



Universidade de Brasília

Instituto de Ciência Política

Desafios da saúde pública em contextos de crise: uma revisão de literatura sobre a relação entre a atuação do Governo Federal durante a Covid-19 e os profissionais de saúde

Giovanna Sousa Meneses

Brasília/DF

Agosto de 2025



Universidade de Brasília

Instituto de Ciência Política

Desafios da saúde pública em contextos de crise: uma revisão de literatura sobre a relação entre a atuação do Governo Federal durante a Covid-19 e os profissionais de saúde

Giovanna Sousa Meneses

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

Brasília/DF
2025

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BNR	Burocratas de nível de rua
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CT&I	Ciência, Tecnologia e Informação
Doi-Codi	Centro de Operações de Defesa Interna
ESPII	Emergência e Saúde Pública e Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FPS	Frente Parlamentar da Saúde
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MPS	Medidas Provisórias
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD Contínua	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

A pandemia de Covid-19 revelou fragilidades estruturais na gestão de crises sanitárias e reforçou a importância de estratégias coordenadas para conter a disseminação de doenças. No contexto brasileiro, caracterizado pelo modelo federativo, a União desempenha papel central na formulação e condução de políticas públicas, sobretudo em situações emergenciais na área da saúde. Este estudo, desenvolvido por meio de uma revisão sistemática de literatura, analisa a atuação do Governo Federal na gestão da pandemia e investiga como suas decisões impactaram os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente. Para isso, realiza-se inicialmente uma análise teórica sobre o federalismo no Brasil (capítulo I), com ênfase no setor de saúde, identificando suas particularidades e as mudanças ocorridas durante o governo Bolsonaro. Em seguida, examinam-se as ações governamentais adotadas e seus efeitos práticos sobre a atuação e as condições de trabalho desses profissionais (capítulo 4). Ao sintetizar a produção científica existente, o trabalho busca oferecer subsídios para a compreensão crítica da gestão pública em contextos de crise e contribuir para o aprimoramento das políticas de saúde em futuras emergências sanitárias.

Palavras-chave: coordenação intergovernamental, pacto federativo, federalismo, Covid-19, pandemia, profissionais da saúde, Brasil.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic exposed structural weaknesses in the management of health crises and reinforced the importance of coordinated strategies to contain the spread of diseases. In the Brazilian context, characterized by a federal model, the Union plays a central role in formulating and implementing public policies, especially in emergency situations in the health sector. This study, developed through a systematic literature review, analyzes the Federal Government's role in managing the pandemic and investigates how its decisions affected health professionals working on the front lines. To this end, it begins with a theoretical analysis of federalism in Brazil (Chapter 1), with an emphasis on the health sector, identifying its specific features and the changes that occurred during the Bolsonaro administration. It then examines the governmental actions adopted and their practical effects on the performance and working conditions of these professionals (Chapter 4). By synthesizing the existing scientific literature, this work seeks to provide insights for a critical understanding of public management in crisis contexts and to contribute to the improvement of health policies in future health emergencies.

Keywords: intergovernmental coordination, federative pact, federalism, Covid-19, pandemic, health professionals, Brazil.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 FEDERALISMO NO BRASIL.....	7
2.1 Pacto Federativo nas Políticas Públicas de Saúde.....	10
2.2 Pacto Federativo: O Governo Bolsonaro.....	14
3 BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA: DEFINIÇÃO E IMPORTÂNCIA.....	21
4 METODOLOGIA.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
5.1 Política e Governança.....	27
5.2 Serviços Públicos e Sistema de Saúde.....	32
5.3 Impactos Sociais.....	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	50
ANEXO 1 - Artigos analisados por área temática.....	50

1 INTRODUÇÃO

A pandemia global desencadeada pela crise sanitária, causada pela Covid-19 teve um impacto devastador em todo o mundo. De acordo com Carmo (2022), essa crise multifacetada enfatizou a necessidade dos países ampliarem as capacidades de identificar riscos de disseminação ou propagação de doenças emergentes e reemergentes, através de uma atuação que permita implementar respostas coordenadas aos surtos de doenças infecciosas.

No Brasil, a gestão da pandemia da Covid-19 foi marcada por uma grande descoordenação entre os entes federativos, além de constantes embates políticos/ideológicos entre autoridades (Fernandes, 2021). Fernandez (2022) estipula que a ausência de uma orientação clara e fundamentada cientificamente por parte do Governo Federal no combate à pandemia levou os estados e municípios a tomarem decisões de forma independente, resultando em abordagens variadas e, por vezes, contraditórias.

Todo esse cenário submerso por incertezas afetou a população como um todo, mas principalmente aos profissionais de saúde, que atuaram sob diversas pressões e adversidades, e que mesmo diante de inúmeras dificuldades demonstraram ser um importante braço do Estado para a administração e mitigação da crise sanitária.

Lotta (2021) aborda que a ausência de coordenação entre os estados federativos brasileiros no contexto da pandemia da Covid-19 não apenas afetou adversamente os profissionais da saúde, mas também teve implicações substanciais na gestão da saúde pública. A análise dessa dinâmica torna-se imperativa para garantir respostas mais uniformes e eficazes às questões em pauta, bem como para preparar nossa sociedade para enfrentar com maior eficácia as crises futuras. Além disso, oferece contribuições relevantes para a revisão e aprimoramento do sistema de saúde como um todo, tornando-o mais resiliente e capaz de reagir de maneira ágil às demandas que se apresentam.

