



Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública (FACE)
Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP)
Especialização em Orçamento e Políticas Públicas (OPP)

Diogo Sousa

Avaliação: Levantamento Qualitativo de Ações Estaduais de Política de Enfrentamento à
Covid-19

Brasília, DF
2020

DIOGO SOUSA

Avaliação: Levantamento Qualitativo de Ações Estaduais de Política de Enfrentamento à Covid-19

Trabalho de Conclusão de Curso (Avaliação) apresentado ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP) da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília como requisito à conclusão da Especialização de Orçamento e Políticas Públicas (OPP).

Orientador:
Prof. Franco de Matos

Brasília, DF
2020

CIP – Catalogação Internacional da Publicação*

SOUSA, Diogo.

Avaliação: Levantamento Qualitativo de Ações Estaduais de Política de Enfrentamento à Covid-19: Diogo Sousa. Brasília: UnB, 2020. 26 p.: il.; 29,5 cm.

Avaliação (Especialização) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020. Orientação: Nome do Orientador.

1. Avaliação. 2. Covid-19. 3. Estados I. Matos, Franco. II. Título.

CDU Classificação

Avaliação: Levantamento Qualitativo de Ações Estaduais de Política de Enfrentamento à Covid-19

Diogo Sousa

Trabalho de Conclusão de Curso submetida como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Orçamento e Políticas Públicas da Universidade de Brasília, em (data da aprovação dd/mm/aa) apresentada e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

Prof.: Franco de Matos, UnB
Orientador

Prof. (Titulação): Nome do Professor, UnB
Membro Convidado

Brasília, DF
2020

RESUMO

O objetivo desta pesquisa avaliativa foi responder se o problema da saúde pública brasileira está fixado em gestão administrativa ou em financiamento do Sistema Único de Saúde com base na comparação dos estados no combate ao coronavírus. Utilizou como metodologia a pesquisa descritiva qualitativa e quantitativa com a comparação entre os estados, num período de oito semanas no combate ao coronavírus. Como fundamentação teórica foi observado a Legislação do Sistema Único de Saúde. Seis estados foram destacados da análise dos dados de Receita Corrente Líquida destinada a saúde pública pelos estados, taxa de contaminação e taxa de letalidade. Com base na análise quantitativa e qualitativa entre os estados, chegou-se a conclusão da importância do aporte financeiro aliado a interlocução dos estados com os municípios. Além disso, é fundamental incrementar soluções inovadoras para a maximização dos recursos, garantindo o atendimento da população. A pesquisa avaliativa encontrou dificuldades para obter dados e informações com os mesmos índices nos diversos estados sendo crucial que seja realizado mais pesquisas com o cunho analítico sobre as ações dos gestores em relação a utilização dos recursos para saúde e não somente a avaliação dos recursos, e ainda assim propõe a criação de um índice de saúde em prol da sociedade.

Palavras-chave: Covid-19, Avaliação, estados.

ABSTRACT

The objective of this evaluation survey was to answer whether the Brazilian public health problem is fixed in administrative management or in financing of the Unified Health System based on the comparison of the States in the fight against the coronavirus. It used as methodology the descriptive qualitative and quantitative research with the comparison between the States, in a period of eight weeks in the fight against the coronavirus. As theoretical basis was observed the legislation of the Unified Health System. Six states were highlighted from the analysis of the Net Current Revenue data destined to public health by the states, contamination rate and lethality rate. Based on the quantitative and qualitative analysis between the states, it was concluded the importance of the financial contribution allied to the interlocution of the states with the municipalities. In addition, it is fundamental to increase innovative solutions for the maximization of resources, guaranteeing the attendance of the population. The evaluation research found difficulties to obtain data and information with the same indexes in several states, and it is crucial to carry out more research with an analytical nature on the actions of managers regarding the use of resources for health and not only the evaluation of resources, and even so, proposes the creation of a health index in the benefit of the society.

Keywords: Covid-19, States, Search.

SUMÁRIO

RESUMO	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. FUNDAMENTAÇÕES LEGAIS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E DIFERENÇAS NA ATRIBUIÇÃO DOS ENTES FEDERADOS.....	8
3. FINANCIAMENTO AO COMBATE DA PANDEMIA COVID-19.....	10
4. CONCLUSÃO.....	20
5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	23

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito do cidadão e um dever de todos conforme preceitua a Constituição de 1988. Esse direito por vezes não alcança os cidadãos devido não só ao custo da manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS) determinado pelo princípio da reserva do possível do qual esclarece o limite das disponibilidades frente às ilimitadas necessidades da população, mas também pela limitação de gestão do próprio sistema. (Cardoso e Cunha, 2016).

Atualmente a saúde da população brasileira está enfrentando a pandemia da covid-19, o que pode evidenciar as ações do Estado frente à urgência de respostas adequadas. Recentemente, o Congresso Nacional atendeu à solicitação do Executivo e criou, por meio de crédito extraordinário, a ação 21C0, especificamente para o enfrentamento da pandemia.

