CRISE ORGÂNICA E PANDEMIA MUNDIAL: os limites da gestão do sus frente a covid-19

Rebel Zambrano Machado[1]
Carlos Nelson dos Reis[2]

Resumo

Este artigo enfatiza o desafio da política de saúde, enquanto uma das políticas de seguridade social[3], de apresentar resultados, considerando a crise orgânica brasileira e o contexto da pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), com repercussões no Brasil desde o início de 2020. Apresenta o SUS e o desafio da organização da prestação de assistência pelo sistema para responder as novas demandas. Discorre sobre a polarização política e o impacto no enfrentamento da pandemia, referindo a importância da profissionalização do gestor público entre outras iniciativas apontadas pelo movimento Ibero-americano para a qualificação da gestão pública.

Palavras-chave: Crise orgânica; Pandemia Covid-19, SUS.

Abstract

This article emphasizes the challenge of health policy, as one of the social security policies, of presenting results, considering the Brazilian organic crisis and the context of the pandemic by the new coronavirus (SARS-CoV-2), with repercussions in Brazil since the beginning 2020. Presents the SUS and the challenge of organizing the provision of care through the system to respond to new demands. It discusses the political polarization and the impact on confronting the pandemic, referring to the importance of professionalizing the public manager, among other initiatives pointed out by the Ibero-American movement for the qualification of public management.

Keywords: Organic crisis; Covid-19 pandemic, SUS.

[1] [1]Assistente Social. Doutora em Políticas e Processos Sociais, pelo PPGSS, Escola de Humanidades, PUCRS. Professora e pesquisadora da Faculdade São Francisco de Assis. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8599-546X. *E-mail*: zambrano.rebel@gmail.com

[2] Economista, Doutor em Economia e professor permanente da PUCRS. Orcid: http://orcid.org/0000-00022478-700x. E-mail: cnelson@pucrs.br

[3] O projeto de Seguridade Social no Brasil pode ser concebido, seja como princípio organizador da proteção social e integrador de políticas setoriais, seja como instrumento de ampliação das fontes de financiamento à disposição do campo social. A definição desse modelo de Seguridade Social foi uma das mais relevantes inovações do texto constitucional de 1988

1INTRODUÇÃO

A partir do pensamento de Gramsci, explicar que a crise brasileira, embora resultante de uma conjuntura econômica e social adversa, reflete-se profundamente na esfera política. Nessa perspectiva, ao pensar-se a crise no Brasil, a realidade convoca que se analise a trama de aspectos interligados - políticos, econômicos, financeiros, sociais - como uma crise orgânica[4] em processo de movimento contínuo, considerando-se a variedade dos seus enredos, bem como as suas dimensões, agravada pelo cenário da pandemia. Ela manifesta-se no plano superestrutural (ideológico-político) como uma "crise de autoridade" ou como uma "crise de hegemonia".[5]

A crise, antes de ser política, ética ou econômica, é historicamente social, ou seja, é uma desorganização intensa nos fluxos interativos da convivência social, uma agitação que atrapalha as opções de novos caminhos. Ela só se faz sentir na vida e na convivência social porque é uma alteração da confiança ampliada socialmente. Nessa esteira, no Brasil, penetra todos os espaços, com consequentes refrações da questão social, tais como a pobreza, as consequências do desemprego e a fragmentação familiar.

Esse panorama deve ser associado a uma crise sanitária mundial, provocada pela pandemia do coronavírus (SARS-CoV-2), iniciada na China em 2019 e com repercussões no Brasil no início de 2020. Milhões de pessoas contaminadas em todos os continentes e outros tantos mortos pela rápida capacidade de contaminação do vírus[6]. O mundo parou! As pessoas precisaram adotar o isolamento social, uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens (Rosen, 1994; Scliar, 2002; Brasil, 2005) com rígidas regras de deslocamento, repercutindo

---

[4] Gramsci anota que uma crise deve ser analisada não apenas como fenômeno imediato e conjuntural, mas como um movimento orgânico, considerado na multiplicidade dos seus componentes e nas suas dimensões globais (GRAMSCI, 2000).

[5] Explicada por Gramsci na nota § 23 do Caderno 13.