Diante de todo este contexto, foi elaborada uma revisão sistemática de literatura no intuito de mapear e sintetizar o conhecimento teórico disponível na literatura científica da Ciência Política sobre a temática de como a atuação do Governo Federal durante a Covid-19 afetou os profissionais de saúde. Nos últimos anos esta temática tem tido destaque nas discussões acadêmicas e profissionais, especialmente diante de possíveis eclosões de pandemias no mundo. Diante do crescente interesse, esse trabalho busca compreender quais foram os principais erros da gestão pública durante o período de gestão da crise e como isso implicou na atuação dos profissionais de saúde. A escolha por uma abordagem sistemática

justifica-se pela necessidade de garantir transparência, reprodutibilidade e rigor metodológico no processo de seleção, análise e síntese dos estudos incluídos.

2 FEDERALISMO NO BRASIL

O Brasil se configura como um Estado Federativo, o qual é composto por um governo central e outros diferentes níveis de governo subnacionais, compostos por entes estaduais e municipais. Todos estes entes federados são regulados por uma constituição comum que determina e regula as competências (exclusivas e concorrentes) de cada nível, combinando um autogoverno das unidades federativas com um governo central compartilhado. Uma das grandes características dos governos federalistas é propiciar de forma coexistente uma unidade nacional do Estado e autonomia política interna dos estados e municípios, fazendo com que essa unidade política consiga abarcar uma diversidade de soluções para os problemas regionais e promover uma maior integração e compreensão das especificidades de cada localidade. Por mais que a descentralização não se configure como caráter essencial desta forma de governança, este processo de descentralizar as competências entre os governos e de garantir que as instituições possam interagir e produzir um sistema de trocas e colaboração política, econômica e social, se tornam inerentes em governos federativos.

Será por meio das constantes trocas e interações em diferentes níveis que um Estado demonstrará a sua capacidade visível de comando e integração enquanto país, essa cooperação na qual iremos denominar de relações intergovernamentais, exige um grande processo de negociação e barganha para a formulação das políticas públicas.

Por meio da Constituição de 1988, os estados e municípios passaram a desfrutar de maior autonomia, tendendo a uma maior descentralização nos processos de formulação e implementação das políticas públicas no país, entretanto por não possuírem um acesso relevante a recursos orçamentários, a sua autonomia acabou ficando restrita, promovendo assim uma maior dependência desses entes a formulações do governo central, que manteve sua posição de coordenador de políticas públicas.

Fernandez (2020) estipula que dentre os desenhos federalistas, existem dois tipos de relações intergovernamentais: o vertical e horizontal, dentre essas perspectivas a abordagem das relações verticais irá se pautar em uma maior unilateralidade, de forma que o governo federal atue de forma mais independente, já nas relações horizontais existem uma pluralidade de formas, podendo abarcar apenas algumas partes ou todas as unidades constituintes, neste a

cooperação é um dos grandes objetivos, sendo possível o compartilhamento de custos e formulações de programas conjuntos.

Como aponta Fernandez (2020),

ao longo dos últimos 30 anos, nas políticas públicas de saúde, observa-se um modelo de atuação baseado no compartilhamento de políticas e na coordenação federativa das ações. Esse modelo é um dos alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e vem pautando a atuação da União, estados e municípios.

É importante destacar que mesmo com a integração dos entes federados e sua maior autonomia, a União ainda se consagra como grande formulador das políticas públicas, por possuir a capacidade de induzir, modular e regular as políticas implementadas pelos governos estaduais e municipais, não de forma autoritária, mas utilizando instrumentos para promover maior aderência dos governos subnacionais por meio de sanções ou incentivos, sejam eles econômicos, sociais ou de outra natureza. Além desse papel de formulador e coordenador das políticas de saúde, o governo central tem a capacidade de gerir a redistribuição inter-regional de recursos para promover uma redução de desigualdades por meio dos repasses de transferências federais.

Uma das grandes demonstrações da falta de coordenação do Governo Federal na formulação de políticas públicas de saúde, pode ser visto durante o período da Covid-19 no Brasil. O primeiro caso no país foi identificado no dia 25 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo, em menos de 4 meses já tínhamos o segundo maior número de casos confirmados de morte por Covid-19 no mundo e devido a velocidade de propagação o Brasil foi promovido a um dos países mais expostos a nível global e da América Latina. Esse rápido aumento de casos colocou mais pressão no Sistema Único de Saúde (SUS), que é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo; sendo esse mesmo sistema responsável por oferecer assistência médica para mais de 75% da população.

De acordo com dados do Banco Mundial (2020), antes da pandemia, o SUS já se encontrava operando em capacidade máxima e com a chegada da crise sanitária o sistema ficou extremamente sobrecarregado. Diante tais circunstâncias, o Governo Federal aumentou significativamente os recursos alocados ao SUS para combater a pandemia causada pela Covid-19.

