

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)

O Financiamento do Sistema Único de Saúde durante a Pandemia de COVID-19
Limites e Desafios do Federalismo brasileiro

Aluna: Ana Luiza Wosgrau Padilha

Orientador: Professor Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes

São Paulo – SP

2021

Resumo

O presente relatório busca, a partir do campo da Administração Pública, apresentar os desafios e limites do federalismo fiscal brasileiro durante a pandemia de COVID-19. Sendo assim, alinhado com a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, a pesquisa busca elucidar situações para garantia dos ODS 3 “Assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todos, em todas as suas idades” e ODS 16: “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis”.

Busca-se compreender se o federalismo fiscal sobre o qual se estrutura o SUS falhou no enfrentamento da COVID-19. Entendendo a multidisciplinaridade da pesquisa, que integra de maneira transversal desde federalismo, saúde pública, finanças públicas até o papel do administrador público, sendo este último o fio condutor da pesquisa. Colocar o administrador público como diretriz, foi uma escolha pois é ele quem conecta os demais temas igualmente relevantes para os resultados apresentados. Por isso, a metodologia utilizada é, principalmente, uma análise documental, tendo como complementaridade a análise de dados quantitativos. Os resultados mostram que apesar da estrutura consolidada do SUS, dos esforços dos profissionais da saúde, burocratas e outros administradores públicos e políticos, a gestão da pandemia deixou a desejar e o Brasil se tornou o caso mal sucedido de gerenciamento da pandemia.

Palavras-chaves

Sistema Único de Saúde; Federalismo Fiscal; COVID-19; Administração Pública; Saúde Pública;

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo discutir a trajetória da coordenação federativa, sob perspectiva dos repasses realizados do governo federal para os governos subnacionais. Para isto, é importante ressaltar o referencial teórico amplo utilizado. Passando pelo entendimento da estrutura federativa recente no Brasil, financiamento público e a implementação de políticas públicas que são estruturadas sob a coordenação federativa do SUS. A partir do sobrevôo pelo referencial teórico, questões referentes ao Ministério da Saúde e a coordenação do governo federal que resultaram no enfraquecimento de instrumentos do SUS também serão apresentadas. Assim como a troca da coordenação federal e o impacto diante da ausência de um plano de contingenciamento, reabertura e vacinação bem estabelecidos pelo Ministério da Saúde tiveram consequências que tornaram o Brasil um exemplo mal sucedido de combate ao COVID-19.

A crise sanitária e política, mostram a movimentação cada vez mais distante do Ministério da Saúde como dirigente nacional do SUS, tendo como reflexo mais de 500.000 mil mortes no Brasil que é um dos países com um dos melhores e maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ainda que os profissionais de saúde e a burocracia já consolidada do sistema tenham sido essenciais para evitar números ainda mais alarmantes, busca-se compreender porque apesar disso, o Brasil se tornou o exemplo mal sucedido de combate ao coronavírus.

A pandemia causada pelo Sars-Cov-2 revolucionou muitos aspectos da vida de todo o mundo e, conseqüentemente, dos brasileiros. A pesquisa mostra-se relevante por entender, sob o ponto de vista da Administração Pública, o financiamento da pandemia nos diferentes níveis da federação. Mostrando não só do ponto de vista técnico, mas político a linha tênue que separa o político do burocrata no momento de crises sanitárias, por exemplo.

Para compreensão deste trabalho, apresenta-se um entendimento acerca do federalismo brasileiro, seus embates e desafios principalmente durante o governo federal sob coordenação de Jair Messias Bolsonaro (SEM PARTIDO). O referencial teórico será pormenorizado na seção seguinte, mas expõe textos sobre a Ciência da Administração Pública, a estruturação do Sistema Único de Saúde, o federalismo brasileiro e suas peculiaridades e o financiamento do SUS.

O objetivo do presente trabalho é, a partir da análise de regras institucionais de distribuição de recursos, financeiros do SUS, identificar os repasses realizados pelo Ministério da Saúde para os estados e municípios. A documentação e análise dos administradores públicos conduz e integra-se com a análise do federalismo fiscal brasileiro. Entendendo o nicho da

pesquisa, os objetivos específicos são: Através do entendimento das regras de coordenação e financiamento do SUS dentro da perspectiva federativa compreender como as mudanças na liderança do Ministério da Saúde e o federalismo fiscal bolsonarista dificultaram a coordenação interfederativa de recursos financeiros.

É importante ressaltar que no momento em que esta pesquisa foi iniciada, o Ministério da Saúde estava no início do comando de Eduardo Pazuello como ministro interino (julho de 2020). A conclusão da pesquisa, entretanto, não acompanhará o final da pandemia, que se estendeu no mundo todo, principalmente no Brasil. O recorte cronológico da pesquisa é de março de 2020 a março de 2021. Assuntos referentes a pandemia são revelados a cada dia, invariavelmente, esses acontecimentos posteriores ao intervalo cronológico posto estarão presente de modo direto ou indireto nesta pesquisa.

O presente texto estrutura-se da seguinte maneira. A primeira seção apresenta uma revisão bibliográfica, seguida de uma breve explicação metodológica. Os resultados são divididos em três partes principais: i) O SUS como consolidação do pacto federativo; ii) O Financiamento da Pandemia; e iii) O Administrador Público no financiamento da pandemia. Essas seções buscam contemplar os principais resultados da pesquisa a partir da estatística descritiva - que é composta, principalmente, pelos repasses de emendas, portarias e habilitações de leito. Por fim, a conclusão finaliza o relatório de pesquisa. Entretanto, é importante colocar que nenhum dos macrotemas expostos se esgotam nesta pesquisa dado à sua complexidade.

2. TEORIA

O processo de identificação do estudo proposto perpassa pela colaboração de diferentes temas, escolhidos a partir da compreensão, ainda que breve, das teorias e dos conceitos que os antecedem. Tendo como foco principal: federalismo, finanças públicas, saúde pública e administração pública. A revisão da bibliografia buscou contemplar o tema do trabalho da seguinte maneira:



[Elaboração própria]

Como mostra a imagem, o Administrador Público é o que conecta os demais pontos buscando organizar a forma como a teoria pode contribuir para a análise documental e quantitativa que apresenta o resultado no decorrer da pesquisa. Tendo Federalismo, Finanças Públicas e COVID-19 como macrotemas, a literatura colocada na intersecção também é relevante para o entendimento do tema com maior precisão.

Um sistema de saúde funcional é essencial para um país produzir saúde e proteger seus cidadãos das consequências financeiras de problemas de saúde de uma forma eficiente e equitativa.

O artigo “*The economy of health design system*” reconhece que é necessária uma abordagem interdisciplinar para lidar com a natureza complexa dos sistemas de saúde (Peter C.

Smith & Winnie Yip, 2016). Sendo assim, o estudo a partir da administração pública oferece uma possibilidade de compreensão multidisciplinar e coordenada.

As decisões de financiamento na saúde são fundamentais para a determinação do alcance do sistema de saúde (Peter C. Smith & Winnie Yip, 2016). O argumento principal do artigo expõe os fatores que restringem a otimização dos sistemas de saúde. Tendo em vista essas restrições e a complexidade do processo produtivo do setor de saúde, são necessárias políticas que convergem do ponto de vista de organização e financiamento.

“(...) the health sector suffers from numerous sources of market failure that violate many basic assumptions inherent in traditional economic models (...) These market failures mean major policy interven.” (Peter C. Smith & Winnie Yip, 2016).

O potencial e o desempenho dos sistemas de saúde em todo o mundo e as vantagens e desvantagens do público e financiamento privado da saúde, é objeto de estudo do artigo *“Design a World Class Health Care System”*, após uma análise de dados e indicadores de saúde, finaliza com alguns princípios. Sendo um dos princípios a administração governamental como uma base importante (Howard J. Bolnick, 2013).

