.842	-3,4
<u>5.b</u>	2.994/2020	995.747	862.225	-133.522	-13,4	945.978	-49.769	-5,0
<u>5.c</u>	2.994/2020	237.816	190.832	-46.984	-19,8	217.704	-20.112	-8,5
<u>5.d</u>	2.994/2020	3.029	2.326	-703	-23,2	3.056	27	0,9
<u>6.a</u>	1.253/2021	30.756	29.249	-1.507	-4,9	28.115	-2.641	-8,6
<u>6.b</u>	1.253/2021	702	697	-5	-0,7	649	-53	-7,5

Fonte: Autoria própria.

*Código da variável sublinhado = variável relacionada a atendimentos individuais. *Código da variável em itálico* = variável relacionada a atividades coletivas e visitas domiciliares.

**Cada portaria representa uma situação (demarca incremento ou redução de produção a partir da portaria) distinta da variável.

RETOMADA DA PRODUÇÃO PELAS EQUIPES

A primeira perspectiva aqui discutida trata-se da manutenção regular ou do incremento da produção das equipes ao 3º mês após a publicação das portarias. Foram observadas quedas na produção ao 3º mês de publicação das portarias em 13 dos 25 desfechos aqui demonstrados. No que se refere aos atendimentos individuais houve 7 (50%) desfechos de decréscimo de produção, com destaque para as variáveis 5.a, 5.b e 5.c, relacionadas a atendimentos individuais para as condições hipertensão arterial, diabetes e obesidade (portaria n.º 2.994/2020), dentre as quais sequer foram retomados os patamares de produção pré-pandemia.

Destaca-se, ainda, que na variável 1.a, associada aos atendimentos individuais e ao Programa Saúde na Hora Emergencial – por meio do qual seria possível praticamente dobrar o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e conseqüentemente produzir mais atendimentos –, além de não ter havido crescimento real no número de atendimentos, sequer ocorreu a retomada dos níveis de atendimentos aos padrões pré-pandêmico ao 3º mês após a publicação da portaria, o que aconteceu apenas ao 4º mês da sua instituição. Essa modalidade do programa obteve adesão de apenas 1.416 UBS (aproximadamente 3% do total), e teve início em março e término em setembro de 2020¹⁵.

Em relação às atividades coletivas e visitas domiciliares, percebeu-se 6 (55%) desfechos de redução da produção ao 3º mês após a publicação das portarias. Mais uma vez não se observou relação do Programa Saúde na Hora Emergencial com uma retomada da produção relativa a atividades de educação em saúde (1.b). Da mesma maneira, as variáveis relacionadas às atividades de educação em saúde especificamente voltadas a pessoas com doenças crônicas (5.d; portaria n.º 2.994/2020) e às visitas domiciliares para o acompanhamento de gestantes (4.c; portaria n.º 2.222/2020 e portaria n.º 731/2021) e puérperas (4.d; portaria n.º 731/2021) não foram positivamente influenciadas pelas respectivas portarias.

De maneira geral, é possível afirmar que as estratégias do MS de indução financeira de ações na APS tiveram como desfecho um incremento real de produção após 3 meses do mês de publicação das portarias em menos da metade das situações. Tal fato evidencia uma baixa resposta dos gestores e trabalhadores às orientações ministeriais, pois se trata de produção inferior ao mês em que foram estabelecidas as diretrizes, chegando até mesmo a decair essa produção em alguns casos.

SUSTENTABILIDADE DA PRODUÇÃO AO LONGO DO TEMPO

Ao analisar a evolução da produção das equipes por meio da média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias, percebeu-se que em 13 (52%) dos 25 desfechos possíveis houve decréscimo da produção. Ao se detalhar estes desfechos constatou-se que em 11 deles (6 de atendimentos individuais, 3 de visitas domiciliares e 2 de atividades coletivas) a produção se encontrava em baixa ao 3º mês de publicação da portaria e seguiu em baixa na média de produção entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias.

Merece destaque a acentuação expressiva na redução de atendimentos individuais de pré-natal e puerpério (4.a; 4.b), comparando-se a média do 4º ao 6º mês e a produção do 3º mês, após a publicação da portaria n.º 2.222/2020. Destaca-se, ainda, os atendimentos individuais e atividades coletivas realizados pelas eCR, que continuaram a decair mesmo após a destinação dos recursos pela portaria n.º 1.253/2021. Tal fato evidencia que as respectivas portarias não surtiram nenhum efeito, ou pode-se dizer que surtiram efeito negativo na produção das ações pelas equipes, já que houve redução da produção ao 3º mês, com acentuação dessa queda na média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias.

Observa-se, ainda, outros 6 desfechos (4 de atendimentos individuais, 1 de atividades coletivas e 1 de visitas domiciliares) nos quais a produção se encontrava em alta ao 3º mês de publicação das portarias e na média entre o 4º e o 6º mês esse crescimento diminuiu, chegando a se tornar negativo em 2 delas. Estes fatos demonstram que as portarias, apesar de terem promovido incremento de produção em um primeiro momento, não foram suficientes para sustentar uma tendência de crescimento ao longo dos meses subsequentes e, até mesmo, produzindo efeito contrário.

Assim, acredita-se que as mudanças ocorridas no primeiro momento (ao 3º mês) possam estar associadas a um efeito gerado pela publicação das portarias e consequente exigência burocrática de se realizarem as ações que justificassem o emprego dos recursos financeiros recebidos automaticamente do MS, garantindo a “prestação de contas”. Tendo passado esse efeito, por serem propostas pouco dialógicas com as necessidades dos municípios, sucumbiu a produção, deixando as ações definidas nestas portarias de serem prioridades nas agendas das equipes.

Em 2 desfechos (1 de atendimentos individuais e 1 de atividades coletivas) a produção, em baixa ao 3º mês em relação ao mês de publicação das portarias, elevou-se na média do 4º ao 6º mês. Acredita-se ser pouco provável que elevações de produção que ocorram a partir do 4º mês de publicação das portarias de instituição dos repasses financeiros sejam efeitos diretos das respectivas portarias ou dos repasses propriamente ditos, por já haver decorrido tempo suficiente para o emprego integral dos recursos na promoção das ações para o alcance dos objetivos definidos em portaria. Assim, supõe-se que tal elevação de produção tenha maior relação com os demais fatores gerais acima descritos (queda no número de casos, vacinação e

elevação no número de equipes) do que predominantemente com a instituição da iniciativa em portaria.

Por fim, tem-se o cenário de mais provável assertividade e reconhecimento das diretrizes ministeriais por parte dos gestores e trabalhadores da APS. Em 6 desfechos (3 de atendimentos individuais e 3 de atividades coletivas), a produção cresceu ao 3º mês após a publicação das portarias e continuou crescendo em patamares superiores ao do 3º mês na média do 4º ao 6º mês. Avalia-se que o provimento de novos recursos financeiros para essas ações foi coerente com as necessidades assentidas pelos serviços de APS nos territórios, a ponto da produção continuar crescendo mesmo após 3 meses da publicação das portarias.

Ocasionais elevações de produção consideradas tardias em relação à data de publicação das portarias, ou a continuidade de uma elevação na produção podem então ser efeitos de um processo de reconhecimento e consequente inserção das prioridades definidas pelos instrumentos legais na agenda de gestores e equipes. Ademais, eventuais formações, insumos e outras ações desencadeadas pelas portarias podem despertar a atenção das equipes, passando a ter maior atuação focada no objeto das portarias.

EFICIÊNCIA NA GESTÃO DE UMA APS SUBFINANCIADA

O subfinanciamento do SUS é uma realidade conhecida de longa data, e se traduz na degradação do acesso e da qualidade dos serviços, realidade essa cotidianamente encarada por trabalhadores, gestores e usuários. Desta forma, é inegável que recursos financeiros adicionais para a APS serão sempre muito bem recebidos, a despeito de sua excepcionalidade e transitoriedade^{9,21}. Importa destacar que para a maioria das ações prioritárias definidas nas portarias ministeriais aqui analisadas, no cotidiano dos serviços não há qualquer financiamento especificamente dedicado, logo, tais ações “disputam” os escassos recursos da APS entre as inúmeras prioridades urgentes nos territórios.

Os dados apresentados evidenciaram que a orientação ministerial aos territórios, dimensionada pela evolução da produção das equipes nas variáveis elencadas, não produziu os efeitos de melhoria geral na produção de ações de saúde na maioria dos desfechos, mesmo tendo sido injetados nos municípios cerca de 1,7 bilhões de reais para o seu cumprimento, por meio das 6 portarias analisadas.

Estritamente da perspectiva do montante financeiro investido e considerando a defasagem de recursos federais no custeio da APS, seria possível esperar um crescimento muito mais significativo da produção que o que foi aqui demonstrado. A título de exemplo, a portaria nº 430/2020 promoveu um incremento mensal às unidades aderidas que poderia chegar a 100% (R\$30.000,00/mês para unidades 75 horas no âmbito do Saúde na Hora Emergencial) do valor de custeio mensal regular de uma eSF – tendo como base a média de R\$30.000,00 mensais, pela capitação ponderada, desempenho e 6 Agentes Comunitários de Saúde em cada equipe, no modelo de financiamento do Programa Previne Brasil.

Outro exemplo é a portaria n.º 1.253/2021, que também elevou em cerca de 90% (R\$17.808,00 por eCR) o valor do custeio mensal regular das eCR – tendo como base o valor de custeio mensal de R\$19.900,00 por eCR tipo I – entretanto, observou-se redução da produção de atendimentos individuais e atividades coletivas realizadas por essas equipes no curto (3º mês) e médio prazos (média do 4º ao 6º mês), em que pese o fato da população em situação de rua ter aumentado durante a pandemia ²².

Ademais, a portaria n.º 2.222/2020, a segunda maior em volume de recursos (R\$259.888.395,00) – não obstante a primeira (portaria n.º 894/2021) envolva pelo menos 4 tipos de ações/públicos distintos –, pela aferição realizada por meio das variáveis 4.a e 4.b (atendimentos individuais de pré-natal e puerpério, respectivamente) não surtiu nenhum efeito em termos de incremento de produção, mas sim um decaimento dessa produção ao longo do tempo.