Por mais que o Governo Central tenha alocado recursos para o combate da pandemia, a atuação Federal durante todo esse contexto de crise se impôs como um enorme desafio. Em primeiro lugar tínhamos a frente do Poder Executivo, o principal coordenador das políticas de saúde, um presidente que enfatizava a importância do liberalismo econômico e redução

estatal, a negação da crise gerada pelo vírus, e a defesa de ações completamente dissonantes ao trabalho do enfrentamento da pandemia, além de não realizar a implementação das recomendações das Organizações de Saúde ou de qualquer instituição científica para o combate da crise sanitária. Vieira e Servo (2020) determinam que ainda houve constantes declarações do Presidente da República acerca da sua posição contrária às medidas de distanciamento social e suas incontáveis críticas aos governadores e prefeitos que adotaram tais medidas, consideradas uma das mais eficazes para a redução da curva de transmissão.

Diante a falta de ação e perda da capacidade de coordenação das ações sanitárias e intersetoriais, os governadores passam a assumir o protagonismo na política nacional, ocupando um lugar central no enfrentamento da crise sanitária, “desde então, nota-se a existência de propostas muito diferentes de enfrentamento da pandemia entre o governo federal e os governos locais, estados e municípios, e entre a Presidência da República e o próprio Ministério da Saúde (MS)” (Fernandez, 2020, p. 8).

Os governos estaduais promoveram diversas medidas de contenção sendo estas pouco coordenadas e com efetividades variadas, sendo uma delas o isolamento social horizontal, esta medida não farmacológica foi implementada na maioria dos estados. De acordo com o Banco Mundial (2020), o maior nível de distanciamento social alcançado foi de 62,2 no final de março.

O Brasil, em pouco tempo, teve que lidar com diversas crises internamente e externamente, e neste período as principais dores do país ficaram ainda mais visíveis, como por exemplo: carência nos serviços de saúde, dependência internacional de insumos básicos, falta de preparo político. Neste momento de crise, o tempo de resposta para formulação de políticas públicas é encurtado consideravelmente, por isso a importância e necessidade em se promover ações coordenadas e direcionadas, pautadas em dados científicos; além de promover políticas públicas que diminuam os impactos mais sensíveis para a população, principalmente aos que se encontram em maior vulnerabilidade social.

Uma política pública de âmbito nacional alcança êxito se houver uma coordenação eficaz entre os entes federativos, uma vez que a coerência interna nas ações contribui para a redução de lacunas, contradições e sobreposições dentro das iniciativas e organizações envolvidas. Com a integração entre os diferentes níveis de governo e o compartilhamento das decisões, as ações formuladas tendem a ser implementadas de forma mais eficiente. No entanto, as diversas abordagens adotadas de maneira desigual em todo o território nacional resultaram em impactos significativos em distintas partes do tecido social, especialmente entre os profissionais da saúde que estiveram na linha de frente durante a crise sanitária. Esses

profissionais enfrentam a falta de uma diretriz uniforme de conduta, além de lidarem com as pressões psicológicas e físicas decorrentes do aumento da carga de trabalho, da escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), da ausência de capacitação específica e da insuficiência de apoio por parte dos diferentes níveis de governo.

2.1 Pacto Federativo nas Políticas Públicas de Saúde

Segundo as autoras Machado, Costa, Erdmann, Albuquerque e Ortiga, o Pacto pela saúde tem como pressupostos teóricos voltados à construção de rede de assistência por linha de cuidado, baseada na economia de escala, escopo e redes, além do pacto federativo. Em um país de fronteiras continentais, tal estratégia se mostra voltada para a gestão organizada, por meio da formação de redes, promovendo uma difusão de poder entre os entes federativos, contribuindo para o aumento da capacidade estatal na condução de decisões compartilhadas com atores que possuem níveis de poderes distintos.

De acordo com Mendes (2011), as redes podem ser categorizadas através da sua função: de resolução, coordenação e responsabilização. Essas classificações possuem respectivamente as seguintes funções: solucionar a grande e maioria dos problemas de saúde; organizar a dinâmica dos fluxos e contra-fluxos dos processos e atores pelos diversos pontos de atenção à saúde e a responsabilização pela saúde e bem-estar dos usuários.

Durante os anos, diversos processos que visavam a otimização dos serviços públicos, a facilitação do acesso dos usuários ao sistema de saúde público e a maior qualificação dos serviços públicos, tentaram serem implementados. Entretanto, questões complexas fundamentaram alguns obstáculos para essa implementação, como por exemplo: as desigualdades geográficas, culturais e socioeconômicas que permeiam o país.

Através da Lei ° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1988), foi regulamentado a perspectiva ampliada da saúde ser um direito de toda a população brasileira, além de garantir a universalidade e equidade do acesso de serviços de saúde e instaurar a descentralização política-administrativa. Roncalli (2003) enfatiza que a descentralização dos serviços de saúde, integrada ao processo de reforma democrática do Estado, demonstrou ser uma prática legítima e amplamente eficaz na viabilização das políticas públicas nacionais. Isso ocorre devido à ruptura da centralização estatal, que possibilitou uma gestão participativa, viabilizando o diálogo entre os diversos atores sociais envolvidos. Esse modelo descentralizado não apenas permite uma resposta mais ágil às necessidades locais, mas também promove a responsabilização e a capacidade adaptativa das autoridades de saúde em diferentes níveis

governamentais. No entanto, é crucial reconhecer os desafios associados à descentralização, como a necessidade de garantir recursos adequados e mecanismos de coordenação eficazes para manter a equidade e a qualidade dos serviços em todo o país. Esses últimos pontos serão tratados posteriormente, ao longo do debate.

Após a promulgação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), ainda havia a necessidade de estabelecer regulamentações específicas para o sistema, com o objetivo de detalhar e operacionalizar suas diretrizes organizativas (Brasil, 1990).