Os sistemas de saúde devem realizar uma série de funções projetadas para medir objetivos. Para funcionar de forma eficaz, um sistema de saúde deve executar algumas funções de alto nível. Contudo, para prestar serviços, um sistema de saúde deve primeiro ser eficaz na criação de recursos por meio de investimento e treinamento. Fundos para recursos, criação e prestação de serviços são essenciais, portanto, os sistemas de saúde também devem providenciar financiamento. Os fundos devem ser coletados, agrupados e usados para comprar o necessário bens e serviços.

Antes de levar em consideração o financiamento, mas também o acesso da população aos serviços de saúde. Uma reflexão relevante é sobre o endividamento público. Considerando o Brasil e o mundo, estamos em um cenário de baixo crescimento e alto endividamento. Temos gastos em saúde que relativamente parecem ser altos. O gasto absoluto é fundamental, nesses termos o Brasil tem um gasto inferior a outros países desenvolvidos.

Os aspectos organizacionais de um sistema de saúde são muitas vezes o resultado de acontecimentos históricos, como é o caso do SUS e seu financiamento. O desenho político-institucional do Sistema Único de Saúde é como a celebração do pacto federativo da Constituição de 1988.

Os princípios do Sistema Único de Saúde são: universalidade, integralidade e equidade. Sendo assim acesso universal ao sistema de saúde, como acesso garantido pela CF para todas as pessoas, independente de classe, raça, gênero e orientação sexual. A assistência integral à saúde é referente ao atendimento das necessidades dos indivíduos de modo ampliado, atender todos os aspectos do indivíduo, focando na prevenção e sem interferir no acesso aos outros serviços de assistência é um eixo da construção do SUS. A integralidade busca uma assistência centrada no indivíduo.

Para dar cobertura ao atendimento, entende-se que o sistema deve cobrir toda a população. O SUS é estruturado em ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e financiadas pelo poder público. O SUS é, além de um marco histórico e marca conhecida por brasileiros e brasileiras, um sistema de financiamento público de processos e projetos administrados direta e indiretamente, de maneira centralizada ou descentralizada. Na cartilha do SUS a cobertura está definida como: “Acesso e atendimento de saúde assegurado a uma determinada população”. O conceito entende que o cidadão não precisa usar o serviço, embora este esteja pronto para recebê-lo.”

“O SUS construiu entre 1988 e 1993, uma complexa estrutura institucional para tomada de decisão, a qual deve viabilizar a realização dos objetivos da política de saúde, bem como respostas aos novos desafios próprios à sua implementação” (ARRETCHE, Marta, 2003).

O marco inaugural da saúde brasileira contemporânea é a Constituição Federal de 1988 que tratou de maneira extensiva, e em nível legal máximo, a saúde pública como direito universal e gratuito. Foram as leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, no entanto, que assentaram, em nível infraconstitucional, o sistema. A Lei 8142/1990 instituiu as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo inserindo uma dinâmica de autogestão e participação social inéditas na saúde pública brasileira. Além disso, definiu a alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde e o repasse, de forma regular e automática, para Municípios, Estados e Distrito Federal.

O SUS é estruturado em ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e financiadas pelo poder público. A iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar. O SUS é, além de um marco histórico e marca conhecida por brasileiros e brasileiras, um sistema de financiamento público de processos e projetos administrados direta e indiretamente, de maneira centralizada ou descentralizada.

O modelo de distribuição de funções varia de acordo com os países que possuem sistemas federativos. No Brasil, a NOB/93 (Norma Operacional Básica) institucionalizou a participação dos demais entes da federação, buscando a descentralização. Após essa Norma Operacional Básica, foram consolidadas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartites, logo, isso levou a possibilidade do governo federal e os estaduais delimitarem regras de funcionamento do SUS. (ARRETCHE, Marta, 2003).

A literatura registra dois modelos de federalismo: o competitivo e o cooperativo. Apesar de ambos os modelos, há um cenário mais dinâmico do que essas classificações na prática do *policy-making*. O competitivo tem como característica a divisão de responsabilidades entre os entes, sendo assim um modelo descentralizado. Há, entretanto, um ponto de atenção com relação ao modelo competitivo, que é a possibilidade de competição entre os estados, que pode ser colocado como *race to the bottom*. (Franzese, Cibele e Abrucio, 2013)

“Isto se traduz em uma estratégia governamental dos estados de realização de menos investimento nas áreas sociais, para que não sejam atraídos novos beneficiários provenientes de outras unidades federativas. Nesse caso, os governos com maior atenção para o Welfare seriam vítimas do fenômeno do *free rider*, gerando mais custos para as políticas

públicas com a possível (e paradoxal) perda dos seus eleitores. Já no padrão cooperativo, as instituições políticas incentivam os atores territoriais a colaborarem, dividindo os poderes entre eles funcionalmente e prevendo tarefas a serem executadas conjuntamente”. (Franzese, Cibele e Abrucio, 2013)

A descoordenação do governo federal no enfrentamento da pandemia dificultou a coordenação, enfrentamento e sucesso do SUS no combate à COVID-19. O combate à pandemia tem influência de diversos atores, entre eles a interligação dos atores políticos e o funcionamento das políticas. O federalismo bolsonarista apresenta características desde antes da pandemia, porém como é colocada pelos autores do texto “Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental”, a combinação da lógica federativa compartimentalizada e confrontadora foi evidenciada pela pandemia. (Abrucio, Grin, Franzese, Segatto, Couto, 2020)

“O federalismo cooperativo, central na CF-88, também foi atingido pela visão bolsonarista com o slogan “Mais Brasil, Menos Brasília”. Aparentemente vinculado à transferência de poder a quem o deve ter de direito, esse bordão alicerça uma visão de Estado que combina ultraliberalismo econômico com antiliberalismo político. O primeiro propõe redução drástica da intervenção governamental, secundarizando até mesmo a desigualdade; o segundo busca debilitar controles institucionais em nome de um presidencialismo imperial, aliado a uma postura schmittiana da política, que considera opositores inimigos a serem destruídos (Schmitt, 1992)” (Abrucio, Grin, Franzese, Segatto, Couto, 2020)

Ainda que o Brasil possua arranjos federativos e o SUS seja consolidado. A troca das gestões do Ministério da Saúde, bem como a atuação de outros administradores públicos influenciaram na pandemia. No início da pandemia, governadores e prefeitos afirmaram que recursos não chegavam, algo anormal para o SUS, considerando a longa trajetória de funcionamento da transferência fundo a fundo (Bertoni, 2020).

3. MÉTODOS

A abordagem metodológica foi um instrumento essencial para atender o objetivo definido pelo estudo. De modo geral, utilizou-se o método misto, ou seja, foram realizadas análises dos dados - quantitativa - e, principalmente, análise documental. A organização temporal do tempo e espaço da pesquisa é importante para compreensão da escolha da metodologia. A pesquisa foi iniciada e finalizada durante a pandemia do coronavírus e, sendo assim, de modo 100% virtual.

A presente pesquisa utilizou como diretriz principal a análise documental. Tendo em vista o momento dinâmico do ponto de vista social, econômico e, principalmente político. Ainda, com o prolongamento da crise de gestão da saúde e a sobrecarga entre todos os agentes públicos - desde administradores públicos, políticos e profissionais da saúde - a escolha pelas entrevistas sofreu alterações, não sendo uma possibilidade para contribuição com os resultados da presente pesquisa. Não só o momento caótico na maioria dos municípios dificultou a possibilidade de entrevistas, como também o andamento da CPI de covid-19 no Senado Federal, na fase final da pesquisa, teve como consequência uma alteração com relação a escolha por realizar entrevistas

É importante ressaltar que no primeiro semestre de definição do trabalho, foi necessário a compreensão do tema da pesquisa de modo mais crítico, bem como a definição dos objetivos específicos e gerais. O guia principal para análise dos resultados é o referencial teórico.