Os recursos destinados à saúde da população brasileira deveriam atender as necessidades básicas, conforme a Constituição de 1988, porém, de acordo com diversos autores, é evidente que a sensação da população brasileira quanto saúde é de descaso e não há perspectiva de melhoria deste quadro. (SILVA, 2015; BRICK, 2012; OLIVEIRA, MATTOS, SOUZA, 2009).

Todavia é observado pela mídia a discrepância entre as ações dos diversos estados brasileiros, ou seja, mesmo que o governo central envie de forma proporcional recursos para o combate em cada estado, há reais diferenças em suas ações, tendo em vista os resultados alcançados de forma diferenciada no combate aos males sociais que atingem diversas regiões. (MULLER ET AL, 2012).

Também é perceptível que há diferenças na alocação de recursos próprios e identificar o que de fato leva a eficácia das ações relacionando o financiamento à saúde e, conseqüentemente, comparando com a gestão desses recursos permitirá aos gestores a melhor forma de alocação dos recursos minimizando os erros de financiamento e de gestão.

A presente avaliação tem o intuito de contribuir no esclarecimento sobre o problema da falta de recursos ou da falta de gestão sobre os recursos voltados a saúde pública a partir da análise da pesquisa relacionado ao valor destacado para o enfrentamento da pandemia e a comparação do aumento do número de casos ou da redução do número de casos. Dessa forma, averiguando comparativamente as ações entre os estados, esta avaliação permitirá observar a ação mais adequada frente aos problemas do SUS.

Assim foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem híbrida, isto é, uma

abordagem tanto quantitativa como qualitativa comparativa, usando pesquisas pelas secretarias estaduais de saúde e com fundamentação na legislação do SUS. Importante destacar que a análise para avaliação entre os estados não pretende esgotar as pesquisas sobre a dicotomia do financiamento e gestão do SUS.

Serão apresentados os capítulos a) Fundamentações Legais da Saúde Pública no Brasil e Diferenças na Atribuição dos Entes Federados, que informa a estrutura legal e reforça o papel dos Estados na relação entre os entes, b) Financiamento ao Combate da Pandemia da covid-19, correlaciona o financiamento dos estados e os resultados do combate a pandemia em cada estado quantitativa e qualitativamente, e c) Conclusão, consolida as informações da avaliação.

2. FUNDAMENTAÇÕES LEGAIS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E DIFERENÇAS NA ATRIBUIÇÃO DOS ENTES FEDERADOS

Com o advento da Constituição Cidadã, onde a saúde ganha destaque nos artigos 196 a 200, segundo Brasil (2017), e posteriormente com as leis pilares do Sistema Único de Saúde - Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990 - o direito à saúde no Brasil é fixado legalmente. Posteriormente com a Emenda Constitucional 19/2010 e as metas do milênio da Organização das Nações Unidas, garantem a priorização do Estado Brasileiro aos temas da saúde pública.

Destaca-se a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - SUS, Lei 8.080/1990 onde é fixado um dos princípios é a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera e com o foco na municipalização e regionalização.

Evidencia-se o direcionamento organizado entre as três esferas governamentais e o apoio a esfera mais próxima ao cidadão, o município. Todavia é importante registrar o papel de cada esfera no âmbito do SUS e que segundo Lenir (2018):

A Constituição distribuiu igualmente entre os três entes federativos a responsabilidade pelas ações e os serviços de saúde, na forma do disposto no art. 23, II. Conferiu à União e ao Estado competência concorrente para legislar sobre saúde (art. 24, XII) e definiu como diretriz organizativa do SUS a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, no sentido do princípio da subsidiariedade que pressupõe que aquilo que o município pode fazer, o estado não deve fazê-lo, tanto quanto a União em relação ao estado. (LENIR, pg. 2045, 2018).

As competências do SUS entre os entes federados estão devidamente esmiuçados na

Seção II da Lei Orgânica do SUS, e é possível destacar que: 1) A União é responsável pela formulação e normatização de políticas públicas de saúde. 2) Os Estados são responsáveis pela formulação e normatização de políticas no âmbito estadual e avaliam a divulgação dos indicadores de mortalidade dentro de sua esfera de atuação, 3) os Municípios além da formulação e normatização, eles executam os serviços de saúde. É nítido que com a descentralização houve descompasso na relação tripartite, segundo Lenir (2018), o problema se agravou a partir de 1990 nas negociações diretas entre o Ministério da Saúde e os municípios.

Entretanto, como já destacado anteriormente, os dados estaduais de mortalidade regional é uma competência de grande relevância para este estudo que auxiliará a comparação das ações governamentais em relação ao combate na pandemia que afetou todo o Brasil.

Deve ser destacado a importância e a peculiaridade do Estado na política de saúde pública, diante não só da observância referente aos indicadores regionais, mas também como destaca Santos e Andrade (2011):

O Estado tem o papel de coordenar o sistema estadual de saúde e legislar sobre saúde, de maneira suplementar. Bastariam essas duas competências para se reconhecer no Estado seu relevante papel de organizador, em conjunto com seus municípios, o sistema estadual de saúde, constituindo redes regionalizadas de saúde. (SANTOS E ANDRADE, 2011).

Destaca-se assim o papel dos estados em relação ao papel da União sendo que este ente tem a competência de promover normas gerais e financiar os estados e municípios para execução das políticas públicas de saúde. (Santos, 2012).