[6] Os números disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde no mundo, até 13 de junho de 2021, são: 175.306.598 casos da COVID-19 e 3.792.777 mortes no mundo. Desagregando-se os dados do Brasil, com uma população de 210.147.125 de habitantes, os resultados disponibilizados em 07/06/2021 e divulgados pela PAHO eram: 17.296.118 casos e 484.235 óbitos confirmados.

fortemente nas economias, com aumento substancial do desemprego e escancarando as iniquidades sociais, como no caso brasileiro.

Contudo, ainda, o cenário se completa pelas disputas políticas cada vez mais polarizadas[7] e sem precedentes, que interferem em todos os setores da sociedade. E, com a administração da máquina pública a reboque dessas polêmicas e antagonismos, demonstrando um frágil conhecimento dela, porquanto, também não são atendidos os seus princípios, ou seja, de legalidade, de impessoalidade, de moralidade, de publicidade e de eficiência. Ao fim e ao cabo, isso tudo, envolto em um quadro de corrupção histórica.

No setor público as funções administrativas básicas: planejamento, organização, controle e direção, são efêmeras e não guardam espaço para a visão estratégica. A pandemia também colocou a prova a capacidade dos gestores de implementarem os planos de contingência para momentos de crise e, assim, criarem as condições necessárias para organizarem no SUS os serviços e os fluxos nos diferentes níveis de atenção à saúde para atender as necessidades de assistência da população.

Os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, Rede de Atenção à Saúde (RAS)[8], com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores, e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (ELIAS, 2004).

Além disso, os gestores tiveram que focar na oferta de novos serviços, provendo com estrutura física, pessoal e insumos necessários para a ampliação da

[7] A polarização pode ser compreendida como a disputa pela primazia da influência que um determinado poder político exerce sobre outro, protagonizando um conflito de interesse dentro da administração pública. Por fim, se trata de uma incessante disputa de espaço e imposição de seus interesses grupais ou partidários (LANDIM, 2016).

[8] A RAS deve ser compreendida como arranjos organizativos de ações e serviços de **saúde**, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011). É uma estratégia antagônica às práticas cristalizadas e aos interesses sedimentados que caracterizam historicamente a organização dos serviços de saúde na sociedade brasileira, ou seja, a oferta pelos interesses do mercado. Dessa forma, a conformação de rede provoca uma inversão do modelo.

rede, mas nem sempre recursos disponíveis no mercado. Essa ampliação está relacionada as respostas do sistema de saúde ao enfrentamento para o diagnóstico, o tratamento ambulatorial, a internação, bem como, as sequelas provocadas pelas complicações da COVID19. O artigo procura refletir sobre os desafios impostos à gestão da política de saúde em atender as novas demandas do enfrentamento a pandemia. E dos meandros da governança pública no contexto da crise orgânica brasileira e, em particular, do recorte da crise sanitária.

2 O ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UMA DAS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

Considerar a Política de Saúde uma política social, pressupõe concordar-se com a assertiva de que a saúde é um direito inerente à condição de cidadania, logo, torna os cidadãos legítimos usuários do sistema de proteção social. Este tipo de política apresenta uma dinâmica multifacetada, o que significa que compreende um conjunto de ações no sentido de distribuir recursos, caracterizando-se como ação de proteção social (FLEURY, OUVERNEY, 2012), orientada para atender os preceitos constitucionais de redução das desigualdades sociais. Ainda se precisa avançar para verdadeiramente garantir o conjunto de seus preceitos constitucionais previstos (AITH, 2017).

Entende-se que os atrelamentos entre o Estado e a política de saúde não ocorrem em uma configuração linear, automática e não constituem vínculos causais. Ao mesmo tempo, compõem relações complexas de natureza política, socioeconômica e histórica.

A política de saúde[9], como as demais políticas sociais, está sujeita a múltiplos determinantes, frequentemente contraditórios, o sistema adquire forma concreta e age diretamente sobre a realidade social. Por isso, ela encontra-se na interface entre

[9]Nesta tese o conceito de política que será adotado é o de *public policy*, que apresenta uma dimensão e relação com orientações para a decisão e ação e que trata do conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas, do processo de construção e atuação dessas decisões. Dessa forma, uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, o seu tratamento ou a sua resolução, mas o escopo do problema deve ser coletivamente relevante" (SECCHI, 2010).