A metodologia consistiu, num primeiro momento, em uma revisão bibliográfica sobre o tema, focando também no grande fluxo de pesquisas e materiais disponibilizados no decorrer em que a pesquisa foi realizada. Em seguida, a referência analítica, foi pautada na avaliação dos arranjos institucionais que compõem o pacto federativo brasileiro. Somando a isso, a análise de dados possibilitaram uma complementaridade teórica e quantitativa.

A base de dados utilizada é composta pelos principais repasses realizados do governo federal e os subnacionais durante o início da pandemia e março de 2021. A base de dados conta com o valor transferido por forma de distribuição para estados e municípios em 2020 e 2021. Tendo o valor das seguintes modalidades de repasses: Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério, Aquisi o de equipamentos e materiais permanentes, Aquisi o de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizadas no âmbito da saúde mental, Autoriza o leitos UTI Adulto e Pediátrico COVID, Centro Comunitários de Referência, Centro Comunitários de Referência e Centro de Atendimento, Centros de Atendimento para Enfrentamento da COVID-19, Desenvolvimento de a es na Rede de

Atenção Psicossocial, EMENDA, EMENDA Incremento MAC, EMENDA Incremento PAB, Estrutura e adequação de ambientes de Assistência Odontológica na APS e AES, Estruturação de unidades de Rede de Frio do PNI, Execução das ações de imunização e vigilância em saúde, Fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, Fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO), Habilita leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, Habilitação Leito UTI COVID-19, Habilitação Leito UTI COVID-19, Habilitação Leito UTI COVID-19 HPP, Incentivo atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da AB, Incentivo execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19, Incentivo para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à emergência de Covid-19, Incentivo para o fortalecimento dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO), no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19, Portaria 3896 - atender demandas em decorrência do covid-19, Portaria 480 - custeio das ações de saúde relacionadas ao enfrentamento da circulação do “Covid-19” - distribuição per capita, Portaria 774 Repasses março APS e teto MAC, Portaria 827 - Complementação de valor sessão hemodiálise em paciente com suspeita ou confirmação de covid-19, Preparação sistema educacional retorno alunos, Portaria 430 - Saúde na Hora - horário Estendido UBS, Portaria 395 - Repasse per capita, Portarias 1392 e 1448 - auxílio financeiro emergencial às santas casas e aos hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sem Informação.

Assim que cada um desses valores foi contabilizado por dias e caracterizado se seria estadual ou municipal, foi criada uma tabela dinâmica que separa por gestão: Luiz Henrique Mandetta (período), Nelson Teich (período) e Eduardo Pazuello (período). Caracterizando os repasses para cada uma das gestões por mês, já que alguns permaneceram por mais tempo enquanto Ministro da Saúde. Após uma análise focalizada no conteúdo das portarias, emendas e habilitação de leitos covid-19, pretende-se mostrar como apesar dos repasses com valores consideráveis, algumas vezes, chegaram após o momento de pico da casos e sem uma e sem uma coordenação efetiva do Ministério da Saúde para fazer o melhor uso e aplicação desse dinheiro em todo o território nacional.

4. RESULTADOS

4.1 O Sistema Único de Saúde como consolidação do pacto federativo brasileiro

As ações governamentais pela saúde pública brasileira iniciam-se no século XIX, com a Constituição de 1891, que atribuía aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde, saneamento e educação, isentando assim, a União dessa responsabilidade. Durante o governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde, que reorganizou os serviços realizados pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), os quais haviam sido criados anteriormente com a missão de implementar campanhas contra doenças transmissíveis, principalmente hanseníase e malária.

Um marco histórico para a saúde brasileira foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e estruturada em três eixos – saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde. No ano seguinte, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como tentativa de acomodação institucional de algumas ideias centrais da proposta da reforma sanitária, entre elas a universalização do acesso e a descentralização da execução.

Frente à breve recapitulação histórica sanitária brasileira, o marco inaugural contemporâneo é a Constituição Federal de 1988 que tratou de maneira extensiva, e em nível legal máximo, a saúde pública como direito universal e gratuito. Foram as leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, no entanto, que assentaram, em nível infraconstitucional, o sistema. Esta lei define que os entes federados exercerão algumas atribuições como: i) elaboração e atualização periódica do plano de saúde; ii) elaboração da proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o plano de saúde; e, além disso, devem promover a articulação da política e dos planos de saúde (A Gestão do SUS - CONASS). Ainda, está regulamentado que o processo de planejamento e orçamento do sistema é ascendente, tendo como assistência os órgãos deliberativos que auxiliam nas necessidades das políticas de saúde. As normas constitucionais e infraconstitucionais do SUS e a prática cotidiana dessas normas, transformadas em regulamentos infralegais como decretos, portarias, mostra a pluralidade da composição desse sistema e que ao longo do tempo essas incrementações buscam aprimorar o sistema.

A Lei 8142/1990 instituiu as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo inserindo uma dinâmica de autogestão e participação social inéditas na saúde pública brasileira. Além disso, definiu a alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde e o repasse, de forma regular e automática, para Municípios, Estados e Distrito Federal.

O processo de descentralização da saúde no Brasil envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal. O modelo institucional do SUS foi concebido com os entes federados mantendo uma relação de cooperação entre si, mediada pelos colegiados de gestão: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiados de Gestão Regional (CGR). O SUS foi implementado por Normas Operacionais Básicas (NOBs), pactuadas entre os gestores e editadas por meio de portarias do Ministério da Saúde, após aprovação no Conselho Nacional de Saúde. Institucionalizaram-se as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), constituídas por representantes dos gestores do SUS. O Congresso Nacional de Saúde (CONAS) é um organismo da direção do SUS que representa politicamente os interesses comuns das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal perante as demais esferas de governo e demais parceiros e o Conselho dos Secretarias Municipais de Saúde - das secretarias municipais.

Os Conselhos de Saúde tem caráter permanente e deliberativo e estão instalados em todos os estados do Brasil e na totalidade dos municípios e garantem a participação social na Saúde. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído pela lei 8.142, de 1990 como instrumento de controle social. Em 1937 foi criado um Conselho Nacional de Saúde que tinha como principal função assessorar o então Ministério da Saúde. Esse Conselho era formado por especialistas em saúde pública, o CNS que hoje está presente em estados e municípios brasileiros é formado por 32 conselheiros representantes de entidades e instituições dos segmentos governo, prestadores de serviços privados de saúde, profissionais de saúde e usuários, congregando assim diversos segmentos da sociedade e possui caráter deliberativo, ou seja analisa e delibera sobre assuntos de saúde.

A complexidade de processos e organograma do SUS pode ser adequada à prestação continuada de atenção básica e especializada em um país continental e em desenvolvimento. Como o sistema se comporta - do ponto de vista de cooperação interfederativa - durante a pandemia da COVID-19?

Em 2015, o Brasil passava por um momento conturbado, com a tramitação de um processo de *impeachment*, o cenário político e econômico eram indefinidos. Em meio a isso, o país recebeu uma ameaça do Zika vírus, que apresentou uma rápida disseminação com consequências pouco conhecidas. O governo brasileiro, diante do desconhecido, fez inclusive declarações de emergência de saúde pública nacional e internacional, informando a Organização Mundial da Saúde (OMS). A epidemia do Zika vírus exigiu uma coordenação dos estados - principalmente nordestinos - e municípios. Foi iniciada estratégias de comunicação

através da Assessoria de Comunicação (Ascom) do ministério da saúde, que buscavam levar a informação aos profissionais de imprensa, de modo que houvesse um alinhamento. Ainda, outros ministérios também tiveram um papel importante no combate ao mosquito transmissor, como o da Educação, Integração e do Desenvolvimento Social, destaque em “Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS”.