De acordo com Carvalho (2001) diante de tal circunstância, foram criadas inicialmente, as Normas Operacionais Básicas (NOB), do SUS, que objetivavam auxiliar a operar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde. As normas operacionais, como a NOB Inamps/91 (Brasil, 1991), SUS/93 (Brasil, 1993), SUS 96 (Brasil, 1996), Noas Sus 01/01 (Brasil, 2001) e Noas 01/02 (Brasil, 2002), trouxeram importantes mudanças no cenário brasileiro, de forma a estimular as formas de gestão co participativas, de acordo com o nível organizacional e de comprometimento dos estados e municípios na gestão da saúde pública.

O processo de descentralização na gestão da saúde pública no Brasil representa um marco significativo na busca pela consolidação dos princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade. Segundo Hortale; Pedroza e Rosa (2000), através do reconhecimento da regionalização da saúde como uma macroestratégia, este movimento tem sido essencial para aprimorar o acesso aos serviços de saúde em todo o país.

Conforme a visão de Fadel, Schneider, Moimaz e Saliba (2009), as normas operacionais da saúde pública, embora bem intencionadas, não conseguiram assegurar o desenvolvimento pleno desse sistema sanitário. Apesar dos esforços governamentais para implementar uma gestão integrada da saúde, foi observado um descompasso nesse processo, dado que os estados se encontravam em diferentes níveis de recursos e infraestrutura. Esse cenário demandou a formulação de uma nova estratégia para a operacionalização do SUS no Brasil.

Através da edição da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006), foram regulamentadas as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. O pacto foi desenvolvido com o objetivo de consolidar os avanços e fortalecer o SUS, por meio de normativas que contemplassem a diversidade das diversas regiões do Brasil, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado. Machado *et al.* (2009) determinam que o pacto visava integrar ações de promoção à saúde, atenção primária,

assistência de média e alta complexidade, epidemiologia, controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, e reafirmava as instâncias deliberativas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

O pacto pela saúde está estruturado em 3 eixos. O primeiro deles, o pacto pela vida, determina ações sanitárias mobilizadoras, baseando-se em compromissos de saúde e administração. Está organizada em uma política de resultados, pois atua com a definição de metas que refletem a realidade de cada estado ou município, respeitando os compromissos orçamentários e financeiros. O segundo eixo de atuação é o compromisso em prol do SUS, que

abrange ações concretas e articuladas por parte das três esferas federativas visando a fortalecer o SUS como uma política de Estado, em vez de ser apenas uma política de governos; além de defender, de forma veemente, os princípios fundamentais dessa política pública, consagrados na Constituição Federal (Brasil, 1988).

No que diz respeito ao terceiro eixo, o pacto pela gestão visa, principalmente, buscar um maior grau de autonomia para os estados e municípios, no que se refere aos processos normativos do SUS, definindo as responsabilidades de cada nível de governo, delimitando as atribuições de cada ente, contribuindo assim para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Além disso, foi instituída uma nova forma de transferência de recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde, organizados em blocos de financiamento, com a publicação da Portaria GM/MS nº 698/2006. Esta portaria visava aprimorar a alocação e o uso eficiente dos recursos, garantindo maior transparência e eficácia no financiamento das ações e serviços de saúde. Recentemente a Portaria GM/MS nº 698/2006, foi revogada pela Portaria GM/MS nº 204 de 29.01.2007 que atualmente ainda está em vigor:

Art. 2º O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Art. 3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 837 de 23.04.2009)

Parágrafo único. Os recursos financeiros a ser transferidos por meio do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde de que trata o inciso VI deste artigo destinar-se-ão, exclusivamente, às despesas de capital. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 837 de 23.04.2009)

Art. 5º Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos (Portaria GM/MS Nº 204, de 29 de janeiro de 2007).

No contexto da saúde pública brasileira, observa-se uma complexa distribuição de responsabilidades e autonomia entre os diferentes níveis federativos. O Ministério da Saúde, a nível federal, desempenha um papel central na formulação de políticas e na coordenação nacional do sistema de saúde, enquanto a execução direta dos serviços, bem como a gestão de unidades de saúde, programas e ações, fica a cargo dos estados e municípios (Brasil, online).

Segundo a visão de Mendes (2009), essa descentralização implica em variações significativas nos níveis de autonomia e capacidade de gestão entre os entes federativos. Alguns estados e municípios possuem estruturas sólidas e recursos suficientes para garantir a eficácia dos serviços de saúde, enquanto outros enfrentam desafios relacionados à escassez de recursos, infraestrutura precária e deficiências na gestão.

Os repasses financeiros da União desempenham um papel fundamental na sustentabilidade do SUS. Por meio desses repasses, recursos financeiros são transferidos para estados e municípios, visando assegurar o acesso universal aos serviços de saúde. No entanto, Vianna (2019) estipula que a distribuição desses recursos e a eficácia na sua aplicação são temas frequentemente debatidos, com desafios persistentes relacionados à equidade na distribuição e ao monitoramento eficaz dos gastos públicos.

A busca por aprimoramentos na distribuição de recursos e no monitoramento dos gastos públicos é contínua, refletindo o compromisso em promover um sistema de saúde pública mais eficiente e equitativo no Brasil. A descentralização da administração da saúde no Brasil, ao levar em conta as características e exigências específicas de cada área, permite uma reação mais eficaz às demandas locais. A regionalização possibilita que as políticas de saúde se adequem melhor às características de cada região, favorecendo uma distribuição mais equitativa dos recursos e serviços disponíveis.