Na maioria dos desfechos (15) aqui demonstrados as portarias foram publicadas em um momento em que os níveis de produção nas variáveis analisadas já se encontravam em patamares superiores aos pré-pandemia. Assim, questiona-se a real necessidade do direcionamento de recursos especificamente a essas ações em detrimento de outras, ou seja, se naquele dado momento seriam realmente aquelas as prioridades dos entes federados para a APS.

Greer e colaboradores ²³ apontam que o fechamento ao diálogo (por parte do MS) com os diferentes segmentos implicados na pesquisa, trabalho, gestão e participação social influenciou negativamente na definição das prioridades para a atuação nacional durante a pandemia. O elenco das prioridades se deu, em grande medida, a partir da atuação dos agentes e grupos de interesses presentes no processo de formulação das políticas, embutindo nelas as crenças, valores e ideias pessoais e do governo.

Ao instituir as ações em portarias e proceder aos repasses financeiros em parcela única, sem necessidade de adesão, os mecanismos de monitoramento propostos pelo MS deveriam prever intervenções ao longo do processo em caso de inadequação ou ineficiência no emprego dos recursos, buscando apoiar os serviços localmente de maneira articulada entre MS, estados e municípios para reorientar a sua atuação ⁸.

Contudo, ao definir o monitoramento por meio de formulários eletrônicos cuja criação fora prometida para algumas portarias específicas, por meio do SISAB e do Relatório Anual de Gestão, com dados sendo enviados de maneira atemporal, é frustrada a expectativa de que houvesse alguma intenção real de efetivamente monitorar o emprego de recursos oportunamente, a ponto de fortalecer a cadeia de gestão e de produção dos serviços para o alcance do objetivo central de cuidar integralmente das pessoas. Jarman²⁰ relata que nos países onde não houve monitoramento das ações nos territórios, com uma forte direção central no enfrentamento à pandemia, foi percebida uma “colcha de retalhos” em termos de resultados, gerando iniquidades regionais.

PERSPECTIVAS DA GOVERNANÇA PARA A RESPOSTA DA APS

Para além de analisar a adequação das prioridades eleitas, no presente trabalho é central a discussão acerca da forma como o território encarou as diretrizes advindas do MS, reconhecendo-as ou não a ponto de elevar a produção de ações a elas relacionadas e legitimando a capacidade da instituição de coordenar a formulação e implementação da política de enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS brasileira.

Mudanças no processo de trabalho das equipes no sentido do alcance de objetivos comuns dependem de reconhecimento e confluência da agenda dos trabalhadores com a dos demais níveis envolvidos na gestão. A valorização dessa agenda por parte da gestão em cada município se traduz no provimento de subsídios técnicos e estruturais, no compartilhamento de saberes e práticas, intimamente relacionados às realidades de cada território, para a priorização da atuação em lócus populacionais específicos, sobretudo em um contexto de elevado risco sanitário, depreciação das condições de trabalho e crise macro e microeconômica ^{8,4,9}.

Ainda, para que esses objetivos comuns sejam alcançados é fundamental que haja diálogo constante, negociação e coordenação intergovernamental ²³. Para tal,

aprendendo e apreendendo-se ao exitoso processo histórico de construção do SUS, respeitando o pacto federativo e amparado em bases científicas, mostra-se de fundamental relevância o exercício de uma boa governança pelo MS na condução das políticas públicas, sobretudo quando do enfrentamento da maior crise sanitária atravessada pelo SUS desde a sua criação ^{3,21}.

A compreensão do processo que levou à baixa resposta dos territórios às prioridades definidas pelo MS nos cenários aqui descritos passa por um exame da postura do governo brasileiro no reconhecimento da pandemia, bem como nas suas ações ou omissões diante dela ^{21,23}. Antes disso, passa por uma breve localização teórica acerca da governabilidade, seus limites e implicações na rede de governança.

Governabilidade diz respeito à dimensão estatal do exercício do poder, à arquitetura institucional, às condições sistêmicas e institucionais sob as quais se exerce o poder (sistema político, forma de governo, relações entre os Poderes etc.), e representa um conjunto de atributos essenciais ao exercício do governo, sem os quais nenhum poder será exercido ^{12,18}.

A governança está ligada à performance dos atores e sua capacidade no exercício da autoridade política ¹⁸. Refere-se ao *modus operandi* das políticas governamentais, incluindo questões ligadas ao formato político institucional do processo de tomada de decisão, à definição da composição do financiamento das políticas e ao seu alcance geral ^{12,19}. A governança opera em um plano mais amplo que a governabilidade, englobando a sociedade como um todo, de tal modo que a governança pode ser analisada não apenas do ponto de vista dos resultados governamentais, mas também da forma pela qual o governo exerce seu poder ¹⁹.

Considera-se, então, que o cenário deflagrado pela pandemia atribuiu ao governo (aí incluso o MS) boas condições de governabilidade, verificadas inicialmente na relação do governo com o Congresso Nacional. Segundo Jarman ²⁰, políticos têm usado sua autoridade e recursos para controlar a pandemia, às vezes com o objetivo de salvar vidas, às vezes com o objetivo de salvar suas próprias carreiras políticas e, frequentemente, por ambos os motivos. O Congresso Nacional brasileiro, em sua maioria, se mobilizou para minimizar o impacto sanitário e socioeconômico gerado pela pandemia ²³, agindo na construção e reconhecimento de sustentação legal para a atuação de toda a estrutura do Executivo Federal focada no combate à covid-19, sobretudo pela grande mobilização de recursos, tal como o “orçamento de guerra”, que permitiu o financiamento de grande parte das ações aqui apresentadas ¹⁰.

Acima de tudo, tal governabilidade é conferida pelo legado histórico do SUS, um dos maiores sistemas universais de saúde do mundo, no qual a população brasileira deposita grande confiança e que, apesar de vir sendo desmontado internamente nos últimos anos, historicamente consolidou políticas extremamente exitosas e mundialmente referenciadas ^{4,10,21}.

Entretanto, a forma como o governo encarou a pandemia levou a uma deterioração da sua rede de governança, a ponto de ver corroída a legitimidade do MS na condução da política de enfrentamento à covid-19 ^{9,23}. Tal postura foi marcada pela negação e minimização da letalidade da doença por parte do presidente da República – que nomeou quatro ministros da saúde distintos ao longo da pandemia para que esses gestores dessem ressonância à sua posição internamente –, que desdenhou das mortes, se posicionou contrariamente às medidas não farmacológicas de proteção individual, promoveu tratamentos medicamentosos ineficazes e desestimulou a vacinação ^{1,3,5,9,10}.

Ainda houve inação do MS na promoção do isolamento social, que proporcionaria o achatamento da curva de casos, reduzindo o estrangulamento do sistema de saúde; ausência de diálogo com os diversos segmentos da gestão, comunidade científica, controle social e trabalhadores do SUS na análise situacional e definição das políticas, o que culminou em um isolamento do MS e em constantes conflitos do governo federal com governadores e prefeitos, que tiveram que se valer da via judicial para garantir sua autonomia no adequado cuidado à população; tentativa de ocultação dos dados nacionais de casos e mortes por covid-19, visando não prejudicar a imagem do governo; e inoperância, incompetência e corrupção nos processos de compra de vacinas, o que resultou em atraso no início da imunização no país ^{1,3,5,9,10}.

Tamanha inaptidão para o enfrentamento à pandemia naturalmente causou descrédito acerca da assertividade das prioridades políticas definidas pelo MS, sobretudo pela pouca propensão ao debate no modelo compartimentalizado, autocrático e de confronto do federalismo bolsonarista ³. A crise de autoridade, liderança e legitimidade na governança e coordenação nacional da resposta à covid-19 limitou a capacidade de atuação dos governos subnacionais ^{20,21}. Sob a ausência do MS, gestores e trabalhadores no âmbito dos estados e municípios demonstraram pujança, autonomia, protagonismo, grande capacidade de aprendizagem e adaptabilidade na prática para enfrentar a pandemia em um país continental, que

demandaria grandemente de coordenação central para a promoção da articulação dos territórios, mas que não foi exercida por parte do governo ^{4,6,9,23}.

Sob as mesmas bases nas quais o SUS foi criado e legalmente alicerçado, uma governança em rede (União, estados, municípios, universidades, conselhos de saúde etc.), dentro da qual impera a confiança entre seus componentes, possibilitaria uma coordenação harmônica da política, produzindo resultados positivos na saúde geral da população ^{17,20}.

Na governança em redes do setor público é esperado que agentes como o MS desempenhem papéis proeminentes de liderança e autoridade sanitária nacional, exercendo a regulação, coordenando a vigilância efetiva e provendo atenção à saúde a todos os seus cidadãos ^{9,20}. Não se trata, porém, de hierarquização com cadeias de comando, mas sim de estruturas horizontais para colaboração em benefício mútuo, com fluxo de informações mais confiáveis e eficientes ^{17,23}.

Apesar de relevante, a produção de normativas, orientações e a disponibilização de recursos financeiros emergenciais foram insuficientes e encontraram limites de efetividade na ausência de uma coordenação nacional forte que considerasse as características federativas do país e do sistema de saúde ²¹. Em se perdendo a relação de confiança, o poder de autoridade do Estado não foi suficiente para garantir a implementação das políticas definidas pelo MS nas portarias aqui discutidas ^{19,21}.

O exercício da capacidade financeira para tentar influenciar na rede de agentes implementadores das políticas públicas, sem política, negociação, diplomacia e modos dinâmicos e democráticos de direção, ou seja, sem metagovernança ¹⁷, converteu-se em resultados pouco expressivos no cumprimento das prioridades ministeriais e, conseqüentemente, na oferta de cuidado aos cidadãos.