Acrescenta-se a importância do Estado na articulação do SUS no campo da assistência de média e alta complexidade visto a especialização necessária para atendimento das demandas no campo estipulado, conforme análise de Da Ponte e Júnior (2017), coordenando a articulação entre os municípios e permitindo ao cidadão o acesso a tratamentos de maior custo.

Para o enfrentamento da pandemia, observa-se as ações de cada ente federado, a União realiza o repasse necessário para o enfrentamento da pandemia, conforme Boletim Cofin (Brasil, 2020), os estados suplementam os recursos e orientam as ações regionais conforme destacado nos parágrafos anteriores e os municípios executam os serviços de saúde conforme

a Lei Orgânica do SUS¹.

3. FINANCIAMENTO AO COMBATE DA PANDEMIA COVID-19

Os recursos destinados ao combate do coronavírus chegam a ordem de 46,6 bilhões de reais) pela ação 21C0, conforme Boletim Cofin (Brasil, 2020), valor expressivo e, mesmo diante dos problemas enfrentados pela articulação política e mesmo pela fragilidade de atuação do Congresso Nacional já observado nas últimas quatro pandemias anteriores recentes, segundo Romério e Delduque (2017), estão sendo destinados aos estados brasileiros de forma equilibrada em relação ao número de habitantes conforme o Boletim supracitado compreendido até 11/08/2020.

Além do repasse da União, os estados estão destinando orçamento da sua Receita Corrente Líquida (RCL), porém de forma desproporcional, conforme Fiuza (2020), e em relação a este fato percebe-se uma heterogeneidade das ações estaduais, entretanto tais ações estão relacionadas ao valor de recurso disponível, o que permite observar que o montante destinado por cada estado durante os meses da pandemia em razão ao número de pessoas infectadas, pode indicar quais estados foram mais eficazes que outros.

Preponderante para vincular a análise da RCL é a observância dos casos de contágio e de letalidade conforme o sítio Monitoramento do Laboratório Inteligência de Saúde da Universidade de São Paulo (Portal covid-19 Brasil, 2020). Para melhor esclarecimento dos dados, foi realizada a inserção do número de casos absolutos por estado. Depreende-se da informação que os estados com menos quantidade de casos por cem mil habitantes são: Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro e os estados com maior quantidade de casos por cem mil habitantes são Roraima, Amapá e Distrito Federal.

Os estados com menos casos por cem mil habitantes relacionados no parágrafo anterior estão entre os cinco estados que menos destacaram receita corrente líquida para o enfrentamento da pandemia e os estados com mais casos por cem mil habitantes no mesmo parágrafo estão entre doze estados que mais destacaram receita corrente líquida.

Analisaremos os estados em relação ao seu financiamento em comparação às taxas de casos e a mortalidade proporcional populacional.

¹ O **Boletim Cofin** é uma publicação semanal do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com informações sintéticas sobre a evolução dos gastos federais do Sistema Único de Saúde (SUS) para combate à pandemia da covid-19.

Quadro 1 - RCL, taxa de casos e taxa de letalidade

RCL aplicada em saúde por estado		Taxa crescimento de casos confirmados no período	Crescimento na taxa de letalidade no período
Estado	% RCL	02/07 a 29/08	02/07 a 29/08
Acre	16,30%	175,12%	-7,69%
Alagoas	12,90%	210,25%	-20,69%
Amapá	13,10%	146,71%	7,14%
Amazonas	20,60%	163,01%	-21,05%
Bahia	13,10%	321,10%	-16,67%
Ceará	13,30%	183,74%	-27,78%
Distrito Federal	15,50%	301,77%	33,33%
Espírito Santo	15,40%	218,99%	-17,65%
Goiás	12,90%	496,02%	9,52%
Maranhão	13,10%	175,41%	-8,33%
Mato Grosso	10,00%	511,42%	-21,05%
Mato Grosso do Sul	12,80%	516,85%	54,55%
Minas Gerais	7,70%	419,21%	20,00%
Pará	16,40%	180,39%	-33,33%
Paraíba	11,50%	213,04%	9,52%
Paraná	9,60%	490,30%	-3,85%
Pernambuco	17,20%	203,14%	-25,93%
Piauí	13,20%	316,97%	-20,69%
Rio de Janeiro	8,10%	190,85%	-19,32%
Rio Grande do Norte	12,00%	184,26%	2,86%
Rio Grande do Sul	10,90%	426,17%	22,73%
Rondônia	12,10%	248,05%	-16,67%
Roraima	14,10%	237,24%	-31,58%
Santa Catarina	13,30%	512,36%	25,00%

São Paulo	14,20%	265,22%	-26,00%
Sergipe	11,70%	256,44%	-7,41%
Tocantins	17,80%	429,22%	-27,78%

Quadro criado pelo autor. Fonte: FIUZA e Portal covid-19 Brasil.

Utilizando como base a verificação quantitativa, a pesquisa consultou as secretarias estaduais de alguns estados que mais chamaram a atenção naquela verificação para que assim possa ser observado as ações e os resultados alcançados diante da disponibilidade de recursos e as ações tomadas.