Ademais, a regionalização reforça a conexão entre os diversos níveis de assistência à saúde, promovendo uma abordagem integrada e completa das demandas da população. Esse procedimento é fundamental para assegurar a totalidade do atendimento, garantindo que as pessoas tenham acesso a um serviço ininterrupto e bem coordenado ao longo do tempo. Ao mesmo tempo, a descentralização reitera os fundamentos da universalidade, assegurando que

todos os cidadãos, independentemente da sua localização geográfica ou situação socioeconômica, possam acessar os serviços de saúde que necessitam

2.2 Pacto Federativo: O Governo Bolsonaro

A administração de Jair Bolsonaro (2019-2022) evidenciou várias vulnerabilidades estruturais no pacto federativo do Brasil, principalmente no cenário da pandemia de Covid-19. Este acordo, que deveria assegurar a autonomia das entidades federativas — União, estados e municípios — para implementar políticas públicas apropriadas às realidades locais, foi, nesse período, caracterizado por tensões e dificuldades na colaboração entre esses níveis de governo. Conforme Silva (2020), a ausência de coordenação entre a União e os estados prejudicou a efetividade das respostas à crise sanitária, gerando ações desordenadas e com efeitos desiguais no território nacional.

Durante a crise sanitária, o governo federal tomou uma atitude centralizadora que, em vez de reforçar a colaboração federativa, prejudicou a independência de estados e municípios. Isso ficou evidente, por exemplo, na falta de recursos essenciais, como Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), e na pressão excessiva do sistema de saúde em várias áreas, conforme indicado por Barbosa (2021). A resposta desorganizada às demandas locais expôs a vulnerabilidade do modelo de descentralização das políticas públicas no Brasil, que, ao invés de proporcionar mais eficiência, acabou amplificando as desigualdades regionais.

A concentração das decisões pelo governo federal, unida a desavenças com governadores e prefeitos, prejudicou a execução de ações que, em um cenário de descentralização efetiva, poderiam ter sido adaptadas às particularidades regionais. Souza e Almeida (2021) destacam que a inconsistência nas políticas de isolamento social e vacinação nas diversas esferas governamentais complicou o controle da propagação do vírus e criou um cenário de confusão entre a população. A administração federal, ao assumir uma posição contraditória e ambígua, especialmente no que tange ao uso de máscaras e à vacinação, deslegitimou as diretrizes científicas, dificultando ainda mais a adesão da população às medidas de proteção.

A análise de Calil (2021) sobre a negação da pandemia também destaca o aspecto intencional da atitude do governo federal. O autor sustenta que a minimização da crise não foi um equívoco na gestão, mas sim uma manobra política voltada a fortalecer o apoio dentro de uma base eleitoral particular, enquanto minava a credibilidade das ações dos governadores e

da comunidade científica. Essa conduta gerou um aumento nos índices de contágio e mortalidade, além de deteriorar a confiança da população nas instituições públicas e nas políticas de saúde pública.

A ausência de um planejamento estratégico definido, juntamente com a circulação de informações conflitantes, levou a uma crise de confiança, um elemento crucial para a adesão das pessoas às ações preventivas e de controle da pandemia. Conforme ressalta Calil (2021), a transparência e a responsabilidade do governo são essenciais para a efetividade das políticas de saúde, principalmente em situações de crise.

A administração de Bolsonaro na pandemia revelou as fragilidades do pacto federativo no Brasil, destacando a urgência de uma melhor coordenação e colaboração entre os diversos níveis de governo, principalmente em períodos de crise. A concentração das decisões, a escassez de comunicação e a inexistência de uma estratégia coesa enfraqueceram a reação do Brasil à crise sanitária, impactando diretamente a eficiência das políticas de saúde pública. A reavaliação do pacto federativo, voltada para o desenvolvimento de instrumentos de colaboração mais eficazes e para o reforço da autonomia dos entes federativos, é fundamental para assegurar que a nação esteja mais apta a lidar com desafios futuros de maneira mais eficiente e justa.

Podemos verificar tais ações por meio das ocorrências neste período no Ministério da Saúde (MS), órgão da administração pública federal que tem como principal área de competência a coordenação do SUS e a política nacional de saúde, durante a gestão do então presidente, Jair Bolsonaro, passou por um cenário de grande estabilidade institucional durante um dos momentos de maior criticidade da história sanitária do país: a pandemia da Covid-19. Segundo Vieira, Furtado e Lima (2021), nos períodos de 2020 a 2021, quatro ministros ocuparam a pasta, demonstrando as diversas tensões e conflitos entre decisões políticas e a ciência, além de uma grave descoordenação federativa que impacta a viabilidade da implementação de políticas públicas de enfrentamento da crise.

Durante o período de transição entre governos, a equipe de Jair Bolsonaro anunciou, em novembro de 2018, que o deputado federal Luiz Henrique Mandetta (DEM/MS) assumiria o comando do Ministério da Saúde, a partir do dia 1º de janeiro de 2019. Mandetta, além de possuir experiência parlamentar e em gestão, possui formação na área da saúde, tendo tido atuação como médico ortopedista. Durante o anúncio da sua indicação, foi destacado que ele possuía o apoio da Frente Parlamentar da Saúde (FPS), além do apoio dos hospitais filantrópicos e das entidades médicas.