O pano de fundo macropolítico evidenciado pela forma como o governo encarou a pandemia deixou clara a ausência de objetivos comuns entre MS, estados e, acima de tudo, municípios, responsáveis diretos pela gestão e ofertados serviços de APS ^{5,9}, que poderiam melhorar a aceitação e vencer as resistências que tornaram pouco efetivas as proposições ministeriais.

Os repasses financeiros aqui demonstrados denotam mais uma tentativa de passar a impressão de que algo foi feito do que efetivamente contribuir com uma política alinhada com as necessidades dos territórios, favorável ao enfrentamento da

morbimortalidade em meio às diversas iniquidades regionais em saúde existentes no Brasil, e majoradas pela pandemia ²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das variáveis elencadas a partir de portarias que instituíram o financiamento de ações e grupos populacionais prioritários para a atuação dos serviços de APS (gestores e trabalhadores) no enfrentamento à pandemia de covid-19 foi possível dimensionar o efeito destas orientações/normativas na produção de ações pelas equipes e discutir a legitimidade dada ao MS pelos territórios, evidenciando seu papel de coordenador e orientador da rede de governança do SUS para a resposta à pandemia na APS.

Os resultados obtidos demonstram uma baixa resposta dos serviços às orientações ministeriais na maioria dos desfechos aferidos por meio dos dados de produção das equipes ao 3º mês após a publicação das portarias. Da mesma forma, ao analisar a sustentabilidade das ações propostas, percebeu-se também uma baixa resposta com a não elevação da produção das equipes na média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias, assim como, na maioria dos casos em que no primeiro momento houve elevação, ela passou a decair na média dos meses subsequentes, chegando a se tornar negativa em alguns desfechos.

Destaca-se que a publicação das portarias instituindo financiamento direcionado a ações e públicos específicos – ainda que em algumas situações extremas se mostre estratégica – segmenta os serviços de APS e induz a um modelo de atenção focalizada, distinto do que historicamente se busca por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), qual seja promotor de integralidade, universalidade, territorialização, eficiência e equidade. Mas este é apenas mais um episódio na trajetória de desmonte da ESF, iniciado na reforma da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e acirrado pela biopolítica ultraliberal bolsonarista.

Para além das indagações acerca da assertividade na eleição das prioridades pelo MS, sobretudo em decorrência do seu isolamento e ausência de diálogo nesta tomada de decisões, associa-se a baixa resposta dos serviços à dilaceração, pelo governo federal, da rede de governança historicamente construída no SUS. As posições do presidente da República de negação à pandemia e à ciência, bem como sua omissão e descaso com a vida, sobretudo dos mais pobres, aos quais são impostas as piores condições de se protegerem, infelizmente tiveram repercussão

dentro do MS, levando à depreciação da confiança que gestores, trabalhadores e a sociedade como um todo, desde sempre, depositaram na instituição.

O MS, que ao longo do tempo se mostrou capaz de coordenar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com excelentes resultados para a vida e para a saúde da população, teve essa capacidade e sua governança minadas no governo Bolsonaro. A consequência desse processo ficou evidente pelos catastróficos resultados de quase 700 mil vidas perdidas na pandemia de covid-19, colocando o Brasil entre os líderes nas estatísticas de mortes proporcionais.

Espera-se que as lições aprendidas durante o desgoverno vivenciado pelo país ao longo da pandemia sejam reedificadoras de uma nova forma democrática, cientificamente referenciada, adequadamente financiada e participativa de se fazer gestão em saúde. E que esse projeto de abandono à morte das populações marginalizadas em favor de um modelo de desenvolvimento econômico que acirra ainda mais as desigualdades sociais seja criminalizado a ponto de jamais retornar à pauta política no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Sodré F. Epidemia de covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab.Educ.Saud.* 2020;18(3).
2. Sousa MF, Prado EAJ, Leles FAG, Andrade NF, Marzola RF, Barros FPC, Mendonça AVM. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde debate.* 2019;43(spe5):p.82-93.
3. Abrúcio FL, Grin EJ, Franzese C, Segatto CI, Couto CG. Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev.Adm.Pub.* 2020;54(4).
4. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública.* 2020;36(8).
5. Patiño-Escarcina JE, Medina MG. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. *Saúde debate.* 2022;46(spe1):p.119-30.

6. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2022;46(spe1):p.131-51.
7. Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos HLPC, Santos AM. The international response of primary health care to covid-19: document analysis in selected countries. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(12).
8. Biscarde DGS, Souza EA, Pinto KA, Silva LA, Silva MA, Gusmão MEN. Atenção primária à saúde e covid-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. *Rev baiana enferm*. 2022;36:e37824.
9. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AEM, Pereira RAG, Medina MG. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde debate*. 2020;44(spe4):p.161-76.
10. Fonseca EM, Natrass N, Arantes LB, Bastos FI. COVID-19 in Brazil: Presidential Denialism na the Subnational Government's Response. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). *Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19*. United States of America: University of Michigan Press, 2021;p.654.
11. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Anáise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública*. 2022;38(2).
12. Santos MHC. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituinte. *Dados*. 1997;40(3).
13. World Bank. *Governance and development*. Washington:World Bank;1992.
14. Ham C, Hill M. *The policy process in the modern capitalista state*. 2ed. Londres: Harvester Wheatsheaf;1993;p.270.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde: balanço das ações 2020*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; p.134. [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA3Mg==>>.

- 16.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde balanço das ações 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; p.178. [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/relatorio_avancos_desafios_a_ps.pdf.
- 17.** Bevir M. Governance: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press. 2012;p.132.
- 18.** Martins L. Estado Capitalista e burocracia no Brasil pós-64. Rio de Janeiro, RJ. Paz e Terra, 1985;p.265.
- 19.** Gonçalves A. O conceito de governança. In: XV Congresso Nacional do CONPEDI/UEA - Manaus: Anais de Congresso. 2006.
- 20.** Jarman H. State responses to the COVID-19 pandemic: Governance, Surveillance, Coercion, and Social Policy. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19. United States of America: University of Michigan Press, 2021;p.654.
- 21.** Freitas CM, Pereira AMM, Machado CV. A resposta do Brasil à pandemia de covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM (eds.). Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2022;p.342.
- 22.** Santos ETA, Sarreta FO. População em situação de rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital. SER Social. 2022;25(51).
- 23.** Greer SL, King EJ, Fonseca EM. Introduction: Explaining Pandemic Response. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19. United States of America: University of Michigan Press, 2021;p.654.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seleção do referencial teórico utilizado no presente estudo se mostrou assertiva à medida em que contempla a atuação de agentes representantes do Estado brasileiro no transcorrer da pandemia da *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19), sobremaneira, do ex-presidente da República, Jair Bolsonaro, intentando utilizar-se do poder simbólico conferido pelo cargo, legitimado socialmente pelo processo eleitoral.

Estes agentes forjaram narrativas (usurpação do lugar de fala) infundadas, sem qualquer base técnica ou científica, tentando inculcar no subconsciente coletivo a crença na inocuidade da doença (exercício da violência simbólica). Tal movimento influenciou negativamente na necessária conscientização da população acerca das práticas de autocuidado, bem como na organização do sistema de saúde para atender à enorme demanda social que partia desde a educação em saúde e o cuidado a casos leves e moderados na Atenção Primária à Saúde (APS), indo até a estruturação da rede de alta complexidade para atendimento aos casos mais graves.

Por meio da distribuição de cargos dentro do aparelho estatal (banco de capital simbólico), com destaque para o Ministério da Saúde (MS), Bolsonaro alavancou sua posição e seus interesses individuais. Operando com a direção do MS – instituição historicamente respeitada e reconhecida pela sociedade brasileira – e tendo sua capacidade financeira ampliada pela aprovação do orçamento de guerra para a atuação no enfrentamento à pandemia, o Governo Federal deteve posição privilegiada no sistema político para a definição das políticas frente a outros agentes que se propuseram a travar as disputas no campo da saúde pública (universidades, Conselhos, setores da imprensa etc.) para a proposição de estratégias e definição da política nacional de enfrentamento à pandemia vigente.

A partir de então, as atitudes negacionistas, omissivas e de conflituosidade por parte de Bolsonaro se impregnou fortemente na atuação do MS, sobretudo, a partir da atuação do ex-ministro Eduardo Pazuello, que sem qualquer pudor de demonstrar seu despreparo na condução da referida pasta governamental e subserviência incondicional, se ocupou de embutir a posição do ex-presidente nas políticas públicas de saúde.

Vale destacar que tal postura presidencial tem origem em sua concepção ideológica de Estado ultraliberal e ultraconservador de extrema direita. Partindo desta premissa, atua mais fortemente como instrumento de acumulação de capital pela burguesia – “a economia não pode parar” –, exercendo uma biopolítica (racismo de Estado), na qual pessoas empobrecidos e socialmente marginalizados (econômica, educacional, fisiologicamente etc.), dotadas das piores condições de se protegerem, são descartáveis ao atual modelo de desenvolvimento e produção desta sociedade.

O arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), além do histórico democrático e participativo – cunhado desde a sua fundação – de tomada de decisões, com gestão tripartite ascendente, ofertam um “tipo ideal” de boa governança no MS, promovendo o sucesso em suas políticas e estratégias. Desta forma, a compreensão da governança da instituição na construção e pactuação da política de enfrentamento à pandemia da COVID-19 no âmbito da APS se deu a partir da observação atenta aos espaços e às discussões onde a pauta esteve presente.

Identificou-se, então, que quando deveria ter sido protagonista na organização de discussões sobre o enfrentamento à pandemia na APS, não apenas deixou de fazê-lo, mas também pouco se prontificou a participar de debates relacionados ao tema, sobretudo, em espaços cuja participação fosse facilitada aos diversos segmentos que estudam, pleiteiam e executam tais políticas.

Agravando este cenário, a análise do conteúdo dos debates localizados em que se contou com a participação do MS e a confrontação das ideias apresentadas evidenciou descompasso entre as narrativas apresentadas pelos seus representantes nos espaços institucionais e o conteúdo preconizado pelas demais entidades. Além disso, o MS tomou diversas medidas por meio da publicação de Portarias e outros documentos orientadores sem ter realizado qualquer pactuação com os outros entes ou mesmo contradizendo os acordos previamente realizados.