Ainda, a cartilha ressalta a situação do subfinanciamento da saúde, que implicava no agravamento, na época a Emenda Constitucional 95, conhecida como a PEC do Teto dos Gastos, que congela o gasto público em saúde e educação, ainda não estava em vigor no país.

“A resposta do Ministério da Saúde também se deu de forma bastante rápida, oferecendo apoio técnico às SES e às secretarias municipais, com o envio imediato de Equipe de Resposta Rápida às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (EpiSUS).” (“Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS”, Ministério da Saúde, 2017)

A pandemia do Zika Vírus teve um impacto menor que o coronavírus, entretanto foi um desafio que exigiu a coordenação do Sistema Único de Saúde. Os números da covid-19 no Brasil são dramáticos, em junho de 2021 alcançamos a marca de 500.000 vidas perdidas. Ainda, o Brasil em setembro de 2020 já representava mais de 10% dos mortos por coronavírus no mundo¹.

O desenho político institucional do federalismo foi uma peça chave para levar o espírito da constituição adiante: ampliar a cidadania, combater a desigualdade e ampliar políticas sociais. A desordem federativa da gestão atual do governo federal é anterior a pandemia da covid-19. O impasse federativo não só se agravou, como também tornou mais explícitas as opções do presidente Jair Messias Bolsonaro.

Primeiro, o federalismo bolsonarista, tem relação com uma ideia do papel da economia no papel do Estado, um modelo de estado mínimo, o qual se aproxima do modelo de Trump. Isto é, do ponto de vista do federalismo e afetando o desenho constitucional de combate “Mais Brasil, Menos Brasília”, passando quase todas as obrigações e responsabilidades aos estados e

¹ https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/09/29/interna_nacional,1189946/brasil-representa-mais-de-14-do-numero-de-mortes-no-mundo-por-covid.shtml

municípios, reduzindo o papel do governo federal. (Abrucio, Grin, Franzese, Segatto, Couto, 2020)

4.2 Financiamento da pandemia

As mudanças esperadas no quesito de saúde pública, orçamento público e financiamento da saúde foram amplamente debatidas desde o início da pandemia no Brasil. Do ponto de vista do financiamento pelo Ministério da Saúde (MS), o boletim do Conselho Nacional de Saúde da Comissão de Orçamento e Finanças demonstra uma lentidão da execução do orçamento que teve uma celeridade maior a partir de julho. Essa lentidão está relacionada, principalmente, a uma falta de planejamento de gastos. Em 2020, o MS possuía 64.166.912.498,00 bilhões de reais, sendo que quase 34,27% ainda deviam ser empenhados ainda no início de 2021 (quase 21 bilhões de reais), além de que, na época, também havia saldos a liquidar. O desempenho da execução orçamentária é menor em comparação aos recursos de transferência, o que demonstra um menor investimento do MS em adquirir testes e outros insumos necessários. Sendo assim, o Ministério da Saúde hoje possui quase uma quantidade considerável de recursos a serem liquidados.

O resultado dos gastos não previstos, de 2020 mostram um aumento no déficit público e da dívida pública. As regras na Constituição de como administrar finanças públicas, dizem que o Estado não pode se endividar se não for para pagar despesas de capital (investimentos/Estado construindo novas obras ou comprando material permanente; Estado mobilizando a capacidade produtiva do mercado). A revisão no teto de gastos segue esse fio condutor, uma vez que o limite de investimento atual não cobre a manutenção do patrimônio.

Na prática, durante a situação de calamidade na saúde pública, o governo fica dispensado de demonstrar a adequação e a compensação orçamentária quando houver gastos extras com programas públicos relacionados ao combate da covid-19. Ou seja, não vai precisar, por exemplo, apontar a fonte de recursos para cobrir as despesas, fazer estimativa de impactos financeiros e orçamentários ou compensar o gasto com aumento de receita ou com redução de despesa. (Fonte: Agência Senado).²

Em uma situação normal, quando há abertura de crédito adicional suplementar é alterada a Lei Orçamentária Anual (LOA). Essa alteração na lei, devido ao crédito suplementar, confirma a regra do conteúdo exclusivo do orçamento anual sem esvaziar a legalidade

² <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/14/supremo-confirma-que-lrf-nao-pode-restringir-combate-ao-coronavirus>

substantiva da legislação. Com as dotações impostas na LOA, é necessário onerar para empenhar. O empenho gera a obrigação do Estado realizar a despesa. Ou seja, a partir disso há uma fase de empenho, seguida da liquidação (entrega de bem/serviço) e, por fim pagamento realizado após a verificação da entrega, este processo serve para licitações, por exemplo. O ordenador de despesas é quem averigua a liquidação e o pagamento. A receita é variável uma vez que depende da arrecadação, ou seja, podem existir momentos em que não há receita suficiente para custear as despesas.

Tendo em vista uma provável retração do PIB, devido à crise econômica prévia, que foi agravada pelos impactos da COVID-19. Com a queda no PIB, o ano de 2021 se iniciou com uma atividade econômica inferior. O “orçamento de guerra”, aprovado no Congresso Nacional, como um segundo orçamento com relação ao anterior que seguia as regras da EC 95, e todos os condicionantes de austeridade fiscal, que visava diminuir o gasto público e o endividamento. Desde a EC 95, tinha-se um discurso de que era melhor reduzir gastos, ao invés de aumentar investimentos. Essa emenda faz uma espécie de ajuste de 15% da receita corrente líquida (impostos + aluguéis recebidos da União, produção de patrimônio, etc) que em 2017 - no início a emenda ampliou o piso da saúde da união para além do que foi previsto na Emenda 86, congelando o teto dos gastos.

Outro ponto relevante, é que a meta fiscal traçada no orçamento inicial, não será cumprida. A Lei de Responsabilidade Fiscal autoriza, através do inciso II do art 65, que o governo não cumpra a meta fiscal, em caso de atingimento dos resultados fiscais e limitação de empenho, em caso de reconhecimento de calamidade pública.

Os recursos foram repassados por meio de publicação de inúmeras portarias. Ainda existem portarias sendo publicadas com recursos extraordinários, algumas portarias que superam o limite geral de prestação de contas estabelecido pela Lei 141/2012. Especificando para os repasses do Ministério da Saúde às secretarias estaduais e municipais, pode-se identificar que o número de transferências federais celebradas últimos anos foram:

Ano	Transferências federais celebradas	Valor das transferências
2015	164	3,98G
2016	156	4,49G

2017	229	3,49G
2018	181	1,5G
2019	166	2,17G
2020	147	3,37G

[Elaboração própria]

Há muitos municípios e estados que são financiados pelo fundo de participação, esses fundos podem ser bloqueados como garantia do pagamento da dívida dos entes subnacionais com a União. Então, se o município não honra as dívidas com a União - lembrando que desde a LRF, as dívidas dos estados e municípios foram assumidas pela União, e extinguiu os bancos estaduais, sendo que o único ente que pode emitir dívida é a União. Como a União entra como credora dos estados e municípios, então os municípios e os estados precisam fazer o pagamento da dívida para a União. Isso revela porque a publicação de portarias que repassam recursos é tão relevante para o funcionamento integral do Sistema Único de Saúde.

Os municípios e os estados sofrem um constrangimento do ponto de vista do saldo dos recursos extraordinários que chegaram tardiamente, principalmente em 2020.