Com a categorização da RCL, da taxa de contaminação, taxa de letalidade de cada estado é possível depreender a efetividade das ações das tomadas de decisão que os governos estaduais tomaram.

Os estados analisados qualitativamente foram: Rio de Janeiro, Alagoas, Tocantins, Distrito Federal, Santa Catarina e Minas Gerais.

3.1 Análise da Experiência do Rio de Janeiro

De acordo com o Quadro 1, o estado do Rio de Janeiro (RJ) destinou 8,1% da sua RCL para saúde, registrou aumento de 190,85% no número de casos confirmados da doença e registrou também um decréscimo de 19,32% no número de óbitos.

Considerando que o estado foi um dos que menos destinou recursos à saúde, o RJ alcançou um nível considerável de eficiência. A utilização de parcerias foi fundamental para a maximização dos recursos públicos, como pode ser observado na utilização da Central Telefônica estadual sobre o coronavírus, onde o cidadão pode perguntar sobre informações verídicas sobre o vírus bem como a identificação da doença informando os sintomas (Rio de Janeiro, 2020). Esta importante central provém da parceria entre as secretarias de saúde e a secretaria de segurança pública e foi iniciada em março de 2020, ou seja, antes do pico da doença dando o suporte de informações precisas desde os primeiros meses da pandemia no estado. A central telefônica é destaque no Plano de Contingência Atenção Primária à Saúde para o Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro (2020), onde consta da seguinte forma:

Os usuários com dúvidas podem ser orientados a telefonar também para o Sistema de Teleatendimento 24 horas do Estado para Orientações sobre Coronavírus, lançado em 23 de março, pelo telefone 160. O serviço estadual opera gratuitamente com o objetivo de evitar que usuários sem sinais de contaminação ou sem sintomas graves

saiam de casa sem necessidade, evitando exposição e transmissão do vírus, bem como reduzir fluxo excedente em unidades de saúde. (RIO DE JANEIRO, p. 7, 2020).

A parceria entre as secretarias municipais e a secretaria estadual permite melhor ação estatal garantindo assim a qualidade necessária para a redução do quadro da pandemia no RJ. O trabalho em conjunto entre a secretaria estadual com as secretarias municipais fica evidente nas deliberações conjuntas do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro com a Comissão Intergestora Bipartite, onde por exemplo é perceptível o trabalho na mesma sinergia quando se observa a revisão do Plano de Contingência da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro para o enfrentamento ao coronavírus, conforme a Deliberação Conjunta CIB/COSEMS-RJ nº 75 de 29/05/2020. Este plano informa dados significativos de número de leitos clínicos, leitos de UTI, rede hospitalar, nome do servidor de referência, telefone da referência e outras informações cruciais.

A inovação governamental continua com o cadastro de profissionais de saúde voluntários já em março de 2020, permitindo o reforço sem o gasto dos recursos pelo menos em parte da equipe para o enfrentamento da pandemia.

Também é perceptível a inovação quando é verificado que o hemocentro do RJ realiza uma pesquisa sobre os anticorpos existentes na população e que garantem um mapeamento sobre a resiliência da população até o final do período pandêmico.

Tais ações do RJ, conforme a análise no sítio da sua Secretaria de Saúde demonstrou, corroboram que o estado atinge a eficiência dos recursos públicos com soluções inovadoras e de imediata aplicação das soluções. (Rio de Janeiro, 2020).

3.2 Análise da Experiência de Alagoas

De acordo com o Quadro 1, o estado de Alagoas destinou 12,9% da sua RCL para saúde, registrou aumento de 210,25% no número de casos confirmados da doença e registrou também um decréscimo de 20,69% no número de óbitos.

O estado em comparação com outros estados e o DF está aproximadamente na média dos que destinaram recursos à saúde, todavia o aumento de casos confirmados da doença é um dos menores e ainda se percebe a redução do número de óbitos em comparação com os demais estados.

O sítio eletrônico do estado sobre o combate ao coronavírus mostra claramente a transparência e a qualidade das informações relacionadas ao tema e isso indica ao cidadão que realiza o controle social como o estado de AL está tratando com a devida seriedade que o caso requer.

A qualidade do mapeamento, o controle de leitos (enfermaria e UTI) e a facilidade de experiência com o sítio chamam a atenção e refletem os bons níveis do estado em comparação com os demais.

Destaca-se também o atendimento virtual que o sítio traz denominado “Zap da Saúde”. Dessa forma o cidadão é atendido de forma célere e encaminhado ao suporte necessário da Secretaria Estadual de Saúde.

Concatenado com a transparência pública supracitada o estado apresentou uma boa execução nas Centrais de Triagem da covid-19 com mais de 42 mil atendimentos nos primeiros 3 meses, as quatro Centrais de Triagem do estado otimizaram os testes para pessoas que realmente apresentavam sintomas da doença e as ações citadas permitiram que o estado alcançasse uma redução no quadro de infectados e consequentemente de mortes pela doença. (Alagoas, 2020).

Frisa-se que as Centrais de Triagem não são centrais de testagem. Essa diferença crucial permite que as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) possam atender com a devida testagem os casos possíveis de contaminação pelo coronavírus, garantindo maior assertividade e economicidade relacionados aos kits de testagem.