As primeiras medidas oficiais de contenção a pandemia foram anunciadas em 13 de março, quando os casos de contaminação ainda eram baixos e havia a viabilidade de ser instaurado um plano de contenção efetivo. A medida em questão determinava o cancelamento de cruzeiros turísticos no país e a obrigatoriedade de quinze dias de isolamento a todos os passageiros que ingressarem no país vindos do exterior. Entretanto, à medida que visava reduzir o ritmo de contaminação, foi revogada no mesmo dia pelo então Presidente da República, conforme relato do ex-ministro Henrique:

Wanderson de Oliveira redigiu então um boletim determinando a proibição de partida e chegada de cruzeiros na costa brasileira. Era consenso entre nós que seria uma irresponsabilidade manter o fluxo de turistas num momento daqueles. Se estávamos orientando fechamentos de bares e restaurantes, o mesmo princípio tinha que ser adotado para navios de cruzeiro. Essa nem era uma medida excepcional do Brasil, todo o planeta já tinha adotado esse bloqueio. O Wanderson preparou o boletim, me mostrou, e eu disse: “Vai em frente, pode bloquear”. Menos de duas horas depois da publicação do documento começou uma gritaria promovida pelo lobby do setor de turismo, reclamando dos prejuízos que a medida traria para os operadores de cruzeiros. O presidente Jair Bolsonaro imediatamente me ligou querendo explicações e pedindo que eu cancelasse o boletim. [...]. O Ministério da Saúde já enfrentava muitos desafios, e achei que não seria prudente entrar em rota de colisão com o presidente e seus ministros tão cedo (Mandetta, 2020, p. 83-84)

Embora pudessem existir possíveis conflitos dentro da pasta ministerial com a presidência da república, o relato evidencia que neste momento foi-se consolidado as divergências ideológicas em relação à condução da crise sanitária. Em sua obra, Mandetta (2020) determina que após esta situação, instaurou-se uma relação conflituosa com Jair Bolsonaro. Foi destacado que quando o Ministério da Saúde indicava um caminho a ser seguido, o presidente enviava uma mensagem no sentido oposto, a de não respeitar as orientações do seu próprio ministério. O ex-ministro ainda destaca que antes já havia certa resistência, mas não era pública.

É válido destacar que em fevereiro foi sancionada a Lei 13.979/2020, que previa medidas de combate ao novo coronavírus. A proposta encaminhada pelo Congresso Nacional ao Chefe do Executivo, dotava o governo de instrumentos para a contenção da pandemia, autorizando medidas de isolamento ou quarentena, o fechamento temporário de portos, rodovias e aeroportos para entrada e saída do país. A normativa também previa a dispensa de licitação para compra de bens, serviços e insumos de saúde destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus. A proposta demonstra a atuação do Legislativo na condução da pandemia.

Com as crescentes críticas às medidas de contenção adotadas por outros entes, Jair Bolsonaro realizava diversas críticas em relação as medidas sanitárias, indo em movimento contrário ao posicionamento tanto dos governadores quanto de entidades internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

As divergências entre Mandetta e Bolsonaro em temas como o isolamento social e a utilização de cloroquina para o tratamento da doença já eram notificadas pelos diversos canais de comunicação brasileiros; entretanto, a situação se tornou insustentável quando Mandetta, em entrevista ao programa Fantástico, da TV Globo, comunicou que esperava que ele e o presidente da República pudessem ter "uma fala única, unificada".

“Isso (a divergência entre ele e Bolsonaro) leva para o brasileiro uma dubiedade: ele não sabe se escuta o ministro da Saúde, se ele escuta o presidente (da República), quem é que ele escuta”, disse Mandetta na entrevista à TV Globo (G1, 2020), referindo-se às falas do presidente contra as medidas de isolamento social, defendidas pelo Ministério e por ele.

Após estas declarações, em 16 de abril de 2020, Mandetta anuncia a sua demissão através das suas redes sociais. Em sua postagem, o ex-ministro realizou elogios ao SUS, demonstrando sua grande relevância na atuação de crises de saúde.

Mandetta afirmou em sua rede social

Acabo de ouvir do presidente Jair Bolsonaro o aviso da minha demissão do Ministério da Saúde. Quero agradecer a oportunidade que me foi dada, de ser gerente do nosso SUS, de pôr de pé o projeto de melhoria da saúde dos brasileiros e de planejar o enfrentamento da pandemia do coronavírus, o grande desafio que o nosso sistema de saúde está por enfrentar (BBC, 2020).

O SUS, criado em 1990, se consagra como uma política de diretrizes nacionais relacionados à normatização e redistribuição de recursos, com implementação descentralizada e espaços institucionalizados de participação social e negociação intergovernamental entre a União, estados e municípios. Incentivando assim, uma gestão compartilhada entre os entes.

Essa visão cooperativa contrasta diretamente com a lógica do federalismo adotado durante o governo Bolsonaro. Somados aos constantes conflitos impulsionados pela postura negacionista do presidente — que fez uso de discursos públicos contrários às medidas de distanciamento social —, os atritos não ocorreram apenas com o Ministério da Saúde durante a gestão de Luiz Henrique Mandetta, mas também se intensificaram em disputas frequentes com governadores.