Nota-se, então, que em um dos momentos da história em que o MS foi mais severamente exigido do ponto de vista de capacidade de articulação e coordenação central da política, a instituição – orientada por seus dirigentes maiores, em consonância com a Presidência da República (PR) – se isolou, verticalizou o processo de tomada de decisões, abandonou a participação popular e rompeu com a ciência e com o pacto federativo, demonstrando, assim, um modelo hierarquizado de governança, diferentemente do que historicamente vem sendo implementado no SUS.

Tal postura resultou em uma baixa resposta das equipes em atuação na APS às orientações ministeriais quando aferida por meio dos registros de produção das equipes nos sistemas de informação oficiais. Grande parte das ações produzidas e registradas pelas equipes não guardavam relação, seja com o objeto preconizado pelo MS nas Portarias instituindo recursos que para a definição de prioridades, seja relação temporal, com elevação ou redução da produção em momentos distintos do esperado, a partir da data de publicação das portarias.

Desta forma, é possível afirmar que a inaptidão da alta direção do MS para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, bem como a ausência de diálogo e a verticalização na definição e pactuação da política, resultou em uma série de medidas equivocadas e inoportunas. Mais ainda, a postura do então mandatário brasileiro, com ressonância nos discursos e nas iniciativas ministeriais, levou à depreciação da legitimidade conferida pelos territórios – trabalhadores, gestores, população etc. – ao MS para a coordenação e orientação da rede de governança do SUS para a resposta à pandemia na APS.

De fato, o exercício de uma boa governança, coordenando as ações de maneira harmônica, cientificamente referenciada, com negociação, diálogo e colaboração, tecendo, assim, a rede de governança do SUS, tornaria legítimo o processo de formulação e pactuação das políticas, tornando-as mais efetivas. Mas, o MS teve minada, no governo Bolsonaro, a sua capacidade de coordenar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, em uma das maiores crises sanitárias que se tem registro.

Em meio à crise de autoridade, liderança e legitimidade na governança e coordenação nacional da resposta à COVID-19, trabalhadores e gestores da APS, nos níveis estaduais e municipais, sustentaram com pujança e protagonismo o funcionamento do SUS. Com isso, mesmo em meio às condições de trabalho degradantes, evitaram que fosse ainda maior a tragédia dos quase 700 mil óbitos pela doença, que ainda assim colocaram o Brasil entre os líderes mundiais nas estatísticas de mortes proporcionais, sendo estas desigualmente distribuídas entre as diversas classes e os muitos segmentos sociais, reproduzindo as desigualdades arraigadas no atual modelo de sociedade no país.

O resultado das urnas nas eleições presidenciais de 2022, com a derrota de Jair Bolsonaro, permite que se tenham esperanças de que muitas lições foram aprendidas por toda a sociedade durante o desgoverno então vivenciado na pandemia

da COVID-19. Assim, espera-se que as futuras escolhas sejam por projetos cujo modelo de desenvolvimento social e econômico não segregue ainda mais e condene à morte cidadãos que desde sempre foram colocados à margem das políticas públicas pelo Estado.

Que tais aprendizados também sejam reedificadores e formativos para que gestores e instituições retomem as bases democráticas, cientificamente referenciadas, adequadamente financiadas e participativas sob as quais o SUS foi cunhado. Desta forma, contribuindo para que a APS na atual e nas pandemias que ainda hão de vir, efetivamente dê conta de promover a atenção integral à saúde das populações e contribuir com a redução das iniquidades sociais e em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Philip. Notas sobre la dificultad en estudiar el Estado. In: ABRAMS, Philip; GUPTA, Akhil; MITCHELL, Timothy. **Antropología del Estado**. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 2015. p. 17-70. 187 p.

ABRÚCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José; FRANZESE, Cibele; SEGATTO, Catarina Ianni; COUTO, Cláudio Gonçalves. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, jul./ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/bpdbc9zSGCKZK55L3ChjVqJ/>. Acesso em: 22 maio 2021.

BEVIR, Mark. **Governance**: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press, 2012. 132 p.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos; SOUZA, Ednir Assis; PINTO, Karina Araújo; SILVA, Lívia Angeli; SILVA, Melissa Almeida; GUSMÃO, Maria Enoy Neves. Atenção primária à saúde e covid-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36. 2022.

BOURDIEU, Pierre. **Campo de poder, campo intelectual**: itinerario de um conceito. [S. l.]: Montessor, 2002. (Coleção Jungla Simbólica).

BOURDIEU, Pierre. **Coisas ditas**. Tradução: Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pegorim. Revisão técnica: Paula Montero. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **O senso prático**. Tradução: Maria Ferreira. Revisão da tradução: Odaci Luiz Coradini. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. (Coleção Sociologia).

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Corrêa. 11. ed. Campinas, SP: Papius, 2011.

BOURDIEU, Pierre. **Sobre o Estado**: cursos no Collège de France (1989-92). Tradução: Rosa Freire d'Aguiar. Ed. estabelecida por Patrick Champagne. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso de 28 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 28 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em 22 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e [...]. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o programa previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde no âmbito do sistema único de saúde, por meio da alteração da portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. [Acesso em: 10 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020. **Telesus.** [Acesso em: 10 dez. 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/corona/telesus>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2021. **Manual instrutivo do financiamento da atenção primária à saúde.** [Acesso em: 07 out. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus.** Brasília, 2021a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde: balanço das ações 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 134 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Promoção da Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde balanço das ações 2021: versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE, REDE UNIDA, REDE NACIONAL DE MÉDICAS E MÉDICOS POPULARES, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Nota de repúdio à ocupação militar do Ministério da Saúde!** [Acesso em: 15 set. 2021]. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/05/nota-de-repudio-a-ocupacao-militar-do-ministerio-da-saude/>>.

COELHO, Otamires Castro Simões; FERREIRA, Anelisa Terrola Martins; MENDONÇA, Raquel de Deus. Pandemia covid-19 e ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na rede SUS. **APS em Revista**, v. 3, n. 3. 2021. p.156-67.

DE SETA, Marismery Horsth; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa previne brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. supl.2. 2021.

ELIAS, Norbert. **La dynamique de l'occident**. Tradução: P. Kamnitzer. Paris: Calmann-Lévy, 1977. (Coleção Agora).

FARIA, Carolina Dourado; NETO, Fernando Antônio Ramos Schramm; MACHADO, Yuri de Jesus. Relação entre a vacinação contra a Covid-19 e a mortalidade no Brasil. **Brazilian Journal of Global Health**, v. 02, n. 01. 2021.

FLEURY, Sônia; FAVA, Virgínia Maria Dalfior. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde em Debate**, v. 46, n. esp1. 2022. p. 248-64.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de. (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008.

FONSECA, Elize Massard da; NATTRASS, Nicoli; ARANTES, Luísa Bolaffi; BASTOS, Francisco Inácio. COVID-19 in Brazil: Presidential denialism in the subnational government's response. In: GREER, Scott L.; KING, Elizabeth J.; FONSECA, Elize Massard da; PERALTA-SANTOS, André (Eds.). **Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19**. Michigan: University of Michigan Press, 2021. p. 494-510. 416 p.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão. Ed. estabelecida, no âmbito da Associação para o Centro Michel Foucault, sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Mauro Bertani e Alessandro Fontana. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (Coleção Tópicos).

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Coleção Ditos e Escritos IV).

FREITAS, Carlos Machado de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. A resposta do Brasil à pandemia de covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. In: MACHADO, Cristiani Vieira; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; FREITAS, Carlos Machado de (eds.). **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições** [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2022;p.342.

FROTA, Amanda Cavalcante; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; CARVALHO, André Luís Bonifácio de; OUVENEY, Assis Luiz Mafort; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; MACHADO, Nádia Maria da Silva Machado. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da COVID-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 1, p.131-151, mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kxrJrT5Ktr6Xj8sHw3gMKk/>. Acesso em: 22 maio 2022.

GAVRIATOPOULOU, Maria; KOROMPOKI, Eleni; FOTIOU, Despina; NTANASIS-STATHOPOULOS, Ioannis; PSALTOPOULOU, Theodora; KASTRITIS, Efsthios; TERPOS, Evangelos; DIMOPOULOS, Meletios A. Organ-specific manifestations of COVID-19 infection. **Clinical and Experimental Medicine**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 493-506, nov. 2020.

GIOVANELLA, L; MENDOZA-RUIZ, Adriana; PILAR, Aline de Carvalho Amand; ROSA, Matheus Cantanhêde da; MARTINS, Gabriel Branco; SANTOS, Isabel Soares; SILVA, Danielle Barata; VIEIRA, Jean Mendes de Lucena; CASTRO, Valéria Cristina Gomes de; SILVA, Priscila Oliveira; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6. 2018. p. 1763-76.

GIOVANELLA, Lígia; MARTUFI, Valentina; MENDOZA, Dana Carolina Ruiz; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; BOUSQUAT, Aylene; AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p.161-76, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

GONÇALVES, Alcindo. O conceito de governança. In: XV Congresso Nacional do CONPEDI/UEA, Manaus, 2006. **Anais...** Manaus, 2006.

GREER, Scott. L.; KING, Elizabeth. J.; FONSECA, Elise Massard da. Introduction: Explaining Pandemic Response. In: GREER, Scott. L.; KING, Elizabeth. J.; FONSECA, Elise Massard da; PERALTA-SANTOS, André (eds.). **Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19**. United States of America: University of Michigan Press, 2021. p.654.

HAM, Christopher; HILL, Michael. **The policy process in the modern capitalist state**. 2. ed. London: Harvester Wheatsheaf, 1993.

HORTA, Bernardo L.; SILVEIRA, Mariângela F.; BARROS, Aluísio J. D.; HARTWIG, Fernando P.; DIAS, Mariane S.; MENEZES, Ana M. B.; HALLAL, Pedro C. Covid-19 and outpatient care: a nationwide household survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4. 2022.