O protocolo garante a celeridade das Centrais de Triagem, pois o cidadão que está com sintomas claros antes dos primeiros sete dias é encaminhado à UPA mais próxima, caso contrário, ele será direcionado a uma central de triagem que realizará testes clínicos e testagem rápida, caso necessário.

Os estados do Rio de Janeiro e de Alagoas que foram destaques na relação RCL e redução na taxa de letalidade atuaram com inovação e agilidade para atingir seus objetivos. O estado do Rio de Janeiro aumentou a capacidade de testagem em três vezes já em julho de 2020 e foi um dos estados que mais rapidamente concluíram o primeiro hospital de campanha. Percebe-se que o aumento na capacidade de testagem não foi capitaneado pelo aumento de despesas, mas com parceria assinando um termo de cooperação com Dados do Bem, aplicativo desenvolvido pelo Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino (IDOR) e pela *Zoox Smart Data*, sem fins lucrativos, ou seja, gratuito para administração estadual, porém com grande relevância para organização da triagem para testagem da população.

Já o estado de Alagoas surpreendeu pela qualidade das informações catalogadas no seu sítio eletrônico e também pela quantidade de Equipamento de Proteção Individual (EPIs) tanto para classe médica quanto para população vulnerável, não gerando assim uma pulverização da contaminação no ambiente hospitalar com ação de custo baixo.

3.3 Análise da Experiência do Tocantins

De acordo com o Quadro 1, o estado de Tocantins destinou 17,8% da sua RCL para saúde, registrou aumento de 429,22% no número de casos confirmados da doença e registrou também um decréscimo de 27,78% no número de óbitos.

Elevada destinação de recursos à saúde, altíssimo nível de contaminação e redução no número de óbitos demonstram o desafio de ser feito uma boa análise no que foi realizado pelo estado de Tocantins. Observando as notícias da Secretaria de Estado de Saúde de Tocantins, percebe-se que o estado adotou prioritariamente a melhoria da estrutura hospitalar e ampliação dos leitos em detrimento a medidas de contenção da circulação de pessoal. O apontamento anterior é ratificado principalmente no que se diz respeito ao questionamento do prefeito do município de Araguaína em relação as ações do governo estadual em 03/04/2020. (Tocantins, 2020).

Em relação ao diálogo entre a Secretaria Estadual de Saúde e as demais secretarias municipais, fica evidente que houve um atraso na comunicação, tendo em vista que o Decreto que traz as devidas recomendações gerais as prefeituras do estado foi publicado somente no dia 13/04/2020 - Decreto 6.083/2020 - diferente do que ocorreu em Alagoas onde, por meio da Portaria SESAU nº 1.009, de 05/02/2020, as primeiras orientações foram publicitadas com a participação clara das secretarias municipais de saúde. Essa diferença de articulação entre a secretaria estadual e as secretarias municipais favorecem o descompasso das ações de políticas públicas voltadas ao combate contra o coronavírus como está devidamente refletido no número de pessoas infectadas em Tocantins, uma das porcentagens mais altas entre todos os estados analisados, conforme o quadro 1.

Dessa forma fica claro a diferença entre os critérios analisados e o impacto percebido é a reestruturação da estrutura em saúde pública e sem observância as políticas públicas que proporia a rapidez das ações do governo.

3.4 Análise da Experiência do Distrito Federal

De acordo com o Quadro 1, a Unidade Federativa Distrito Federal (DF) destinou 15,5% da sua RCL para saúde, registrou aumento de 301,77% no número de casos confirmados da doença e registrou também um aumento de 33,33% no número de óbitos.

A destinação de recursos relativamente alta não refletiu na redução dos casos confirmados e tampouco na redução no número de óbitos, sendo que este último dado houve um aumento significativo em relação ao período analisado.

O DF tem a melhor estrutura de saúde do país em todos os requisitos, conforme registros de 2019, quer seja pelo número de leitos, pelo número de respiradores, pelo número de enfermeiros ou quer seja pelo número de médicos, segundo o IBGE (2020). Diante de tamanha estrutura e pelo fato que é uma das Unidades Federativas que mais destinou recursos à saúde, não haveria motivos para um aumento tão expressivo no número de casos e principalmente no número de óbitos como foi destacado no quadro 1.

As ações do DF refletem parcialmente a baixa efetividade, dentre as que podemos destacar são as seguintes: mudança no comando da secretaria de saúde, operação do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios contra a alta cúpula da nova gestão da secretaria de saúde relacionada a testes adquiridos para coronavírus e ações ao combate do vírus somente após o Carnaval.

O DF foi umas das unidades federativas que mais expediram atos normativos e tiveram ações no combate da pandemia, entretanto é evidente que com a gestão fragilizada, a eficácia das ações do governo não surtiu o efeito esperado. (Distrito Federal, 2020).