As modalidades de financiamento da saúde são inúmeras. De forma breve, o financiamento do SUS tem sua origem nos artigos 195 e 198 da Constituição Federal, que coloca a responsabilidade da União, estados, DF e municípios. Algumas emendas constitucionais estabeleceram o modelo de financiamento, como a EC 29/2000 que vincula a base de cálculo dos percentuais mínimos de recursos a serem aplicados. Ainda a LC 141/2012 regulamenta o artigo 98 da CF/1988 colocando o valor mínimo e normas de cálculo que consideram o montante a participar do financiamento anualmente, além dos valores que devem vir através da arrecadação de impostos, os critérios de recursos da União, e as normas de fiscalização, avaliação e controle. As emendas constitucionais 86 e 95 - a qual foi mais exposta aqui - também compõem o arcabouço do financiamento da saúde pública no Brasil.

De modo geral, o repasse dos recursos funciona através do Fundo Nacional de Saúde e as demais unidades orçamentárias. O caderno “A Gestão do SUS”³, do CONASS, exemplifica bem este processo que será destrinchado a seguir. Assim que os recursos são repassados ao FNS, serão aplicados nos serviços de saúde dos respectivos estados e municípios. O FNS é assegurado por lei e ligado à Administração direta. Pontuando a forma operacional

³ A Gestão do SUS, CONASS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>

pela qual são realizados esses repasses, elas são exclusivamente mediante cheque e nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível, ou modalidades autorizadas pelo Banco Central. São 2 blocos principais de financiamento, que contemplam ações e serviços públicos de saúde. Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nos seus blocos, respectivamente. Aqueles recursos referentes a componentes dos blocos de financiamento podem ser acrescidos por recursos específicos, para atender a situações emergenciais, em conformidade com o respectivo ato normativo, como aconteceu e acontece durante a pandemia de coronavírus.

Blocos de Financiamento	Ações e Serviços Públicos de Saúde
Bloco de Manutenção: recursos destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros	<ul style="list-style-type: none"> ● Atenção Primária ● Atenção Especializada ● Assistência Farmacêutica ● Vigilância em Saúde ● Gestão do SUS
Bloco de Estruturação: recursos aplicados conforme definido no ato normativo que lhe deu origem e serão destinados exclusivamente para Aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ● Atenção Primária ● Atenção Especializada ● Assistência Farmacêutica ● Vigilância em Saúde ● Gestão do SUS

(Blocos de Financiamento - Fundo Nacional de Saúde)⁴

No Plano Nacional de Saúde (2020-2023), por exemplo, o financiamento aparece sempre vinculado ao Objetivo “Gestão e Organização do SUS” conforme o PPA e PNS de 2020 a 2023.

Código Diretriz	Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde	Objetivos do PPA e PNS 2020-2023
-----------------	--	----------------------------------

⁴ Portal do Fundo Nacional de Saúde. Sobre o FNS. Blocos de Financiamento. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>

D.01	Investimento de todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS universal e de qualidade, mediante a obtenção do financiamento suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os valores das transferências fundo a fundo da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme critérios, modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012.	Gestão e Organização do SUS
D.14	Garantir e implementar gestão pública e direta com instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa e democrática, qualificada e resolutiva com participação social e financiamento estável.	Gestão e Organização do SUS

(Plano Nacional de Saúde 2020-2023)⁵

Ainda sobre o Fundo Nacional de Saúde, o modo como é alocado os recursos e as transferências acontece de forma descentralizada em ações e serviços de saúde. A receita do FNS provém 45% do Seguro DPVAT. Na revisão de literatura, há o apontamento da forma pela qual se estrutura o SUS, esse valor via DPVAT é concretizado através do Decreto Nº 2.867/1988 e a Lei Nº 8.212/91. Outra parcela é definida pela Lei Complementar Nº 141/2012 cujos recursos têm seus percentuais mínimos definidos. Conforme divulgado no site institucional do Fundo Nacional de Saúde, segue a diagramação desses percentuais:

Percentual	Finalidade
12%	Para municípios e o Distrito Federal devem aplicar anualmente
15%	Para os Estados

Ainda, compõe a receita do FNS o ressarcimento efetuado pelas operadoras de planos de saúde, conforme a Lei Nº 9656/1988.

O Ministério da Saúde define e publica, anualmente, utilizando metodologia pactuada na CIT e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada estado, ao Distrito Federal e a cada município para custeio das ações e dos serviços públicos de saúde. Esse planejamento ficou comprometido durante a pandemia. Em situações específicas, como na pandemia, os recursos estaduais poderão ser repassados aos fundos de saúde por meio de transferência voluntária.

Durante a pandemia muitos estados e municípios estabeleceram consórcios, alguns já

⁵ Plano Nacional de Saúde completo (2020-2023). Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

existentes, outros se fortaleceram. Nesse caso de consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento do que estabelece a constituição seguindo a regionalização e hierarquização do sistema, podem ser remanejadas as parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias, como transferências obrigatórias.

A seguir serão destrinchadas principalmente as portarias, emendas e habilitação de leitos. Portarias, de modo geral, são documentos que têm caráter administrativo de qualquer autoridade pública. O conteúdo das portarias contém instruções acerca de aplicações de leis ou regulamentos, recomendações, normas de execução de exercícios, punições, nomeações ou outras determinações da competência de quem está publicando. Foram publicadas, pelo Ministério da Saúde, mais de 200 portarias no período de março de 2020 a março de 2021. Entretanto, o objeto de estudo são as portarias referentes à execução de exercícios financeiros. As emendas são valores destinados para que os parlamentares apliquem de modo mais certo onde há uma demanda específica. Entretanto, é importante ressaltar que algumas vezes esse valor é aplicado de acordo com interesses eleitorais e políticos e não necessariamente com relação à demanda específica. Por fim, a habilitação de leitos de covid-19 decretadas pelo Ministério da Saúde.

Durante a gestão do então Ministro Luiz Henrique Mandetta (período da gestão), foram publicadas as seguintes portarias: i) Portaria 480: Custeio das Ações de Saúde relacionadas ao enfrentamento da circulação do “Covid-19” - distribuição per capita; ii) Portaria 774 Repasse APS ou 1/12 teto MAC⁶; iii) Portaria 430 - Saúde na Hora - horário estendido UBS; iv) Portaria. 395 Repasse per capita. O total geral desses repasses foi R \$599.999.811,95 no período de março a abril de 2020. Esses valores chegaram em um momento em que o vírus estava começando a se alastrar pelo país.

Nelson Teich teve a gestão mais rápida no Ministério da Saúde. Os exercícios financeiros em seu breve período no Ministério da Saúde foram os seguintes: i) Emendas; ii) Habilitação de Leitos UTI COVID-19; iii) Repasse APS ou 1/12 teto MAC; iv) Port. 827 - Complementação de valor sessão hemodiálise em paciente com suspeita ou confirmação de covid-19; v) Portaria 430 - Saúde na Hora - horário estendido UBS. Eduardo Pazuello, que esteve à frente do Ministério da Saúde durante os momentos mais dramáticos da pandemia no Brasil foi também o responsável por grande parte do orçamento de combate à pandemia.

⁶ Financiamento da Média e Alta Complexidades (MAC)

4.3 O Administrador Público no financiamento do Sistema Único de Saúde

Após entender como se deu a gestão dos recursos destinados ao combate à pandemia e o papel dos diferentes atores na gestão desses recursos, faz-se necessária a compreensão da definição do administrador público. O principal foco da pesquisa é compreender a estrutura do SUS e os desafios do federalismo sob uma perspectiva da Administração Pública, não da Ciência Política ou da Saúde Pública, entretanto entende-se que essas duas áreas do conhecimento oferecem e complementam o entendimento da Ciência da Administração.

Em “O Estudo da Administração”, publicado no final do século XIX⁷ Woodrow Wilson, escreve que a Ciência da Administração é o mais recente fruto da Ciência Política. Entendendo a Administração Pública como derivada da Administração, ela se torna um campo de estudo ainda mais recente.