JARMAN, Holly. State responses to the COVID-19 pandemic: governance, surveillance, coercion, and social policy. In: GREER, Scott L.; KING, Elizabeth J.; FONSECA, Elise Massard da; PERALTA-SANTOS, André (Eds.). **Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19**. Michigan: University of Michigan Press, 2021. p. 51-64. 416 p.

KRINGOS, Dionne S.; BOERMA, Wienke; VAN DER ZEE, Jouke; GROENEWEGEN, Peter. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. **Health Affairs**, [s. l.], v. 32, n. 4. 2013. p. 686-694, abr. 2013. Disponível em: https://mercosur.observatoriorh.org/sites/mercosur.observatoriorh.org/files/webfiles/fulltext/2018/5_oficina_espec/kringos_et_al_europes_strong.pdf. Acesso em: 22 maio 2022.

LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo Marchiori; PAES-SOUSA, Rômulo. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 7, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yjBt8kkf6vSFf4nz8LNDnRm/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

LORENZO, Cláudio Fortes Garcia. Práxis hermenêutica na construção de referenciais teóricos e na análise de dados em pesquisa social na saúde. In: MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde**. Brasília: EcoS, 2021. v. 1. p. 86-118.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum**: introdução à Sociologia compreensiva. Tradução: Aluizio R. Trinta. Porto Alegre: Sulina, 2010. 295 p. (Coleção Imaginário Cotidiano).

MARTINS, Luciano. **Estado capitalista e democracia no Brasil Pós-64**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. 265 p. (Coleção Estudos Brasileiros, v. 82).

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4. 2020.

MEDINA, Maria Guadalupe; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; AQUINO, Rosana; COMITÊ GESTOR DA REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO. Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 8, p. 1-5, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>. Acesso em: 22 maio 2021.

MELO, José Romério Rabelo; DUARTE, Elisabeth Carmen; MORAES, Marcelo Vogler de; FLECK, Karen; ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 4. 2021.

MENDES, Áquilas; MELO, Mariana Alves; CARNUT, Leonardo. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para Atenção Primária à Saúde: operacionalismo e improvisos. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 1-14, 2022.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?id=wK1L>. Acesso em: 02 set. 2021.

NUCLEAR THREAT INITIATIVE – NTI; JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. **GHS Index**: Global Health Security Index: building collective action and accountability. [S. l.]: [s. n.], 2019.

OLIVEIRA E CRUZ, Débora Medeiros de; CARVALHO, Luciana Freire de; COSTA, Carolina Monteiro da; AGUILAR, Gislani Mateus Oliveira; SARACENI, Valéria; CRUZ, Oswaldo Gonçalves; DUROVNI, Betina; SORANZ, Daniel Ricardo; GARCIA, Márcio Henrique de Oliveira. Centro de operações de emergência na COVID-19: a experiência do município do Rio de Janeiro. **Rev. Panam. Salud Publica**, [s. l.], n. 46, p. 1-5, 2022.

PATIÑO-ESCARCINA, Jesús Enrique; MEDINA, Maria Guadalupe. Vigilância em saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da COVID-19: revisão documental. **Saúde Debate**, [s. l.], v. 46, n. esp. 1, p.119-130, mar. 2022.

PRADO, Nilia Maria de Brito Lima; ROSSI, Thais Regis Aranha; CHAVES, Sônia Cristina Lima; BARROS, Sandra Garrido de; MAGNO, Laio; SANTOS, Herbert Luan Pereira Campos dos; SANTOS, Adriano Maia dos. The international response of Primary Health Care to COVID-19: document analysis in selected countries. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 12, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7ws7tVbWLS7LYk559MBJfLL/?lang=en>. Acesso em: 22 maio 2022.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. 1. ed. São Paulo: Boitempo; 2020. p.36.

SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. **Dados**, [s. l.], v. 40, n. 3, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/Tg5ZpD4bVvfjFLg87yZB5gg/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

SHORE, Cris; WRIGHT, Susan. Conceptualising policy: technologies of governance and the politics of visibility. In: SHORE, Cris; WRIGHT, Susan; PERÒ, Davide (Eds.). **Policy worlds: Anthropology and the analysis of contemporary power**. [S. l.]: Berghahn Books, 2011. p. 1-26. 348 p.

SODRÉ, Francis. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **TES**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YtCRHxTywqWm4SChBHvqPBB/>. Acesso em: 22 maio 2021.

SOUSA, Maria Fátima de; MENDONÇA, Ana Valéria M. Pesquisa qualitativa em saúde: ensaio para tempos de pandemia. In: MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde**. Brasília: EcoS, 2021. v. 1. p. 17-30.

SOUSA, Maria Fátima de; PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; LELES, Fernando Antônio Gomes; ANDRADE, Natália Fernandes de; MARZOLA, Rogério Fagundes;

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 82-93, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QxjSrYYP6VmvMNCfZjQWWZC/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; TRAVASSOS, Cláudia. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. (Editorial). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 587-592, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8FcvjvqYGXdtH444qNJpp7Q/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: ROCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. 5. reimpr. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 65-86. 398 p.

SOUZA, Diego de Oliveira. A militarização do ministério da saúde no Brasil: passos rumo ao retrocesso em plena pandemia. **Rev. Uruguaia de Ciência Política**, v. 29, n. 2. 2020.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Bárbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health systems and health. **Milbank Quartely**, [s. l.], v. 83, n. 3, p. 457-502, fev. 2005.

TEIXEIRA, Maria Glória; MEDINA, Maria Guadalupe; COSTA, Maria da Conceição N.; BARRAL-NETO, Manoel; CARREIRO, Roberto; AQUINO, Rosana. Reorganização da Atenção Primária à Saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiol, Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/P9w3DZSdrQGHDbjDxGnQ8HM/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2021.

VIANA, Ana Luiza; BAPTISTA, Tatiana W. de Faria. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de. (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CEBES, 2008. p. 65-105.

WEBER, Max. **Le savant et le politique**. Paris: Plon, 1959.

WEBER, Max. A utilização dos tipos ideais em Sociologia. In: BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude. **A profissão de**

sociólogo: preliminares epistemológicas. Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 222-228.

WEBER, Max. **Économie et société**. Tradução: Julien Freund et al. Paris: Plon, 1971.

WORLD BANK. **Governance and Development**. Washington: World Bank, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19)**. [S. l.], 2020.

APÉNDICE

APÊNDICE A – CÓDIGOS E REFERÊNCIAS (LINKS) DAS FONTES (SITES) UTILIZADOS(AS) NO ARTIGO 1

AGB1

VERDÉLIO, A. Bolsonaro diz que governo federal não comprará vacina CoronaVac. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-10/bolsonaro-diz-que-governo-federal-nao-comprara-vacina-coronavac>> Acesso em: 30 nov. 2021.

AGB2

RICHTER, A. Estados e municípios podem comprar vacinas contra covid-19, decide STF. **Agência Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2021-02/estados-e-municipios-podem-comprar-vacinas-contra-covid-19-decide-stf>> . Acesso em: 05 dez. 2021.

AGS1

O CAMINHO da CPI da Pandemia: da instalação ao relatório final. **Agência Senado**, 2021. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/10/o-caminho-da-cpi-da-pandemia-da-instalacao-ao-relatorio-final>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

ASC1

FLEURY, S. O golpe na Saúde. **Portal ABRASCO**, 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/o-golpe-na-saude-artigo-de-sonia-fleury/49344/>>. Acesso em: 25 set. 2021.

BBC1

BARRUCHO, L. Cloroquina 'une' Bolsonaro e Maduro em meio à pandemia de coronavírus. **BBC News Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52675419>> Acesso em: 01 dez. 2021.

BBC2

CPI da Covid: executivo da Pfizer confirma que governo Bolsonaro ignorou ofertas de 70 milhões de doses de vacinas. **BBC**, 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57104347>> Acesso em: 25 nov. 2021.

CDD1

TRINDADE, M. Falta de oxigênio causa 19 mortes em uma só noite em Manaus. Presidentes da CDHM e do CNDH cobram providências. **Portal da Câmara dos Deputados**, 2021. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/falta-de-oxigenio-causa-19-mortes-em-uma-so-noite-em-manaus-presidentes-da-cdhm-e-do-cndh-cobram-providencias>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

CJU1

EM DEZEMBRO, STF decidiu que vacinação obrigatória é constitucional. **Consultor Jurídico**, 2021. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2021-jan-01/dezembro-stf-decidiu-vacinacao-obrigatoria-constitucional>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CNN1

BAIÃO, B. Relatório da CGU aponta desperdício de dinheiro no Ministério da Saúde. **CNN Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/relatorio-da-cgu-aponta-desperdicio-de-dinheiro-no-ministerio-da-saude/>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

CNN2

PEIXOTO, S. Deputados bolsonaristas comemoraram queda de lockdown em Manaus no fim do ano. **CNN Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/deputados-bolsonaristas-comemoraram-queda-de-lockdown-em-manaus-no-fim-do-ano/>>. Acesso em: 04 nov. 2021.

CNN3

FERRARI, M. Ludhmila Hajjar diz ter sofrido ameaças de morte após convite para Ministério. **CNN Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/ludhmila-hajjar-diz-ter-sofrido-ameacas-de-morte-apos-convite-para-ministerio/>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

CNN4

GADELHA, I. Bolsonaro dá posse a Queiroga na Saúde em cerimônia discreta no Planalto. **CNN Brasil**, 2021a. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/politica/bolsonaro-da-posse-a-queiroga-em-cerimonia-discreta/>>. Acesso em: 05 out. 2021.

CNN5

BRIDI, C.; GURGEL, B.; GALZO, W. 'Política é do governo Bolsonaro, ministro executa', diz Queiroga em Brasília. **CNN Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/queiroga-diz-que-politica-e-do-governo-bolsonaro-ministro-executa/>>. Acesso em: 03 dez. 2021.