Estado, sociedade e mercado (FLEURY, OUVERNEY, 2012). Ela abarca aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, o que significa ser extremamente complexo isolar a participação de cada um desses elementos em momentos determinados (FLEURY; OUVERNEY, 2012).

Para tanto, isso requer mudança das "[...] práticas políticas e correntes, vigentes nas três esferas de governo, de partidarização da máquina pública e apropriação das políticas sociais pelos governantes em prol da lógica de sua reprodução política" (ELIAS, 2004, p.41). A partidarização na administração pública talvez seja "[...] uma das causas da ineficiência na prestação dos serviços e mais grave ainda, na consecução dos objetivos democráticos. Se a politização leva à partidarização, esta, uma vez presente na governança, sustenta-a e a fortalece" (LANDIM, 2016, p.207). Precisa-se reconhecer que o Estado moderno é portador sim de limites reais, não devendo ter fins próprios, mas assegurar os fins necessários à sociedade.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SEUS ASPECTOS ORGANIZATIVOS, OPERATIVOS E DESAFIOS

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo e constitui-se pelo ordenamento orgânico, em uma rede única regionalizada e hierarquizada de ações e serviços coordenados por três grandes diretrizes: a descentralização, com comando único por esfera de governo; a integralidade da atenção, com ajustamento da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do conjunto de necessidades de saúde da população; e, a participação popular, com garantia de controle dos usuários sobre o conjunto das ações e dos serviços de saúde no País.

O sistema apresenta três grandes dimensões: a técnica, a política e a econômica (TOBAR, 1998) e que não podem ser analisados de forma isolada, posto que guardam uma estreita relação entre si. A dimensão técnica relaciona-se com o modelo assistencial, traduzindo-se no conjunto de recursos e serviços que são organizados para atender as necessidades da população; a dimensão política trata do

modelo de gestão e contempla as questões administrativas desse escopo; por fim, a econômica, é relativa ao modelo de financiamento.

As três macros funções dos sistemas de serviços de saúde: regulação, financiamento e prestação de serviços (MENDES, 2002), ocorrem por meio de um *mix* estatal/privado. Portanto, essa gestão se dá no sentido amplo, não se reduzindo apenas ao gerenciamento de sua rede própria de prestação de serviços. A magnitude e o grau de autonomia dessa gestão, por vezes, se confundem, pois, os três entes federados têm sob sua responsabilidade as três dimensões do sistema (a política, a técnica e a econômica), bem como as três macros funções em cada instância. E, é justamente isso que engendra uma das complexidades do sistema.

O SUS está organizado por níveis de atenção, portanto, a sua descentralização e capilaridade são responsáveis por promover um atendimento mais próximo à população, uma vez que cada um desses níveis corresponde a um determinado conjunto de serviços assistenciais disponibilizados aos usuários, sendo alguns de maior ou menor complexidade. Tais categorias, determinadas pela OMS, buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos.

No nível primário de atenção, também denominado de Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS)[10] é nele que estão as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Estratégias de Saúde da Família (ESFs), modelo assistencial adotado no Brasil desde o início dos anos 90. A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

As ações na APS são organizadas pela esfera municipal e traduzem-se em um filtro capaz de organizar o fluxo de serviços nas Redes de Atenção à Saúde desde as

[10]"Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais: a expressão 'Atenção Básica' foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização de 'Atenção Primária à Saúde'. Os autores concluem que os termos 'Atenção Básica', 'Atenção Primária' e 'Atenção Primária à Saúde' podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual sendo incluído na nova Política Nacional" (MELLO et. al., 2009, p.204).

linhas de cuidado[11] e diretrizes clínicas[12]. Elas desempenham o papel primordial de promover políticas direcionadas tanto à prevenção de doenças como à preservação do bem-estar nas comunidades.