A relação entre Administração e Governo é justamente a complementaridade, a Administração é o operante, o executivo a ação. Woodrow Wilson apresenta uma breve recapitulação, ao lembrar que a Filosofia Política refletia sobre a dificuldade dos governos, sendo principalmente relacionados à constituição do Governo, ou seja, tratava-se de estudar sobre as funções, que - devido a modernidade - eram mais simples. Entretanto, com os novos desafios contemporâneos houve a necessidade do aprimoramento da Ciência da Administração, para que esta buscasse retificar o que é função do Governo. Para Woodrow Wilson, o campo da Administração é de atividades apolíticas. Todavia, após essa afirmação, o cientista político disserta:

“As questões administrativas não são questões políticas. Embora a política determine as tarefas para a administração, não se deve tolerar que ela maneje suas repartições”

A linha entre a separação da Administração Pública e a ação política é tênue. No decorrer do século XX e início do século XXI, as funções sob tutela do Estado foram se alterando de acordo com governos e regimes de cada país. Não seria diferente no Brasil, no combate à pandemia muitas atividades desempenhadas por governos, tiveram um cunho político, negando os estudos científicos e direcionamentos técnicos.

A Constituição de 1988 idealiza a estrutura do Sistema Único de Saúde, o qual é internacionalmente reconhecido. Entretanto, sem a gestão e, principalmente, a política notou-

⁷ Publicado originariamente em 1887 e reproduzido em 1941 na revista norte-americana *Political Science Quarterly*.

se as dificuldades do sistema para executar uma atividade que sempre realizou com alta performance. Apesar dos inúmeros técnicos que coordenam setores importantes desse complexo sistema, a coordenação política se mostrou essencial para o colapso da saúde pública brasileira, mostrando a dificuldade em separar a Administração da Política e apontando para o caminho da Administração Pública.

Não é apenas o cientista político, Woodrow Wilson, que encontra o desafio da separação entre a Administração e a Política. Em “Ciência e Política: duas vocações”, Weber se atenta para a formação e funcionamento do Estado moderno cada vez mais específico e com desafios complexos. Ele não afirma categoricamente a distinção, mas esclarece que há diferentes formas de liderança política⁸, a manutenção dessas lideranças depende de organizações administrativas que no final das contas determinam a “racionalidade” do sistema político.

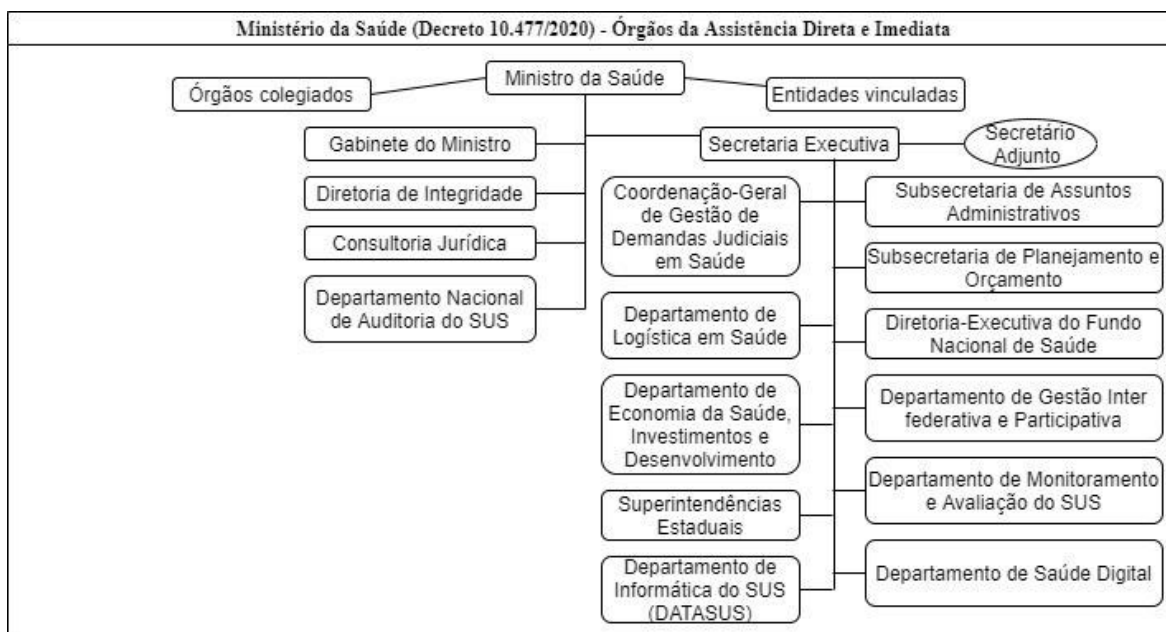
Há os atores essenciais para o combate à essa pandemia. No que concerne à saúde, pode-se listar todos os profissionais da saúde, coordenadores dos hospitais de campanha, governadores, secretários de saúde municipais, enfermeiros e técnicos de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde, em resumo, os burocratas de nível de rua, que fazem parte da implementação bem-sucedida do SUS e da Administração Pública.

Ainda, para garantir uma coordenação federativa, existiram outras entidades não-governamentais importantes para o combate à pandemia. A pandemia poderia ter um resultado ainda mais alarmante no Brasil se não tivesse existido a coordenação entre governos estaduais e municipais. Além da colaboração dos profissionais da linha de frente e organizações da sociedade civil que buscaram e, ainda buscam frear, informar e conduzir o Brasil para o final desse período.

Disponível e de fácil acesso foi encontrado um organograma do Ministério da Saúde, que teve algumas alterações a partir do Decreto 10.477/2020⁹. Destaca-se alguns pontos do organograma: O Ministro da Saúde que possui suas entidades vinculadas (Autarquias, Fundações Públicas, Empresas Públicas, tendo como exemplo a Anvisa, ANS, FIOCRUZ) e os órgãos colegiados. Abaixo há duas subdivisões no organograma: Órgãos de Assistência Direta e Imediata e Órgãos Específicos Singulares.

8

9 Decreto 10.477/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10477.htm



(Elaboração Própria)

Cada uma dessas coordenações, diretorias e subsecretarias possui seu organograma próprio. Como o organograma e a burocracia do Ministério da Saúde é extensa. O foco será na Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde, que fica sob tutela da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. O Fundo Nacional de Saúde foi instituído em 1969, através de um Decreto que o intitula como gestor financeiro dos recursos do Sistema Único de Saúde. A diretriz de funcionamento do FNS é feita com base no Plano Nacional de Saúde e no Planejamento Anual do Ministério da Saúde, respeitando as dotações orçamentárias estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias e nos Planos Plurianuais, como foi destrinchado no capítulo anterior de “Financiamento da Pandemia”.

Diante do organograma com os Órgãos da Assistência Direta e Indireta, cerca de 9 meses após o pedido de demissão de Nelson Teich, pouco mais de 20 militares passaram a ocupar posições relevantes no Ministério da Saúde¹⁰. A militarização do governo vem acontecendo não só na área da saúde. Ainda, durante um período da gestão de Eduardo Pazuello, alguns civis foram incluídos no Ministério da Saúde, entretanto, ressalta-se que entre eles, havia médicos que recomendavam o uso de medicamentos cientificamente comprovados como ineficientes no tratamento precoce. Com isso, houve uma solicitação através da Lei de Acesso à Informação sobre as nomeações que detalham a estrutura organizacional. Em 14/01/2021 haviam 13 militares da ativa cedidos à pasta, sendo que parte considerável estavam ligados a

¹⁰ Mais de 20 militares, “capitã cloroquina e médicos olavistas ocupam cargos estratégicos no Ministério da Saúde. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2021/02/04/mais-de-20-militares-capita-cloroquina-e-medico-olavista-ocupam-cargos-estrategicos-ministerio-da-saude.htm>

departamentos próximos à secretaria-executiva (que no organograma é colocada na subdivisão de “Órgãos de Assistência Direta e Imediata”. Por exemplo, o Departamento de Logística em Saúde tem um tenente-coronel como coordenador geral, assim como a parte de Insumos Estratégicos para Saúde e coordenação-geral de Aquisições de Insumos Estratégicos. A CPI - que está em andamento no momento em que esse trabalho é concluído - convocou grande parte desses militares para depor.