Em relação aos estados que tiveram uma baixa efetividade, Tocantins e Distrito Federal, o montante destinado em relação a sua RCL não atingiu os melhores resultados do que se percebe nas taxas de contaminação e letalidade frente o que fora apresentado pelos demais estados. Tocantins apresentou um expressivo aumento da taxa de contaminação, mas paradoxalmente apresentou uma grande redução no número de óbitos. As ações do estado de Tocantins demonstram o foco no tratamento dos contaminados, contudo, não há ações destinadas ao impedimento da contaminação. A requisição de UTIs da rede particular noticiada pelo próprio estado na primeira quinzena de março, mesmo não havendo casos de coronavírus no estado, refletem a afirmação acima. É perceptível também que o estado de Tocantins foi o último a ter habitantes contaminados o que explica parcialmente a quantidade exponencial no período pesquisado enquanto outros estados já estavam começando a

estabilizar a curva de contaminação.

O Distrito Federal possui peculiaridades que parcialmente explica sua alta taxa de contaminação e letalidade. É a Unidade Federativa com maior densidade populacional segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e é a Unidade Federativa com maior renda per capita também segundo o mesmo instituto (IBGE, 2020). Estes dados refletem diretamente na contaminação tendo em vista que seus habitantes têm maiores possibilidades de viagens internacionais e possuem maior proximidade entre eles. As ações do Distrito Federal foram inovadoras como a redução da carga tributária para produção de álcool em gel e pesquisas na contenção do coronavírus, porém a demora na contratação do reforço da equipe de profissionais da saúde que ocorreu no final de março, pode ter contribuído para a baixa eficácia da Unidade Federativa além dos fatores preexistentes já mencionados.

Um dado interessante na análise da RCL: todas as Unidades Federativas que destinaram mais do que 15% de sua RCL para saúde possuem uma redução na taxa de letalidade, exceto o DF. Esta informação pode ser explicada diante do fato que houve por parte destas Unidades Federativas o foco em requisitar e ou construir mais leitos para o tratamento da pandemia, contudo em alguns casos não é perceptível o financiamento para o combate na infecção da população.

3.5 Análise da Experiência de Santa Catarina

De acordo com o Quadro 1, o estado de Santa Catarina destinou 13,3% da sua RCL para saúde, registrou aumento de 512,36% no número de casos confirmados da doença e registrou também um aumento de 25% no número de óbitos.

Dado os números apresentados, a gestão da saúde de Santa Catarina destinou abaixo da média recursos à saúde em comparação com os demais estados e também é visível que foi um dos estados com menor eficiência destes recursos tendo em vista o grande número de casos confirmados e número de óbitos.

As ações do estado podem explicar tais números tendo em vista que o estado somente anunciou oficialmente ações ao combate da pandemia na segunda quinzena de março de 2020, pelo Decreto nº 507/2020, no mesmo período o governo do estado estava articulando o retorno das atividades ouvindo o setor produtivo - porém não foi informado pela secretaria de saúde se ocorreu a consulta dos sanitaristas do estado - aliado a projeção de 713 leitos de UTI,

contudo faltando a informação sobre as medidas de contenção da expansão viral, a criação de um centro de dados em abril para dar suporte as tomadas de decisões, mas sem uma robusta quantidade de testagens na população do qual poderia melhorar a verificação da incidência viral a nível de bairros, e somente no final do mês de abril ocorreu a primeira rodada de conversa sobre as medidas de enfrentamento contra a da covid-19 com as prefeituras. (Santa Catarina, 2020).

Um fato de grande relevância foi quando ocorreu a primeira distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). A entrega foi realizada no dia 03/04/2020 conforme informação da própria secretaria de saúde (Santa Catarina, 2020), ou seja, em comparação com outras Unidades Federativas como o Distrito Federal do qual já demonstrou que seu estoque estava preparado desde o dia 11/03/2020 (Distrito Federal, 2020), fica claro a falha na logística de proteções fundamentais para proteção à saúde da população no intuito de se evitar a propagação do vírus.

3.6 Análise da Experiência de Minas Gerais

De acordo com o Quadro 1, o estado de Minas Gerais destinou 7,7% da sua RCL para saúde, registrou aumento de 419,21% no número de casos confirmados da doença e registrou também um aumento de 20% no número de óbitos.

O menor valor destinado a secretaria de saúde em relação a RCL é de Minas Gerais e aliado as ações deste estado é perceptível que a efetividade baixa pode se embasar na destinação de recursos aliado a gestão. Entretanto, o estado de Minas Gerais recebeu um caso suspeito no dia 22/01/2020 e o ponto positivo é que a secretaria estadual de saúde prontamente comunicou a todas as secretarias municipais, ou seja, mesmo com baixo recurso o estado integrou as atenções com os municípios e isto deve ser levado em conta tendo em vista que o SUS é totalmente interligado e a maximização dos resultados perpassa pela integração das ações entre os entes federados principalmente com a articulação do Estado.

Outro ponto de destaque é a criação do COES - Centro de Operação de Emergência em Saúde - criado no dia 29/01/2020 com foco total sobre o coronavírus para dar resposta coordenada por meio da articulação entre os diversos atores.

Todavia, no dia seguinte ao Carnaval, o primeiro caso confirmado surgiu. Durante o período do Carnaval, a secretaria estadual de saúde não demonstrou no seu próprio sítio ações de prevenção ao coronavírus. No dia 04/03/2020, percebe-se falha na informação dos dados

dos municípios para integração às informações do estado de Minas Gerais, persistindo o erro no dia 05/03/2020, tal fato demonstra que ocorreram falhas também na ótica da gestão e não somente na falta de recursos. (Minas Gerais, 2020).