Deve-se entender esse nível primário de atenção como a porta preferencial de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Aqui, a tecnologia disponível não é necessariamente avançada. Os equipamentos são voltados para diagnóstico e ação terapêutica. Em que pese o conjunto de limitações nesse nível de atenção, o percentual de resolução dos casos que chegam a esse ponto é grande, atingindo 85%, o que impõe a importância de estruturar o sistema em redes[13].

No nível secundário, o atendimento é especializado ou de média complexidade, portanto, é onde se encontram os laboratórios, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os hospitais e outras unidades. Nesses estabelecimentos, podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas. Em termos de disponibilidade tecnológica, os equipamentos presentes no nível secundário são mais sofisticados que os do primário. Sua

[11]Linha do cuidado é a "[...] imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário no sentido de atender as suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social" (FRANCO e MAGALHÃES, 2003, p.50).

[12]São documentos científicos que têm o objetivo de definir condutas consideradas mais adequadas para diagnóstico, tratamento e prevenção, através da integração da evidência científica com a experiência clínica, e de melhorar a qualidade dos cuidados à saúde dos pacientes. A elaboração da diretriz segue uma metodologia previamente estabelecida e orientada aos autores, compondo-se de revisão sistemática da literatura sobre o tema abordado, seleção dos artigos de interesse, análise crítica desses artigos e, finalmente, redação do texto com definição dos níveis de evidência para as recomendações feitas.

[13] Os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (ELIAS, 2004). Outras experiências nessa mesma direção foram registradas na última década do século passado, nos Estados Unidos, que recuperaram a definição clássica de sistemas integrados de saúde e definiram uma configuração para a estrutura da rede (SHORTELL et. al.,1993; SHORTELL et. al., 1995; TODD, 1996; YOUNG E MCCARTHY, 1999).

organização é feita com base nas regiões de saúde ou em macrorregiões de cada estado, devendo apresentar tanto ambulatórios como hospitais.

No nível terciário de atenção à saúde, estão os hospitais de grande porte (alta complexidade), estatais ou privados, embora aqueles que se apresentavam somente como privados, na atualidade, prestam serviços ao SUS de forma complementar. Isso ocorre porque eles recebem filantropia e, além disso, alguns deles ainda ganham subsídios públicos para desenvolver determinados projetos[14], ou porque são comprados serviços para o sistema quando necessário. Nessas instituições, podem ser realizadas manobras mais invasivas, caso haja necessidade, intervindo em situações nas quais a vida do usuário do serviço está em risco. No aparelhamento dos estabelecimentos do nível terciário, estão presentes máquinas de tecnologia avançada. O objetivo nesse nível de atenção à saúde é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida sempre que preciso.

A complexidade do sistema é aspecto importante e deve ser levado em consideração, em razão de que, em cada um dos sistemas municipais e/ou estaduais, podem existir diferenças muito significativas na execução da política de saúde, para que funcione de forma solidária e complementar. Sendo assim, acredita-se ser necessário avançar para a reflexão de sua gestão em um contexto de crise sanitária.

Aspecto deve ser levado em consideração, a complexidade ganha uma outra dimensão, pois em cada um dos sistemas municipais e/ou estaduais, podem existir diferenças muito significativas na execução da política de saúde. Assim, acredita-se necessário avançar para a reflexão de sua gestão em um contexto de crise sanitária.

3.1 A gestão do SUS no contexto da pandemia

[14]O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) foi desenvolvido para colaborar com o seu fortalecimento. É financiado com recursos de isenção fiscal (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e cota patronal do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e que apoiam a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira. Entre eles, o Hospital Israelita Albert Einstein, o Hospital Samaritano, a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, e outros.

A dimensão da gestão tangencia a condução do sistema, que consiste no gerenciamento cuidadoso e responsável pelo bem-estar da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). O modelo de gestão no SUS é compartilhado entre os três entes federativos (União, estados e municípios), mas a partir das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, foi instituído o comando único em cada esfera de governo. Com atribuições solidárias, mas também em muitos momentos concorrentes, sendo esse modelo construído ao longo dos anos.

Nessa lógica, a gestão da saúde será avaliada na perspectiva da condução do sistema municipal, que trata da capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução destas. Por fim, o desempenho dos serviços de saúde e as ações de Condução dela estão todos relacionados com a melhora da saúde da população (PRO-ADESS)[15].