CNN6

GADELHA, I. Lockdown não pode ser política de governo, diz novo ministro da Saúde à CNN. **CNN Brasil**, 2021b. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/lockdown-nao-pode-ser-politica-de-governo-diz-novo-ministro-da-saude-a-cnn/>>. Acesso em: 27 nov. 2021.

COB1

CARDIM, M. E. Teich diz que decisão sobre serviço essencial não é do Ministério da Saúde. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/05/11/interna-brasil,853710/teich-diz-que-decisao-sobre-servico-essencial-nao-e-do-ministerio-da-s.shtml>>. Acesso em: 02 set. 2021.

COB2

NUNES, V. “Bolsonaro surtou de vez”, dizem técnicos do Ministério da Saúde. **Correio Braziliense**, 2020a. Disponível em: <<https://blogs.correio braziliense.com.br/vicente/bolsonaro-surtou-de-vez-dizem-tecnicos-do-ministerio-da-saude/?fbclid=IwAR0Sn2xwQVfj90wZOItMIG7EqGNgx5NgtTT0k7vazNStOhJGp6bjVPj7TE>>. Acesso em: 06 set. 2021.

COB3

NUNES, V. Militares baixam linha dura no Ministério da Saúde e avisam que vão vasculhar redes sociais de servidores. **Correio Braziliense**, 2020b. Disponível em: <<https://blogs.correio braziliense.com.br/vicente/militares-baixam-linha-dura-no-ministerio-da-saude-e-avisam-que-vao-vasculhar-redes-sociais-de-servidores/>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

COB4

LIMA, B.; CARDIM, M. E. Servidores do Ministério da Saúde estão sob a Lei de Segurança Nacional. **Correio Braziliense**, 2020. Disponível em: <<https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/06/18/interna-brasil,864712/servidores-do-ministerio-da-saude-estao-sob-a-lei-de-seguranca-nacional.shtml>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

COB5

SOUZA, R. Servidores do Ministério da Saúde testam positivo para coronavírus. **Correio Braziliense**, 2020b. Disponível em: <<https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/07/01/interna-brasil,868466/servidores-do-ministerio-da-saude-testam-positivo-para-coronavirus.shtml>>. Acesso em: 05 nov. 2021.

COB6

SOARES, I. Bolsonaro cogita romper com OMS: "Ou trabalha sem ideologia ou caímos fora". **Correio Braziliense**, 2020. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/05/interna_politica,861491/bolsonaro-cogita-romper-com-oms-ou-trabalha-sem-ideologia-ou-caimos.shtml> Acesso em: 05 out. 2021.

COB7

TEÓFILO, S. Governo assume que sabia desde o dia 8 da crise do oxigênio em Manaus. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/01/4901076-governo-assumiu-que-sabia-desde-o-dia-8-da-crise-do-oxigenio-em-manaus.html>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

COB8

MEDEIROS, I. Ludhmila diz que recusou cargo na Saúde porque trabalha com base na ciência. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/03/4911995-ludhmila-diz-que-recusou-cargo-na-saude-porque-trabalha-com-base-na-ciencia.html>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

COB9

TEÓFILO, S.; LIMA, B.; CARDIM, M. Ministro da Saúde define equipe e anuncia criação de secretaria para covid-19. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/03/4913839-ministro-da-saude-define-equipe-e-anuncia-criacao-de-secretaria-para-covid-19.html>> Acesso em: 13 nov. 2021.

COB10

SOARES, I. Bolsonaro diz que Queiroga assinará parecer para “desobrigar o uso de máscara por vacinados”. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/06/amp/4930411-bolsonaro-diz-que-queiroga-fara-parecer-para-desobrigar-uso-de-mascara-por-vacinados.html?__twitter_impression=true>. Acesso em: 08 dez. 2021.

COB11

SOUZA, R. Pedido para desobrigar uso de máscaras gera crise entre Queiroga e Bolsonaro. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/06/4932368-pedido-para-desobrigar-uso-de-mascaras-gera-crise-entre-queiroga-e-bolsonaro.html>> Acesso em: 08 dez. 2021.

COB12

FERNANDES, A. Suspende vacinação de adolescentes foi decisão de Bolsonaro, diz Queiroga. **Correio Braziliense**, 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/09/4949950-suspender-vacinacao-de-adolescentes-foi-decisao-de-bolsonaro-diz-queiroga.html>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

COF1

PLANALTO impõe sigilo de cem anos a cartão de vacinação de Bolsonaro. **Congresso em foco**, 2021. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/area/governo/planalto-sigilo-cartao-vacinacao-bolsonaro/>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

DPE1

GOVERNO federal pede confisco das 6 milhões de doses da CoronaVac ao Butantan. **Diário de Pernambuco**, 2021. Disponível em: <<https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/brasil/2021/01/governo-federal-pede-confisco-das-6-mi-doses-da-coronavac-ao-butantan.html>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

ESP1

JANSEN, R. 'Atitude anticidência de Bolsonaro prejudica esforços de combate à pandemia'. **O Estado de São Paulo**, 2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,atitude-anticidencia-de-bolsonaro-prejudica-esforcos-de-combate-a-pandemia,70003261401>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

ESP2

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; MASSUDA, A.; GARRETT, D. Porque precisamos preparar o país para a vacinação contra a covid-19 antes mesmo de ter a vacina? **O Estado de São Paulo**, 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/por-que-precizamos-preparar-o-pais-para-a-vacinacao-contracovid-19-antes-mesmo-de-ter-uma-vacina/?utm_source=estadao:whatsapp&utm_medium=link> Acesso em: 30 nov. 2021.

ESP3

VARGAS, M. Ministério da Saúde ignora protocolos para covid-19; pasta teve 3 mortes de funcionários este mês. **O Estado de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-ignora-protocolos-para-covid-pasta-teve-3-mortes-de-funcionarios-este-mes,70003660772>>. Acesso em: 05 dez. 2021.

ESP4

MINISTRO INTERINO da saúde recebe defensores de aplicação retal de ozônio para tratar COVID-19. **O Estado de São Paulo**, 2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-interino-da-saude-recebe-defensores-de-aplicacao-retal-de-ozonio-para-tratar-covid-19,70003388851>> Acesso em: 02 out. 2021.

ESP5

VARGAS, M. Cloroquina doada pelos Estados Unidos vira problema para os Estados. **O Estado de São Paulo**, 2020a. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cloroquina-doadavira-problema-para-os-estados,70003370535>>. Acesso em 20 out. 2021.

ESP6

CAMBRICOLI, F.; RESK, F. Ministério entrega kit incompleto e Brasil só atinge 20% da capacidade de testes. **O Estado de São Paulo**, 2020. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-entrega-kit-incompleto-e-brasil-so-atinge-20-da-capacidade-de-testes,70003361971>> Acesso em: 25 out. 2021.

ESP7

VARGAS, M. Ministério da Saúde tem 9,8 milhões de testes parados por falta de insumos. **O Estado de São Paulo**, 2020b. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-tem-9-8-milhoes-de-testes-parados-por-falta-de-insumos,70003380685>>. Acesso em: 30 out. 2021.

ESP8

VARGAS, M. Governo foi alertado desde maio sobre falta de medicamentos para UTI, mas priorizou cloroquina. **Estado de São Paulo**, 2020c. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-recebe-alertas-sobre-a-falta-de-medicamentos-desde-maio,70003374286>>. Acesso em 10 nov. 2021.

ESP9

RODRIGUES, E.; AFFONSO, J. Governo deixa vencer testes de covid, remédios e vacinas; estoque de R\$ 80 milhões será inutilizado. **O Estado de São Paulo**, 2021a. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-deixa-vencer-testes-de-covid-remedios-e-vacinas-estoque-de-r-80-milhoes-sera-inutilizado,70003853122?utm_source=estadao:twitter&utm_medium=link> . Acesso em: 01 dez. 2021.

ESP10

RODRIGUES, E.; AFFONSO, J. Médico nomeado para chefiar Programa Nacional de Imunizações é dispensado antes de assumir posto. **O Estado de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,medico-nomeado-para-chefiar-programa-nacional-de-imunizacoes-e-dispensado-antes-de-assumir-posto,70003883381>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

ESP11

SHALDERS, A. Ministério da saúde confirma compra só de metade dos 560 milhões de doses anunciadas. **O Estado de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-confirma-compra-so-de-metade-dos-560-milhoes-de-doses-anunciadas,70003704271>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

EXA1

ESTADÃO CONTEÚDO. Duplicidade, erros técnicos: falhas ameaçam dados de teste da covid-19. **Exame**, 2020. Disponível em: <<https://exame.com/brasil/falhas-em-sistemas-impedem-pais-de-saber-numero-real-de-testes/>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

EXT1

PARAGUASSU, L. Bolsonaro comemora suspensão de testes da CoronaVac pela Anvisa. **Extra**, 2020. Disponível em: <<https://extra.globo.com/noticias/mundo/bolsonaro-comemora-suspensao-de-testes-da-coronavac-pela-anvisa-rv1-1-24738102.html>> Acesso em: 20 nov. 2021.

FIM1

FOLHA. Epidemiologista revela que governo tentou obrigar cientistas a aprovar plano de vacinação só com AstraZeneca. **Folha Impacto**, 2021. Disponível em: <<https://www.folhaimpacto.com.br/noticia/9092/epidemiologista-revela-que-governo-tentou-obrigar-cientistas-a-aprovar-plano-de-vacinacao-so-com-astrazeneca>> Acesso em: 30 nov. 2021.

FSP1

MATTOSO, C. Coordenador do Ministério da Saúde diz que STF é ditador e tira máscara do rosto em atos pró Bolsonaro. **Folha de São Paulo**, 2020. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2020/06/coordenador-do-ministerio-da-saude-diz-que-stf-e-ditador-e-tira-mascara-do-rostho-em-atos-pro-bolsonaro.shtml?origin=folha>>. Acesso em: 03 dez. 2021.

FSP2

FABRINI, F.; CANCIAN, N. Saúde quintuplica distribuição de cloroquina no SUS e tenta desovar estoque recebido dos EUA. **Folha de São Paulo**, 2020. Disponível em:

<<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/saude-quintuplica-distribuicao-de-cloroquina-no-sus-e-tenta-desovar-estoque-recebido-dos-eua.shtml>>. Acesso em: 15 out. 2021.