O ponto negativo: as decisões do governo estadual sem antes uma consulta dos governos municipais, reduzindo o avanço na constituição do COES. As reuniões eram sempre com base nas regiões do estado e esta ação comprometeu a maximização dos resultados.

O estado de Santa Catarina apresenta números preocupantes, alta taxa de contaminação e letalidade mesmo sendo um dos estados que mais investiram na saúde. Observando suas ações noticiadas pelo próprio estado, nota-se que a criação de um núcleo de inteligência ocorrera somente em abril de 2020, ou seja, a coordenação entre estado e municípios foi atrasada em comparação ao estado do Amapá que criou o seu centro de controle em março de 2020 e mesmo com a destinação menor de RCL, obteve melhores resultados do que Santa Catarina.

É nítido que sem o recurso para saúde qualquer estado depende de ações mais planejadas e elaboradas, sobre isso pode-se comparar o estado de Minas Gerais com o estado do Rio de Janeiro. Os dois estados foram os que menos destinaram recursos à saúde, porém a inovação do estado carioca fez com que obtivesse mais êxito do que o estado mineiro no qual pouco realizou e isso fica evidente comparando o número de infectados e a taxa de letalidade entre eles.

No intuito de facilitar o entendimento das análises comparativas supracitadas, abaixo segue um quadro resumo sobre as ações capitais de cada estado e a relação de eficiência.

Quadro 2 - Resumo comparativo das UFs destacadas

Unidade Federativa	Ações/Inovações destacadas	Ações negativas	Nível de eficiência entre as UFs destacadas
RJ	<ul style="list-style-type: none"> • Central Telefônica em parceria com as Secretarias Municipais; • Cadastro de profissionais de saúde voluntários; • Pesquisa de resiliência populacional pelo Hemocentro. 	<input type="checkbox"/> Baixa destinação de Receita para Secretaria Estadual de Saúde.	1º
AL	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor organização das informações sobre covid-19 com mapeamento de leitos em tempo real; • Alta quantidade de testagem nas 	<input type="checkbox"/> Descentralização das Centrais de Triagem para outros municípios do Estado.	2º

	Centrais de Triagem.		
TO	<ul style="list-style-type: none"> • Requisição de UTIs da rede privada; • Melhoria na estrutura da rede hospitalar pública. 	<input type="checkbox"/> Ausência de ações contundentes para prevenção da propagação da covid-19.	3º
DF	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira UF a adotar decretos para promover o isolamento social. 	<input type="checkbox"/> Troca de comando na secretaria de saúde em meio à pandemia; <input type="checkbox"/> Processo de investigação contra corrupção na aquisição de kits de testagem.	4º
SC	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento substancial da quantidade de UTIs. 	<input type="checkbox"/> Falta de articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais.	6º
MG	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Centro de Operação e Emergência em Saúde em janeiro de 2020 para o combate à pandemia. 	<input type="checkbox"/> Falta de integração dos dados das Secretarias Municipais com a Secretaria Estadual.	5º

Elaborado pelo autor.

Depreende-se que os estados indicados no quadro agiram com tomadas de decisões diversas entre eles. Frisa-se que pela falta de orientação única, a grande dificuldade foi encontrar um paralelo ideal comparativo nas informações de cada secretaria estadual, sendo um dos problemas desta avaliação servindo como aperfeiçoamento para futuros trabalhos de avaliação entre as ações estaduais relacionadas à saúde pública.

4. CONCLUSÃO

Esta pesquisa procurou entender a dicotomia entre o financiamento da saúde pública nos estados e a gestão da saúde diante ao enfrentamento da pandemia do coronavírus.

Analizou o percentual da Receita Corrente Líquida de cada estado destinado a saúde observando num período de 8 semanas entre julho e agosto a taxa de contaminação e a taxa de letalidade ocasionada pela pandemia.

Aliado aos dados acima, foi observado o comportamento de cada estado e suas ações capitais veiculadas por cada secretaria estadual de saúde.

Interessante notar as diferenças nas ações de cada estado para o mesmo problema sanitário que acometeu a todos os estados brasileiros e suas atitudes legitimam ainda mais a atuação e importância dos estados na saúde pública brasileira, ratificando o que Santos e Andrade (2011) já haviam enunciado.

Através da pesquisa é observado que a atuação estatal é assertiva quando vincula uma ação conjunta com os municípios de forma célere e dinâmica. Também é assertiva quando é inserida a criatividade em buscar novas ferramentas que não dependam tanto do recurso público, mas sim de viabilizar o alcance do objetivo, quer seja pelas informações ou quer seja pela prevenção.

A inovação e a criatividade minimizam o distanciamento dos princípios da reserva do possível e do mínimo existencial permitindo o alcance de melhores resultados no financiamento à saúde aliado a uma gestão colaborativa com os municípios. Isto ficou evidente na gestão do Rio de Janeiro quando aquele estado estabeleceu a parceria para Centrais Telefônicas, e assim, segundo Sales (2015) o Estado demonstra a atuação eficiente administrando os princípios supracitados.