O manejo de métodos e técnicas de planejamento para a formulação e a implementação de propostas de ação conforma, ao lado da capacidade de negociação e de gestão de recursos, o conjunto de habilidades essenciais do gestor de saúde (MATUS, 2000; MOTTA, 1991). A utilização dessas informações no processo de tomada de decisão incide sobre a necessidade de agregar o conhecimento epidemiológico às práticas de gestão, associada à compreensão da relação entre organização de serviços e enfrentamento dos problemas prioritários de saúde da população sob a responsabilidade sanitária daquele gestor, de forma que incorpore em sua formação gerencial tais quesitos. Portanto, necessita reconhecer que a operacionalização do trinômio ‘informação-decisão-ação’ (MONKEN, BATISTELLA, 2008) é a base para uma tomada de decisão mais assertiva, considerando o valor das evidências.

[15]O PRO-ADESS tem como objetivo contribuir para o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde brasileiro ao produzir subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores de todas as esferas administrativas e disseminar informações sobre o desempenho do SUS nos seus distintos âmbitos. Esse projeto teve início em 2001, com a participação de uma rede de pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva, e foi concebido a partir do conhecimento técnico-científico produzido no campo da avaliação de sistemas de saúde.www.proadess.icict.fiocruz.br

Na perspectiva para a implementação do SUS a narrativa mais paralisante tem sido o subfinanciamento do sistema. Em que pese isso, em nenhum momento da crise sanitária pelo Coronavírus tem-se tratado sobre a falta de recursos ou de recursos insuficientes na política de saúde para enfrentamento à pandemia. Muito pelo contrário, os recursos financeiros foram repassados pela União, as regras de uso flexibilizadas, entretanto alguns gestores estaduais e municipais acabaram sendo afastados de suas funções, por inquéritos instaurados para que justificassem o uso dos recursos, não se tendo ainda um balanço definitivo para avaliar a qualidade do gasto pelos gestores[16].

Os valores orçamentários e da execução de despesas do Governo Federal relacionadas ao enfrentamento da pandemia de coronavírus (covid-19) em todo país, no ano de 2020, atingiram o total de R$ 524,02 bilhões, representando 15,85% dos gastos públicos. E, os valores da mesma despesa relativos ao ano de 2021, até julho do corrente ano, foram de 63,93 bilhões, equivalendo o percentual de 2,61% dos gastos públicos. Os percentuais dos órgãos com maiores gastos relacionados ao mesmo motivo estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Órgãos do Governo Federal com maior despesa relacionada ao enfrentamento da pandemia, 2020-2021

ÓRGÃOS	% DE DESPESA ANO 2020	% DE DESPESA ANO 2021
Ministério da Cidadania	56,48	55,16
Ministério da Economia	34,11	16,97
Ministério da Saúde	7,50	26,93
Ministério do Turismo	1,16	
Ministério da Educação	0,25	0,94
Outros	0,50	
Total	**100**	**100**

Fonte: Portal da Transparência, Controladoria Geral da União.
http://www.portaltransparencia.gov.br/coronavirus?ano=2021

[16] A CGU atuou diretamente, desde abril de 2020, em **66** operações especiais, em conjunto com a Polícia Federal (PF), Ministérios Públicos e outros órgãos parceiros, para combater desvios de recursos federais destinados ao enfrentamento da Covid-19, em diversos entes federativos. O montante analisado nas contratações e licitações é de R$ 1,65 bilhão. O prejuízo efetivo (que constou nas apurações) é de **R$ 53,08 milhões** e o prejuízo potencial (que decorre dos desdobramentos das investigações) é de R$ **132,90 milhões**.
https://www.gov.br/cgu/pt-br/coronavirus/cgu-monitora-aplicacao-dos-recursos-federais-repassados-a-estados-e-municipios

A partir dos dados apresentados na Tabela acima mais de 50% das despesas do Governo Federal relacionadas ao enfrentamento da pandemia foram executadas pelo Ministério da Cidadania e estão relacionadas a transferência de renda as pessoas elegíveis [17]. Os percentuais de despesas do Ministério da Saúde chamam a atenção, considerando que o ano de 2020, de março a dezembro, as despesas deveriam estar mais concentradas ao diagnóstico, através da testagem, repasse para despesas relativas ao nível secundário do Sistema de saúde e ao aumento de leitos para internação. Já neste ano e com valores até o mês de julho a despesa foi três vezes mais do que no ano anterior, isso muito está relacionado a compra de vacinas, entre outras como aparece no portal da transparência, nos dados abertos da despesa. O percentual do Ministério da Educação causa surpresa, pois os gestores assumem que as perdas em razão da pandemia são irreparáveis para a educação brasileira.