FSP3

SASSINE, V. Governo Bolsonaro ignorou alertas em série sobre falta de oxigênio em Manaus. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/01/governo-bolsonaro-ignorou-alertas-em-serie-sobre-falta-de-oxigenio-em-manaus.shtml>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

FSP4

CANCIAN, N. Falas de Bolsonaro prejudicam programa de vacinação contra Covid, diz coordenadora que pediu demissão. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/07/falas-de-bolsonaro-prejudicam-programa-de-vacinacao-contracovid-diz-coordenadora-que-pediu-demissao.shtml>> . Acesso em: 01 dez. 2021.

FSP5

SEABRA, C. 'Currículo do cara é muito bom', diz Mandetta sobre ter nomeado acusado de ofertar propina de US\$ 1 por dose. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/06/curriculo-do-cara-e-muito-bom-diz-mandetta-sobre-ter-nomeado-acusado-de-ofertar-propina-de-us-1-por-dose.shtml>> Acesso em: 03 dez. 2021.

FSP6

MATTOSO, C. MINISTÉRIO DA SAÚDE faz confusão com voos, deixa autoridades esperando nos aeroportos e atrasa vacinação nos estados. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2021/01/ministerio-da-saude-faz-confusao-com-voos-deixa-autoridades-esperando-nos-aeroportos-e-atrasa-vacinacao-nos-estados.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FSP7

GAMBA, E.; RIGHETTI, S. Registros indicam que milhares no Brasil tomaram vacina vencida contra Covid; veja se você é um deles. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/07/milhares-no-brasil-tomaram-vacina-vencida-contracovid-veja-se-voce-e-um-deles.shtml>> . Acesso em: 03 dez. 2021.

FSP8

RENAN pede indiciamento de 72 por 24 crimes em novo relatório da CPI da Covid; veja lista. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/10/renan-pede-indiciamento-de-72-por-24-crimes-em-novo-relatorio-da-cpi-da-covid-veja-lista.shtml>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

G11

MAZUI, G. Mandetta anuncia em rede social que foi demitido por Bolsonaro do Ministério da Saúde. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/16/mandetta-anuncia-em-rede-social-que-foi-demitido-do-ministerio-da-saude.ghtml>> . Acesso em: 20 nov. 2021.

G12

FALCÃO, M.; VIVAS, F. Supremo decide que estados e municípios têm poder para definir regras sobre isolamento. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/15/maioria-do-supremo-vota-a-favor-de-que-estados-e-municipios-editem-normas-sobre-isolamento.ghtml>>. Acesso em: 20 out. 2021.

G13

EMPRESÁRIO Carlos Wizard afirma que não vai mais colaborar com o Ministério da Saúde. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/07/empresario-carlos-wizard-afirma-que-nao-vai-mais-colaborar-com-ministerio-da-saude.ghtml>>. Acesso em: 09 set. 2021.

G14

GOMES, P. H.; CASTILHO, R. SUS: Bolsonaro revoga decreto sobre privatização de unidades básicas de saúde. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/28/bolsonaro-anuncia-revogacao-de-decreto-sobre-privatizacao-de-postos-de-saude-do-sus.ghtml>>. Acesso em: 20 set. 2021.

G15

RODRIGUES, M. Após reduzir boletim diário, governo Bolsonaro retira dados acumulados da Covid-19 do site. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/06/apos-reduzir-boletim-governo-bolsonaro-retira-dados-acumulados-da-covid-19-de-site-oficial.ghtml>> . Acesso em: 17 set. 2020.

G16

MINISTRO DA Saúde, Eduardo Pazuello, é internado em Brasília após exames. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/30/ministro-da-saude-eduardo-pazuello-e-internado-em-brasilia-apos-exames.ghtml>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

G17

KRÄHENBÜHL, R.; DANTAS, C.; VIDIGAL, L. Trump diz que continuará enviando hidroxicloroquina ao Brasil mesmo após EUA vetarem uso emergencial do medicamento. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/15/trump-diz-que-continuara-enviando-hidroxicloroquina-ao-brasil-mesmo-apos-eua-vetarem-uso-emergencial-do-medicamento.ghtml>>. Acesso em: 10 out. 2021.

G18

LIS, L.; RODRIGUES, P. TCU aprova relatório que aponta falta de 'diretrizes' do governo no combate ao coronavírus. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/24/tcu-aprova-relatorio-que-aponta-falta-de-diretrizes-do-governo-no-combate-ao-coronavirus.ghtml>> Acesso em: 20 out. 2021.

G19

LEVANTAMENTO do CNS aponta R\$ 5,6 bilhões para combate à pandemia ainda não utilizados no orçamento do Ministério da Saúde. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/11/27/levantamento-do-cns-aponta-r-56-bilhoes-para-combate-a-pandemia-ainda-nao-utilizados-no-orcamento-do-ministerio-da-saude.ghtml>> Acesso em: 22 out. 2021.

G110

SADI, A. Câmara cobra explicações sobre 6,8 milhões de testes da Covid que podem perder validade. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/blog/andrea-sadi/post/2020/11/23/camara-cobra-explicacoes-sobre-68-milhoes-de-testes-da-covid-que-podem-perder-validade.ghtml>> Acesso em: 30 out. 2021.

G111

MÉDICOS e familiares de pacientes descrevem colapso com falta de oxigênio em Manaus; leia relatos. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/14/pacientes-e-medicos-relatam-colapso-em-manaus-leia-relatos.ghtml>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

G112

FLOR, A. Crise no AM: Defensoria e MP afirmam que responsabilidade é do governo federal. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/blog/ana-flor/post/2021/01/14/crise-no-am-defensoria-e-mp-afirmam-que-responsabilidade-e-do-governo-federal.ghtml>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

G113

GOMES, P. H. Mais de um mês após anúncio, governo cria secretaria para discutir combate à Covid. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/05/10/mais-de-um-mes-apos-anuncio-governo-cria-de-secretaria-para-discutir-combate-a-covid.ghtml>> . Acesso em: 13 nov. 2021.

G114

PIMENTEL, T. 'Saio com a consciência e o coração tranquilos', diz médica de MG que deixou secretaria da Covid em menos de 10 dias. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2021/05/22/saio-com-a-consciencia-e-o-coracao-tranquilos-diz-medica-de-mg-que-deixou-secretaria-da-covid-em-menos-de-10-dias.ghtml>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

G115

H Aidar, D. Funcionários de hospitais denunciam a falta de sedativos para intubação de pacientes com Covid no RJ. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/05/22/funcionarios-de-hospitais-denunciam-a-falta-de-sedativos-para-intubacao-de-pacientes-com-covid-no-rj.ghtml>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

G116

ESTADOS e municípios alertam o governo para falta de medicamentos para intubação. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/03/18/estados-e-municipios-alertam-o-governo-para-falta-de-medicamentos-para-intubacao.ghtml>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

G117

QUEM estava na comitiva presidencial dos Estados Unidos. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/09/24/quem-estava-na-comitiva-presidencial-dos-estados-unidos.ghtml>> Acesso em: 04 dez. 2021.

G118

COVID-19: Governo entrega ao STF plano de imunização com previsão de 108 milhões de doses para grupos prioritários. **G1**, 2020. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/12/12/governo-entrega-ao-stf-plano-nacional-de-imunizacao-contra-a-covid-19.ghtml>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

G119

PROFISSIONAIS da saúde classificam plano de imunização contra a Covid-19 do governo federal como parcial e equivocado. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/12/15/profissionais-da-saude-classificam-plano-de-imunizacao-contra-a-covid-19-do-governo-federal-como-parcial-e-equivocada.ghtml>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

G120

PESQUISADORES que assessoraram Ministério da Saúde dizem não ter sido consultados antes de envio de plano de vacinação ao STF. **G1**, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/12/12/grupo-de-pesquisadores-diz-nao-ter-sido-consultado-sobre-plano-de-vacinacao-enviado-ao-stf.ghtml>> Acesso em: 29 nov. 2021.

G121

TAVARES, B. Diretor do Ministério da Saúde deu aval para reverendo negociar compra bilionária da vacina AstraZeneca. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/07/03/diretor-do-ministerio-da-saude-deu-aval-para-reverendo-negociar-compra-bilionaria-da-vacina-astrazeneca.ghtml>> Acesso em: 03 dez. 2021.

G122

DOMINGUETTI reafirma na CPI denúncia de propina na compra de vacina. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/07/01/dominguetti-reafirma-na-cpi-denuncia-de-propina-na-compra-de-vacina.ghtml>> Acesso em: 05 dez. 2021.

G123

'È MUITO cedo para dar uma resposta', diz porta-voz da Índia sobre exportação de vacinas ao Brasil e outros países. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2021/01/14/e-muito-cedo-para-dar-uma-resposta-diz-porta-voz-da-india-sobre-exportacao-de-vacinas-ao-brasil-e-outros-paises.ghtml>> Acesso em: 30 nov. 2021.

G124

FIGUEIREDO, F.; PACHECO, J. Ministério da Saúde admite que errou e trocou número de doses entre o Amazonas e o Amapá; situação será corrigida, diz pasta. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2021/02/24/ministerio-da-saude-admite-que>>

errou-e-trocou-numero-de-doses-entre-o-amazonas-e-o-amapa-situacao-sera-corrigida-diz-pasta.ghtml>. Acesso em: 30 nov. 2021.

G125

ORIENTAÇÃO durante a gestão Pazuello causou falta de vacinas para 2ª dose, diz atual ministro. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2021/05/02/orientacao-de-ministerio-durante-gestao-de-pazuello-causou-falta-de-vacinas-para-2a-dose-entenda-o-que-pode-acontecer.ghtml>> . Acesso em: 05 dez. 2021.