Em seu livro “Um paciente chamado Brasil: Os bastidores da luta contra o coronavírus”, Luiz Henrique Mandetta, ex-ministro da Saúde, escreve sobre o conflito com o Presidente Jair Messias Bolsonaro e o Ministro da Economia, Paulo Guedes, bem como o interesse dos militares. Durante os 90 dias de liderança no Ministério da Saúde e o início da pandemia no Brasil, Mandetta no livro e em inúmeras entrevistas pontua as projeções que foram feitas, caso as medidas de saúde e vigilância sanitária fossem ignoradas. As projeções apontavam por volta de 180.000 mortes. O Brasil ultrapassa meio milhão de mortes. Havia um interesse dos militares do governo, que comandam outras pastas, por exemplo, em manter Luiz Henrique Mandetta à frente do Ministério da Saúde. Porém, outros ministros, como Paulo Guedes e o ex-ministro da educação Abraham Weintraub começaram a se incomodar com a presença de Mandetta, como ele retrata no livro.

Sem dúvidas, 4 Ministros da Saúde em menos de 2 anos durante a maior crise sanitária tiveram impacto na pandemia. Por um período, inclusive, o Brasil ficou sem um ministro titular. Além disso, é importante ressaltar que não ocorreram só as trocas dos ministros, como também a equipe técnica. Wanderson de Oliveira, ex-secretário da Vigilância, atuou duramente em conjunto com Mandetta durante o início da crise. Assim que o Ministro deixou o cargo, não demorou muito para que Wanderson deixasse também, assim como todos abaixo dele. O SUS por parte do Governo Federal foi desmantelado durante a pandemia, deixando a atuação à cargo dos estados e municípios brasileiros.

Como mostra a tabela disponível no Anexo I, o Brasil, desde a sua redemocratização em 1985, contou com 28 ministros e dois períodos sem um Ministro da Saúde (durante o governo da ex-presidente Dilma Rousseff (PT) e durante o governo de Jair Bolsonaro (Sem Partido). O tempo médio de permanência dos Ministros da Saúde em seus cargos é de aproximadamente 14 meses. Os brasileiros que foram Ministros da Saúde por um maior período de tempo foram: José Serra (31/03/1998 a 20/02/2002), durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (PSDB) e Alexandre Padilha (01/01/2011 a 03/02/2014) durante o governo de Dilma Rousseff.

Tendo em vista a média superior há 1 ano de permanência no cargo de ex-ministros da Saúde no Brasil, é importante destacar que foi durante o governo de Fernando Collor de Mello e Itamar Franco que houveram ministros que ficaram por menos de no máximo 1 mês nos seus respectivos cargos. Saulo Pinto Moreira, por exemplo, ocupou interinamente o cargo durante o governo de Itamar Franco (MDB) por um período de apenas 10 dias. Sucedendo, portanto, Jamil Haddad (que foi Ministro de Fernando Collor de Mello, passando pela transição do governo de Itamar Franco) e antecedendo Henrique Antônio Santillo e acompanhou Itamar Franco até o fim de seu governo.

Os períodos destacados como “vagos”, ou seja, sem um Ministro à frente da pasta da saúde, são recentes. O primeiro durante o governo de Dilma Rousseff do dia 27/04/2016 a 12/05/2016, totalizando, portanto 16 dias e durante o governo atual de 15/05/2020 a 02/06/2020, somando 19 dias. Com relação ao período do governo Dilma, o que coincide com esse período é o seu processo de *impeachment*. O processo foi iniciado em 02/12/2015 quando Eduardo Cunha (MDB), então presidente da Câmara dos deputados, abriu o processo a partir da aceitação de um documento apresentado por Hélio Bicudo, Miguel Reale Júnior e Janaína Paschoal. O processo, portanto, tem inúmeros acontecimentos, até a posse do vice-presidente Michel Temer em 31/08/2016. O que aconteceu do ponto de vista da saúde pública durante o encaminhamento do processo de *impeachment* foi o surto do Zika Vírus. Porém, como exposto anteriormente, houve uma coordenação federal assertiva no combate ao Zika Vírus.

Com relação ao outro período em que o cargo do Ministério da Saúde ficou vago, Eduardo Pazuello assumiu interinamente o cargo dia e depois tornou-se Ministro da Saúde, quando foi publicado no Diário Oficial da União, no dia 02/05/2020¹¹. Antes disso, Eduardo Pazuello assumia o cargo de secretário-executivo, no final de abril de 2020. O contexto era sobre a tutela do Ministro anterior, Nelson Teich. Enquanto Ministro da Saúde interino, Eduardo Pazuello poderia definir novos protocolos do uso da cloroquina, medida importante para as demissões dos dois Ministros anteriores. Foi apenas em setembro de 2020 que Eduardo Pazuello deixou de ser Ministro da Saúde interino, para Ministro da Saúde. O tempo de sua gestão, no Anexo I, totaliza pouco mais de 10 meses, somando os períodos enquanto interino e Ministro titular.

Eduardo Pazuello, voltou ao governo de Jair Bolsonaro dois meses depois de sua saída do Ministério da Saúde. Através da publicação da portaria 624 de 01/06/2021, o Ministro de

¹¹Diário Oficial da União. Nomeação de Eduardo Pazuello como Ministro interino <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-de-2-de-junho-de-2020-259865444>

Estado Chefe da Casa Civil nomeou Eduardo Pazuello para exercer o cargo de Secretário de Estudos Estratégicos da Secretaria Especial de Assuntos Estratégicos da Presidência da República¹². A volta de Pazuello acontece após uma abertura de apuração, pelo Exército, da participação do então Ministro da Saúde em ato político de apoio a Bolsonaro (o que é vedado pelo regulamento militar). Ressaltando a militarização do Governo Federal na Saúde, mas também em outras pastas. Pazuello é nomeado para um novo cargo o qual será subordinado ao almirante Flávio Rocha.

Com a ausência dessa coordenação principal do sistema, pensa-se no papel das burocracias de nível de rua. Gabriela S. Lotta escreve:

“A discussão sobre o papel e influência dos ia dos burocratas no processo de implementação é central para compreendermos como, de fato, as ações são colocadas em prática e quais são os fatores que influenciam na mudança de rumos e nos resultados das políticas públicas.”

Muitas vezes o problema da política pública na ponta, se dá na implementação, pois quem desenha a política pode não ter a visão da ponta. Além de muitas vezes as políticas serem permeadas por conflitos e decisões pouco explicativas. É comum encontrar falta de diretrizes e guias práticos, entretanto, como já foi pontuado, o SUS é uma exceção no quesito de coordenação federativa no Brasil - ou era. Pois, na medida em que durante o governo Bolsonaro existe uma ausência de coordenação, os implementadores acabam tendo espaço para decidir como atuar, como alocar os recursos. Em um momento de crise, sem diretrizes, o Brasil os burocratas de nível de rua - e até os cargos de coordenação estratégica nos estados e municípios brasileiros - se encontraram sem um norte a ser seguido. Desde questões como o *lockdown*, compra de respiradores, habilitação de leitos de UTI, testagens e compra de vacinas, por exemplo.