Na saúde, no contexto da crise sanitária, a exigência é por leito de UTI, com um perfil de internação complexo, demorada e com a necessidade de manejos e equipamentos especiais para atender às complicações da Covid-19. A realidade mostrou, é claro, a inexistência de leitos suficientes de: leste a oeste e norte ao sul do País.

Outro aspecto que deve ser considerado na perspectiva da gestão, foi a rotatividade, com a passagem de 4 ministros da saúde, sendo três médicos e um militar, no período da pandemia, o que sugere um frágil alinhamento político no País, justamente, por isso, deve ser um dos maiores desafios. A condução do processo pela presidência, com uma coordenação paralela nessa área, e com uma sucessão de equívocos quando tem contestado as orientações preconizadas pelo ministério da saúde, pelos órgãos internacionais, de cientistas e de pesquisadores. Ao fim e ao cabo, a gestão do processo tem confundido a população e a tomada de decisões não tem ocorrido em tempo oportuno. A responsabilidade sanitária do ministro, não exime a presidência desse ônus.

[17] Pessoas Elegíveis dos públicos Cadastro Único, Bolsa Família e Extracad. Auxílio Emergencial (AE), Extensão do Auxílio Emergencial (AER), Auxílio Emergencial 2021.

Complementando, existem ferramentas já definidas para conduzir uma emergência de saúde pública. Nesse sentido, o Regulamento Sanitário Internacional[18] (RSI) é instrumento jurídico, elaborado para ajudar a proteger os países contra a propagação internacional de doenças, incluindo-se os riscos e as emergências para saúde pública. O Plano de Contingência é um instrumento gerencial que padroniza, organiza e agiliza as ações necessárias para o controle e o combate de ocorrências que colocam em risco o funcionamento diário do serviço de saúde, independentemente do seu nível de complexidade. Nessa perspectiva, esse enredo demonstra que a gestão pública, pelo menos a política de saúde, que é foco do olhar nesse momento, apresenta dificuldades em diferentes níveis, enfraquecendo os resultados esperados de respostas ao enfrentamento da pandemia.

4 CONCLUSÃO

O cenário descrito neste artigo procurou evidenciar que a pandemia tem exposto ainda mais as grandes diferenças sociais presentes no País, assim como, os vazios assistenciais e as lacunas na qualificação da gestão pública. Esse contexto remete para o necessário fortalecimento da integridade[19] e da confiança nas entidades e instituições da administração pública através de três pilares: a escolha e a entrega de informação de maneira eficiente e transparente; a participação da população, de uma cidadania capaz de exercer controle social, reivindicando seus direitos; e, por fim, servidores públicos comprometidos e cada vez mais profissionalizados (CLAD, 2008).

A qualidade da gestão pública deve atender a dois propósitos para um bom governo democrático: estar ancorado na satisfação do cidadão e como legítimo participante do processo de formulação, execução e controle das políticas, na perspectiva do princípio de corresponsabilidade social; e a gestão pública deve orientar-se para resultados (CLAD, 2008).

---

[18] Regulamento Sanitário Internacional (RSI) versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009, publicado no DOU de 10/07/09, p. 11, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA).