G126

GOMES, P.; SANT'ANA, J. Governo critica 'passaporte da vacina', mas exigirá quarentena de 5 dias para viajantes não vacinados. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/12/07/passaporte-da-vacina-ministros-anunciam-medidas-para-reabertura-de-fronteiras.ghtml>>. Acesso em: 10 dez. 2021.

G127

ALENCAR, B.; DANTAS, C. 'Melhor perder a vida do que a liberdade', diz Queiroga; veja análise de frases e medidas. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/noticia/2021/12/07/melhor-perder-a-vida-do-que-a-liberdade-diz-queiroga-veja-analise-de-frases-e-medidas-sobre-viajantes.ghtml>> . Acesso em: 10 dez. 2021.

G128

FALCÃO, M.; GARCIA, G. Barroso determina que Senado instale CPI da Pandemia. **G1**, 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/04/08/barroso-determina-que-senado-instale-cpi-da-pandemia.ghtml>>. Acesso em: 03 dez. 2021.

JDB1

LIPPELT, V. Exclusivo: Pazuello não tem especialização em Logística. **Jornal de Brasília**, 2021. Disponível em: <<https://jornaldebrasil.com.br/noticias/politica-e-poder/exclusivo-pazuello-nao-tem-especializacao-em-logistica/>>. Acesso em: 07 dez. 2021.

JUSP1

FALTA de insumos médicos básicos dificulta combate à pandemia nas UBS. **Jornal da USP**, 2020. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/falta-de-insumos-medicos-basicos-dificulta-combate-a-pandemia-nas-ubs/>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MTP1

SCHUQUEL, T. Bolsonaro cita tratamento com ozônio e faz piada homofóbica sobre COVID-19. **Metrópoles**, 2020. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/politica-brasil/bolsonaro-cita-tratamento-com-ozonio-e-faz-piada-homofobica-sobre-covid-19>>. Acesso em: 30 set. 2021.

MTP2

BORGES, R. Queiroga: infectologista comandará Secretaria de Enfrentamento à Covid. **Metrópoles**, 2021. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/politica-brasil/queiroga-infectologista-comandara-secretaria-de-enfrentamento-a-covid>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MTP3

NOBLAT, R. Bolsonaro manda demitir secretária de saúde e Queiroga obedece. **Metrópoles**, 2021. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/blog-do-noblat/ricardo-noblat/bolsonaro-manda-demitir-secretaria-de-saude-e-queiroga-obedece>>. Acesso em: 21 nov. 2021.

MTP4

KUHL, N. Cobrado por Bolsonaro, Queiroga diz que uso de máscaras acabará “em breve”. **Metrópoles**, 2021. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/cobrado-por-bolsonaro-queiroga-diz-que-uso-de-mascaras-acabara-em-breve>>. Acesso em: 08 dez. 2021.

MTP5

KUHL, N. Programa Nacional de Imunizações perde protagonismo. **Metrópoles**, 2020. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/referencia-mundial-programa-nacional-de-imunizacoes-perde-protagonismo>>. Acesso em: 04 nov. 2021.

NEX1

BERTONI, E. Os erros e acertos de Mandetta, em duas análises. **Nexo Jornal**, 2020. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/04/15/Os-erros-e-acertos-de-Mandetta-na-Saúde-em-duas-análises>>. Acesso em: 01 set. 2021.

NEX2

CRUZ, I. A cronologia da crise em Manaus que pôs Pazuello na berlinda. **Nexo Jornal**, 2021. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2021/03/14/A-cronologia-da-crise-em-Manaus-que-p%C3%B4s-Pazuello-na-berlinda>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

ODI1

ESTADÃO CONTEÚDO. Compra de seringas fracassa e Saúde garante menos de 3% do que precisa. **O Dia**, 2020. Disponível em: <<https://odia.ig.com.br/brasil/2020/12/6055050-compra-de-seringas-fracassa-e-saude-garante-menos-de-3--do-que-precisa.html>>. Acesso em: 16 nov, 2021.

OGL1

GUERRA, R. Bolsonaro defendeu uso de cloroquina em 23 discursos oficiais; leia as frases. **O Globo**, 2021. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/bolsonaro-defendeu-uso-de-cloroquina-em-23-discursos-oficiais-leia-as-frases-25025384>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

OGL2

AMADO, G.; MATSUI, N. Flávio Bolsonaro pressionou Mandetta para demitir equipe do ministério e colocar indicados seus, revela ex-ministro. **O Globo**, 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/epoca/guilherme-amado/flavio-bolsonaro-pressionou-mandetta-para-demitir-equipe-do-ministerio-colocar-indicados-seus-revela-ex-ministro-1-24659586?utm_source=Whatsapp&utm_medium=Social&utm_campaign=compartilhar>. Acesso em: 02 set. 2021.

OGL3

BOLSONARO diz que governo não comprará Coronavac mesmo se vacina for aprovada pela Anvisa. **O Globo**, 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/bolsonaro-diz-que-governo-nao-comprara-coronavac-mesmo-se-vacina-for-aprovada-pela-anvisa-1-24705798>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

OGL4

CARNEIRO, M. Médicos ameaçam deixar conselho do ministério da Saúde se Queiroga não se retratar. **O Globo**, 2021. Disponível em: <<https://blogs.oglobo.globo.com/malu-gaspar/post/medicos-ameacam-deixar-conselho-do-ministerio-da-saude-se-queiroga-nao-se-retratar.html>> Acesso em: 02 dez. 2021.

PBH1

PBH inicia aplicação de segunda dose de vacina em jovens de 17 a 12 anos. **Prefeitura de Belo Horizonte**, 2021. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-inicia-aplicacao-de-segunda-dose-de-vacina-em-jovens-de-17-12-anos>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

POD1

HOMERO, V. Ministério da Saúde faz reunião sem máscara em dia com mais mortes por covid. **Poder360**, 2021. Disponível em: <<https://www.poder360.com.br/governo/ministerio-da-saude-faz-reuniao-sem-mascara-em-dia-com-mais-mortes-por-covid/>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

POL1

SIQUEIRA, W. Relatório da CPI da Covid-19: entenda os principais pontos! **Politize**, 2021. Disponível em: <<https://www.politize.com.br/relatorio-cpi-covid/>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

REF1

FRAGÃO, L. “Gordo favorito” de Bolsonaro, Pazuello diz que todos os estados vão iniciar vacinação simultaneamente, sem especificar data. **Revista Fórum**, 2020. Disponível em: <<https://revistaforum.com.br/politica/gordo-favorito-de-bolsonaro-pazuello-diz-que-todos-os-estados-vaoiniciar-vacinacao-simultaneamente-sem-especificar-data/>>. acesso em: 02 dez. 2021.

REF2

TEODORO, P. Pfizer desmente Pazuello e diz não ter previsão de entrega de vacina contra Covid-19 ao Brasil. **Revista Fórum**, 2020. Disponível em: <<https://revistaforum.com.br/noticias/pfizer-desmente-pazuello-e-diz-nao-ter-previsao-de-entrega-de-vacina-contracovid-19-ao-brasil/?fbclid=IwAR1j9gMTWo0oySoJHcARIBROvKV8evCSjoCczqGTVF0SV7QSOidpCp7USsU>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

UOL1

VALENTE, R. Mandetta apoiou a PEC dos gastos, que retirou R\$ 22,5 bilhões da Saúde... **UOL**, 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/04/13/coronavirus-mandetta-pec-gastos-saude.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 02 dez. 2021.

UOL2

MICHELLE e Queiroga usam máscara em NY e destoam de comitiva de Bolsonaro... **UOL**, 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2021/09/21/michelle-e-queiroga-destoam-em-comitiva-de-bolsonaro-ao-usar-mascara-em-ny.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 11 dez. 2021.

UOL3

OYAMA, T. Governo aguarda início da vacinação contra covid-19 para demitir Pazuello... **UOL**, 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/thais->

oyama/2020/12/30/o-vexame-das-seringas-e-a-saida-do-general-que-errou-nao-so-por-obedecer.htm?cmpid=copiaecola> . Acesso em: 30 nov. 2021.

UOL4

MELLO, I. Governo Bolsonaro nomeia agente da Abin para negociar vacinas da covid-19... **UOL**, 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/12/22/governo-bolsonaro-nomeia-agente-da-abin-para-negociar-vacinas-contracovid.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

VEC1

MURAKAWA, F. Cúpula da Saúde pressiona até Abin a maquiagem de dados. **Valor Econômico**, 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/06/08/cupula-da-saude-pressiona-ate-abin-a-maquiagem-dados.ghtml>. Acesso em: 10 set. 2020.

VEC2

FERNANDES, A. Atraso na vacinação terá impacto na economia. **Valor Econômico**, 2020. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/12/30/atraso-na-vacinacao-tera-impacto-na-economia.ghtml>> Acesso em: 02 dez. 2021.

VEJ1

CAMPOS, J. P.; ZYLBERKAN, M. Entidades que apoiavam Mandetta dizem ter sido barradas em posse de Teich. **Veja**, 2020. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/brasil/entidades-de-secretarios-de-saude-dizem-ter-sido-barradas-em-posse/>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

VEJ2

ZYLBERKAN, M. Ministério da Saúde nomeia veterinário para programa de imunização. **Veja**, 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/ministerio-da-saude-nomeia-veterinario-para-programa-de-imunizacao/?utm_source=pushnews&utm_medium=pushnotification> Acesso em: 07 nov. 2021.

VEJ3

RANGEL, R. Pazuello: “pra que essa ansiedade, essa angústia?”. **Veja**, 2021. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/blog/ricardo-rangel/pazuello-pra-que-essa-ansiedade-essa-angustia/>>. Acesso em: 08 dez. 2021.

YNT1

FREIRE, M. Bolsonaro pede que população "arranje um jeito" de entrar em UTIs de hospitais para verificar leitos. **Yahoo Notícias**, 2020. Disponível em: <<https://br.noticias.yahoo.com/bolsonaro-pede-que-populacao-arranje-um-jeito-de-entrar-em-areas-de-uti-de-hospitais-para-verificar-leitos-234723612.html>>. Acesso em: 12 set. 2021.