¹² Diário Oficial da União. Nomeação de Eduardo Pazuello como Secretário de Assuntos Estratégicos da Presidência da República https://www.google.com/url?q=https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-624-de-1-de-junho-de-2021-323500415&sa=D&source=editors&ust=1629204044720842&usg=AOvVaw0k54204XrMo_LT-MDAC0ML

5. CONCLUSÃO

O coronavírus encontrou um Brasil em meio a uma tentativa de recuperação econômica muito tímida entre agendas de reformas centradas na austeridade e na redução do papel do Estado na Economia. O contexto da crise acentuada pelo Covid-19 exigiu uma ampliação do orçamento para a saúde e chamou atenção para a estrutura sob a qual o SUS se estrutura.

O financiamento da saúde no Brasil é uma das fragilidades estruturais do SUS e decorre, isso se dá, em grande medida por conta das limitações, como o teto de gastos. A crise do coronavírus fez com que o SUS tivesse uma visibilidade maior e chamou atenção para a urgência de uma coordenação efetiva e financiamento mais certo nas medidas do sistema. No Brasil acompanhamos o modo como os outros países lidaram com a pandemia e antes do vírus chegar aqui até poderia prever que seria uma crise mais breve do que está sendo, principalmente sabendo que o Brasil tem o maior sistema de saúde pública do mundo. Entretanto, apesar disso o papel de outras frentes governamentais e não-governamentais, a política e a administração pública mostram-se essenciais para o não sucesso da pandemia no país.

Ainda que durante a pandemia houvesse a possibilidade de suspensão de cumprimento do resultado primário do exercício financeiro, o orçamento de 2020 já havia sido aprovado dentro dos limites estabelecidos. Grande parte da população brasileira não teve como cumprir o isolamento. Os governos estaduais e municipais não possuem um arcabouço financeiro capaz de ampliar os recursos para o enfrentamento da pandemia. Com esse desafio posto, buscou-se uma maneira de lidar com os gastos apesar da emenda do teto de gastos, retirando da base de cálculo do teto os créditos extraordinários e os gastos referentes à pandemia. Ainda, as regras fiscais foram flexibilizadas.

O conjunto de aspectos apontados de modo documental nesse projeto de iniciação científica, buscaram apontar como é necessário fortalecer mecanismos de financiamento da saúde através do SUS, principalmente sobre o ponto estrutural, entendendo as regras postas. Ainda, o combate federativo brasileiro que se acentuou e foi prejudicial desde o financiamento, até a conscientização da população e a possibilidade de garantir que os brasileiros e brasileiras pudessem cumprir as medidas sanitárias necessárias.

A pandemia do covid-19 ressaltou que o enfrentamento de crises econômicas, sociais e de saúde não devem ser pensadas a curto prazo. É importante o fortalecimento de

mecanismos federativos e fiscais para garantir o que é previsto na Constituição de 1988, que tem o SUS como consolidação e exemplo de sistema federativo no Brasil.

6. REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz et al . Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 54, n. 4, p. 663-677, Aug. 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400663&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Jan. 2021. Epub Aug 28, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>.
- ABRUCIO, Fernando Luiz et al. Federalismo e políticas públicas: uma relação de reciprocidade no tempo (2003)
- ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>.
- Dweck, Esther, Morreti, Bruno e Melo, Maria Fernanda Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Esther-Dweck/publication/350357091_Pandemia_e_desafios_estruturais_do_CEIS_financiamento_do_SUS_federalismo_da_saude_e_as_relacoes_publico-privadas/links/605b7204458515e8346c6259/Pandemia-e-desafios-estruturais-do-CEIS-financiamento-do-SUS-federalismo-da-saude-e-as-relacoes-publico-privadas.pdf
- FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 54, n. 4, p. 595-613, Aug. 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400595&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Jan. 2021. Epub Aug 28, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>.
- HOWARD J. Bolnick, (2013)Design a World Class Health Care System
- MANDETTA, Luiz Henrique. Um paciente chamado Brasil: Os bastidores da luta contra o coronavírus
- LOTTA, S. Gabriella. O papel das burocracias de nível de rua. Disponível em: <https://perguntasapo.files.wordpress.com/2014/06/pend-08-gabriela-s-lotta-2-revisado-2.pdf>
- ROCCO, Philip (2020)Stuck in neutral? Federalism, policy instruments and counter-cyclical responses to COVID-19 in the United States. access: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/14494035.2020.1783793?scroll=top&needAccess=true>
- SERVO, S. Luciana & Vieira, S. Fabiola COVID-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia (2020)
- SMITH C. Peter & YIP, Winnie (2016) The economics of health system design
- O Financiamento da Saúde - CONASS Coletânea Direito à Saúde (2015). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-financiamento-da-saude-2/>
- A Gestão do SUS - CONASS Coletânea Direito à Saúde (2015). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-do-sus/#:~:text=A%20Gest%C3%A3o%20do%20SUS%20aborda,86>.
- Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Ministério da Saúde Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/28/af_zika_28mar17_isbn_web.pdf

7. ANEXOS

1. ANEXO I: MINISTROS DA SAÚDE DESDE A REDEMOCRATIZAÇÃO (1985-2021)

Nome	Governo	Período no MS
Carlos Correa de Menezes Sant'anna	José Sarney	15/03/1985 a 13/02/1986
Roberto Figueira Santos	José Sarney	14/02/1986 a 22/10/1987
Luiz Carlos Borges da Silveira	José Sarney	23/10/1987 a 16/01/1989
Seigo Tsuzuki	José Sarney	17/01/1989 a 14/03/1990
Alceni Angelo Guerra	Fernando Collor de Mello	15/03/1990 a 23/01/1992
José Goldemberg	Fernando Collor de Mello	24/01/1992 a 12/02/1992
Adib Domingos Jatene	Fernando Collor de Mello	13/02/1992 a 01/10/1992
Jamil Haddad	Fernando Collor de Mello e Itamar Franco	08/10/1992 a 18/08/1993
Saulo Pinto Morerira	Itamar Franco	19/08/1993 a 29/08/1993
Henrique Antonio Santillo	Itamar Franco	30/08/1993 a 31/12/1994
Adib Domingos Jatene	Fernando Henrique Cardoso	01/01/1995 a 06/11/1996
José Carlos Seixas	Fernando Henrique Cardoso	07/11/1996 a 12/12/1996
Carlos Cesar de Albuquerque	Fernando Henrique Cardoso	13/12/1996 a 30/03/1998
José Serra	Fernando Henrique Cardoso	31/03/1998 a 20/02/2002
Barjas Negri	Fernando Henrique Cardoso	21/02/2002 a 31/12/2002
Humberto Sérgio Costa Lima	Luiz Inácio Lula da Silva	01/01/2003 a 08/07/2005
José Saraiva Felipe	Luiz Inácio Lula da Silva	08/07/2005 a 31/03/2006
José Agenor Ivaes da Silva	Luiz Inácio Lula da Silva	31/03/2006 a 16/03/2007
José Gomes Temporão	Luiz Inácio Lula da Silva	16/03/2007 a 31/12/2010

Alexandre Padilha	Dilma Rousseff	01/01/2011 a 03/02/2014
Arthur Chioro	Dilma Rousseff	03/02/2014 a 02/10/2015
Marcelo Catro	Dilma Rousseff	02/10/2015 a 27/04/2016
vago	Dilma Rousseff	27/04/2016 a 12/05/2016
Ricardo Barros	Michel Temer	12/05/2016 a 01/04/2018
Gilberto Occhi	Michel Temer	02/04/2018 a 31/12/2018
Luiz Henrique Mandetta	Jair Bolsonaro	01/01/2019 a 16/04/2020
Nelson Teich	Jair Bolsonaro	17/04/2020 a 15/05/2020
vago	Jair Bolsonaro	15/05/2020 a 02/06/2020
Eduardo Pazzuelo	Jair Bolsonaro	02/06/2020 a 23/03/2021
Marcelo Queiroga	Jair Bolsonaro	23/03/2021 -