[19] Integridade pública refere-se ao alinhamento consistente e à adesão de valores, princípios e normas éticas comuns para sustentar e priorizar o interesse público sobre os interesses privados no setor público (OCDE). https://www.oecd.org/gov/ethics/integrity-recommendation-brazilian-portuguese.pdf

Os brasileiros assistiram perplexos a ausência de coordenação técnica para encaminhar as ações de enfrentamento a COVID-19, em primeiro lugar pelo nível central, mas que também se evidenciou em outras instâncias. Pouco ágil e com forte disputa de interesses foi a forma de condução do processo. Entretanto, presenciou-se o protagonismo das entidades representativas e de apoio a gestão do SUS, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O momento é complexo e exige ações articuladas e efetivas ao enfrentamento da pandemia, portanto na lógica da gestão interfederativa, sendo, portanto, coordenadas pelos três gestores responsáveis pela execução da política de saúde, tarefa complexa considerando que o nível secundário de atenção é, talvez, o menos estruturado. As respostas do SUS não se esgotam na suficiência de leitos, mas determinará a criação de outros serviços, com o objetivo de atender as sequelas deixadas pela Covid-19, tais como centros de especialidades de neurologia, pneumologia e fisioterapia, entre outras. Essas demandas devem ser atendidas para a garantia de um dos princípios do SUS, que é a da integralidade da atenção.

A gestão, ainda que tenha as habilidades de negociação, precisa de conhecimento da área na qual está responsável. A politização administrativa por vezes trava batalhas candentes dentro dos governos, em muitas circunstâncias para defenderem interesses até antagônicos ao próprio executivo, obrigando a este a ceder espaços em nome do que se deliberou conhecer como “governabilidade” ou “viabilidade administrativa” (LANDIM, 2016). Será necessário recontar a história e apresentar as melhores práticas realizadas durante um dos maiores desafios aos gestores e a população em geral, que é o de enfrentamento de uma pandemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, Fernand Mussa Abujamra. **Direito à saúde e democracia sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Acesso em: 10/8/2021

CLAD. CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINSTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO. Carta iberoamericana de calidad en la gestión pública. Aprobada por la **X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado.** San Salvador, El Salvador, 26 y 27 de junio de 2008. (Resolución No. 25 del "Plan de Acción de San Salvador").

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, 18(3): 41-46, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>. Acesso em: 13 out. 2017.

FLEURY, Sônia; OWERNEY, Assis Maford. Política de Saúde: uma política social. IN: GIOVANELLA, Lígia. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2 ed. Ver. e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, 1100p.

FRANCO, T.B & Magalhães Jr., H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado; In Merhy, E.E. et al, **O Trabalho em Saúde**: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. V.3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

LANDIM, E. A. da S. Exceções à Politização na Administração Pública. **Revista Controle - Doutrina E Artigos**, 12(2), 199-211. https://doi.org/10.32586/rcda.v12i2.111, 2016.

MATUS, C. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: FUNDAP, 2000.

MELLO, Guilherme Arantes et. al. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14247> Acesso em: 25 abr. 2018.

MENDES. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MONKEN, Maurício, BATISTELLA, Carlos. Vigilância em saúde. In: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. Amp. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html. Acesso em: 10 jun. 2021.

MOTTA, P. R. – **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

OCDE. RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO DA OCDE SOBRE INTEGRIDADE PÚBLICA. Disponível em: https://www.oecd.org/gov/ethics/integrity-recommendation-brazilian-portuguese.pdf. Acesso em: 10/08/2021.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec/ Unesp/Abrasco, 1994.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SHORTELL, S.M. et al. Assessing the Impact of Continuous. Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation, **Health Services Research**, 30:2, p. 377-401, June, 1995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7782222>. Acesso: 12 ago. 2015.

SHORTELL S.M., GILLIES RR, ANDERSON, DA. The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. Health Affairs. 1993; 13 (5): 46–64. [**PubMed**]. DOI:10.1377/hlthaff.13.5.46. Disponível em: https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.13.5.46>. Acesso em: 13 ago. 2015.

TOBAR, Federico. “El marco económico-social de la desregulación”. **Medicina y Sociedad**. Buenos Aires. 25 p. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>. Acesso em 06 jun. 2015.

YOUNG, D.W. & McCARTHY, S.M. – Managing integrated delivery systems: a framework for action. Chicago, Health Administration Press, 1999.Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312167313_Strategic_Fit_in_Healthcare_Integrated_Delivery_Systems_An_Empirical_Investigation. Acesso em: 17 05 2017.