Um dos principais embates ocorridos no contexto da pandemia foi a edição de uma Medida Provisória por parte do presidente Jair Bolsonaro, que visava concentrar no governo

federal a autoridade para definir ações que pudessem restringir o transporte de bens, a circulação de pessoas e a manutenção de serviços durante a crise causada pela Covid-19. A normativa publicada em edição extra do Diário Oficial da União em 20 de março de 2020, alterava a legislação anterior, de fevereiro do mesmo ano, que tratava das medidas para o enfrentamento da pandemia.

A edição da Medida Provisória aconteceu logo após o governador do Rio de Janeiro, Wilson Witzel, que em 19 de março anunciou a intenção de suspender voos nacionais provenientes de estados com casos confirmados de coronavírus, bem como todos os voos internacionais com destino ao estado. Diante desta notícia, o então ministro da Infraestrutura, Tarcísio de Freitas, fez uma declaração informando que todos os aeroportos do país permaneceriam abertos, pois era uma competência da União legislar sobre. Esse cenário de constante embate contribuiu para o isolamento do Ministério da Saúde e provocou uma acentuada desarticulação e descoordenação das políticas públicas de saúde.

Os embates com os entes federados, especialmente com governadores que defendiam o distanciamento social, foram tão intensos que desencadearam uma série de batalhas judiciais. Como resultado, em 15 de abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a autonomia dos estados para implementarem medidas de isolamento social. Estas constantes disputas seriam apenas o início de uma gestão desastrosa. O próximo ministro a ocupar a cadeira foi Nelson Teich, médico oncologista com uma longa trajetória no setor privado, todavia, com baixa experiência na gestão de saúde pública. Em pouco menos de um mês, Teich solicita demissão devido a divergências com o Presidente da República. Os pontos de desavenças entre ambos foram resultado de: 1- A alteração de protocolo para o uso dos medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina, para o tratamento da Covid-19; 2- Ampliação das atividades essenciais durante o período da pandemia e 3- elaboração de um plano de flexibilização para saída do isolamento.

Apesar da OMS realizar diversas declarações em relação a ineficácia de tais , medicamentos, cloroquina e hidroxicloroquina, para o tratamento da Covid-19, Jair Bolsonaro recusou-se a seguir tais direcionamentos da organização e realizou compras exorbitantes do então denominado popularmente de “Kit Covid” que consistia nos medicamentos citados acima, além de outros contraindicados, como a ivermectina, azitromicina e tamiflu.

Diante da crise institucional que demarcou a condução da pandemia no Brasil, o chefe do Executivo, Jair Bolsonaro, na busca por nomes mais alinhados à sua visão ideológica, decidiu manter o General Eduardo Pazuello, que anteriormente ocupava o cargo de

Secretário-Executivo, como representante da pasta ministerial. O anúncio foi realizado em 2 de junho de 2020.

A nomeação de um militar sem trajetória no setor da saúde pública em plena crise sanitária, em conjunto com as diversas trocas ministeriais, acentuou a insegurança por profissionais de saúde e da população. Pazuello demonstrou publicamente o alinhamento ideológico junto a Jair Bolsonaro quando poucos dias após assumir o cargo, autorizou a publicação do decreto que indicava o uso da cloroquina — inclusive para casos leves de Covid-19 —, contrariando as evidências científicas disponíveis e os alertas de especialistas. Paralelamente a este fator, o site do Ministério da Saúde passou a restringir o acesso aos dados da pandemia, divulgando somente os óbitos das últimas 24 horas e não mais o total acumulado. A tentativa claramente visava ofuscar a gravidade da situação, entretanto, gerou uma forte reação da sociedade civil, culminando na criação de uma plataforma alternativa independente com dados compilados por consórcios de veículos de imprensa, pesquisadores e autoridades locais, baseando-se nas informações descentralizadas do SUS, de forma a propiciar informações transparentes em relação ao momento de crise.

Apesar de seguir fielmente as diretrizes do Presidente da República, o General Eduardo Pazuello acabou sendo exonerado do cargo após um período marcado por intenso desgaste político e sucessivas demonstrações de inaptidão técnica para a função. O ponto culminante dessa crise ocorreu no início de 2021, quando o país enfrentou o colapso generalizado do sistema de saúde, agravado pelo aumento expressivo no número de casos e internações por Covid-19 no Amazonas. No estado do Amazonas, a situação se tornou ainda mais crítica pelo desabastecimento de oxigênio nas unidades hospitalares, levando diversas pessoas a faleceram.

As diversas trocas ministeriais e a baixa capacidade de coordenação das políticas públicas de saúde devido a constantes embates entre o Ministério da Saúde e a Presidência da República em diversos momentos, assim como as disputas com os governadores em relação a implementação de medidas de isolamento, trouxeram uma maior complexidade para a realização de ações efetivas.