É possível identificar também que mesmo com a disponibilização de recurso é possível não alcançar os resultados esperados quando não há integração entre os municípios e a secretaria estadual, desvinculando do princípio da descentralização político-administrativa, quando não há incentivo em pesquisas e quando não há celeridade para impedir o avanço do problema sanitário.

Importante ressaltar que esta pesquisa ainda careceu de diversas outras análises para melhor compreensão do gestor público, como por exemplo a cultura social de cada estado, suas peculiaridades, a densidade demográfica, a desigualdade social, o aparato da rede de saúde local entre outros diversos fatores. Dessa forma o intuito desta pesquisa é subsidiar novas pesquisas para melhor compreensão das diferenças sobre se há falta de recursos ou se há falta de gestão da saúde pública.

Acrescenta-se o fato que não era perceptível o ganho das ações dos tomadores de serviço do qual ficasse claro a situação pré-pandemia e durante a pandemia, tendo em vista que dessa forma poderia ser contabilizado não somente o valor gasto como é de praxe a transparência de todas as secretarias, mas com a adoção do que foi realmente relevante, garantindo um melhor controle social, como por exemplo a contagem dos leitos de UTI acrescidos da situação antes da pandemia, hospitais criados em comparação a situação anterior e outras informações relevantes.

De todo modo durante a pesquisa ficou evidente que a inexistência de índice da saúde pública, quer seja entre os hospitais ou quer seja entre os estados, afeta qualquer análise comparativa. Caso surgisse um índice, como o Índice da Educação Básica (IDEB), o controle

social seria mais efetivo para que fosse exigido o mínimo de qualidade na saúde pública em cada hospital público, em cada estado brasileiro.

5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Alagoas. ALAGOAS CONTRA O CORONAVÍRUS. Disponível em: <<http://www.alagoascontraocoronavirus.al.gov.br/>>. Acessado em 01/11/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Boletim Cofin. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0812_T1_2_3_G1_ate_11_RB-FF-CO_FINAL_revisado.pdf>. Acessado em: 16/08/2020.

BRICK, Alexandre V. O ensino médico e o SUS. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, v. 27, n. 2, p. 331-333, 2012.

CARDOSO, Itala Lopes; CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O mínimo existencial do direito à saúde no SUS: o caso do Programa Saúde da Família. *CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO*, v. 5, n. 4, p. 9-26, 2016.

DA PONTE, Antonio Carlos; JÚNIOR, Reynaldo Mapelli. Redes interfederativas de serviços de saúde e controle do Ministério Público: o papel dos estados no SUS. *Revista de Direito Brasileira*, v. 18, n. 7, p. 315-330, 2017

Distrito Federal. PORTAL COVID-19. Disponível em: <<http://www.coronavirus.df.gov.br/>>. Acessado em 02/11/2020.

FIUZA, Patrícia. Minas Gerais é o estado brasileiro que aplicou menos recursos em saúde durante a pandemia. *G1 Globo*. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/08/10/minas-gerais-e-o-estado-brasileiro-que-aplicou-menos-recursos-em-saude-durante-a-pandemia.ghtml>>. Acessado em 16/08/2020.

IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18/10/2020.

IBGE. IBGE DIVULGA DISTRIBUIÇÃO DE UTIs, RESPIRADORES, MÉDICOS E ENFERMEIROS. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27614-ibge-divulga-distribuicao-de-utis-respiradores-medicos-e-enfermeiros>>. Acessado em: 11/11/2020.

Minas Gerais. CORONAVÍRUS. Disponível em <<http://www.coronavirus.saude.mg.gov.br/>>. Acessado em: 02/11/2020.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

Portal COVID-19 Brasil. COVID-19 BRASIL. Disponível em: <<https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/>>. Acessado 15/08/2020.

Rio de Janeiro. CORONAVÍRUS RJ. Disponível em: <<https://coronavirus.rj.gov.br/>>.

Acessado em 01/11/2020.

Rio de Janeiro. PLANO DE CONTINGÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE PARA O CORONAVÍRUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/30.03-REV-Plano-APS-COVID-19_Corrigido-1.pdf> . Acessado em 10/11/2020.

Santa Catarina. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/>>. Acessado em 02/11/2020.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2043-2050, 2018.

SANTOS, Lenir e ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. O Estado na articulação do Sistema de Saúde: um elo perdido? , Disponível em: <http://idisa.org.br/site/documento_4440_0__o-estado-na-articulacao-do-sistema-de-saude:-um-elo-perdido-.html>. Acessado em: 08/09/2020

SANTOS, Lenir dos. SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde: regionalizando a descentralização. 2012. 288 p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309399>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SALES, Pedro Vinícius Guerra de. A reserva do possível no acesso ao direito fundamental à saúde. 2015.

SILVA, Rosa Shirley. O entendimento do direito à saúde: uma abordagem dos usuários do SUS no Distrito Federal. *CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO*, v. 4, n. 3, p. 56-74, 2015.

Tocantins. INTEGRA SAUDE TOCANTINS. Disponível em: <<http://integra.saude.to.gov.br/covid19>>. Acessado em: 01/11/2020.