Podemos constatar a má gestão por parte do Governo Federal na condução da pandemia, em diversos momentos, podendo ser citados alguns casos. Com o início da pandemia da Covid-19, a demanda por EPI aumentou de forma exponencial em todas as nações (Independent, 2020). A China, com o seu alto poder industrial, era uma das principais produtoras e fornecedores de alguns desses equipamentos, entretanto, devido a estado de calamidade produzido pela crise sanitária da Covid-19, diversos setores industriais acabaram

por reduzir a sua produção, ao mesmo tempo em que a demanda interna crescia de forma constante. Com a disseminação do vírus ao redor do mundo, a demanda por EPI aumentou por todo o globo, não somente pelos serviços de saúde, mas por outros setores econômicos e uso doméstico. Segundo LSI (2020), a demanda por EPIs em um estado de intensa catástrofe, acabou enfatizando em um aumento de preços, que levaram ao aumento dos custos para garantia de proteção aos profissionais de saúde. Ainda nas fases iniciais da disseminação do vírus no Brasil, houveram problemas para a realização de compras públicas de EPIs, materiais considerados fundamentais para reduzir o contágio entre profissionais de saúde.

Apesar do Ministério da Saúde publicar uma cartilha sobre o Procedimento Operacional Padronizado – equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde, de forma a padronizar as ações para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, consolidar as orientações de proteção de pacientes e de profissionais da APS/ESF, podemos perceber certas defasagens na atuação do Governo Federal.

Segundo dados coletados pelo site Uol, a gestão de Mandetta frente ao Ministério da Saúde realizou 39 contratos para aquisição de testes, ventiladores, EPIs, UTIs, entre outros itens. Segundo a estimativa do portal, Mandetta realizou quase 5,6 contratações por semana, desde que considerado o início da pandemia em fevereiro de 2020. Já a administração de Teich realizou aproximadamente um contrato por semana. Cabe destacar que até o início de maio de 2020, na gestão de Teich não haviam registros de compras de EPIs.

Durante a condução do Ministério da Saúde, pelo general Eduardo Pazuello, o Ministério perdeu o protagonismo na compra de respiradores e contratações de leitos de UTI. Através do Consórcio Nordeste, estados utilizaram de diversos mecanismos para conseguir adquirir equipamentos para o reforço das estruturas hospitalares.

Entre os diversos problemas na condução da pandemia, uma que ganhou enorme destaque nos meios de comunicação foi o atraso na compra e distribuição de vacinas. A recusa do governo federal na oferta da compra de milhões de doses Corona Vac feitas pelo Instituto Butantan, em julho de 2020, e doses da Pfizer em agosto de 2020, demonstram de forma sólida o desinteresse do Presidente da República quanto ao processo de vacinação da população brasileira. Foi necessário que o Tribunal de Contas da União se pronunciou em agosto de 2020, estipulando que a Casa Civil do governo federal apresentasse um plano detalhado de vacinação da população brasileira, em até 60 dias. Pedido este que foi ignorado.

A descoordenação federal para a aquisição de vacinas foi tamanha, que Stelle (2020) menciona o Consórcio Nacional de Vacinas das Cidades Brasileiras (Conectar), iniciativa criada em 2021 pela Frente Nacional de Prefeitos para a compra de vacinas e insumos

hospitalares, principalmente com o objetivo de frear a incidência da pandemia de Covid-19, como um dos mais eficientes durante o período de crise sanitária, possuindo a adesão de 2.599 municípios.

Em diversos momentos, podemos perceber a ineficiência do Governo Federal frente a condução da pandemia. Autores como Fernandes e Garcia (2021) acreditam que teria sido fundamental que o Governo Federal tivesse elaborado diretrizes gerais para o combate à doença, exercendo o seu papel de coordenador das políticas públicas, de maneira a uniformizar as ações de promoção à saúde. O que de fato não ocorreu e pode ser visto de maneira clara, quando analisamos a atuação dos estados e suas regulamentações.

3 BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA: DEFINIÇÃO E IMPORTÂNCIA

Uma das atribuições essenciais do governo é a provisão de bens e serviços à população, e nesse contexto, os burocratas de nível de rua desempenham um papel central, sendo agentes fundamentais no processo de implementação das políticas públicas. De acordo com Lipski, esses profissionais são a personificação do Estado e compreendem uma grande gama de funcionários próprios ou terceirizados da administração pública, entretanto analisamos que pressupor que os burocratas de nível de rua sejam restritos somente a esfera do funcionalismo público se traduza em uma grande limitação, analisamos que os BNR (Burocratas de nível de rua) se enquadrem como todas as organizações e o conjunto de agentes responsáveis pela entrega direta de políticas e serviços públicos aos cidadãos. Em sua obra, Lipsky (2019) concebe os burocratas de nível de rua como “os trabalhadores do serviço público que interagem diretamente com os cidadãos no decurso de seus trabalhos e que têm poder substancial na execução do seu trabalho”.

Os chamados “burocratas de rua” farão o papel de mediador entre os cidadãos e o Estado, entretanto, Lipsky promove um debate sobre as controvérsias políticas encontradas nos serviços públicos por parte destes burocratas, entre os principais eixos de debates se encontram questões sobre o escopo e função, além dos impactos promovidos por estes na vida dos requerentes de serviços públicos.

Ao longo dos anos o Governo Federal tem expandido o escopo dos serviços públicos e consequentemente a contratação de burocratas de nível de rua, é relevante ressaltar que os salários destes profissionais constituem uma quantia significativa das despesas públicas, e quando o Estado chama para si a responsabilidade do bem-estar social, estes profissionais que estão nas linhas de frente se tornam uma peça central para o acesso da população a estas

políticas públicas e outros direitos, seja fornecendo estes serviços ou atuando como mediadores entre os cidadãos e estes benefícios. Lipsky (2019) chama a atenção para o fato de que o crescimento do setor de serviços não implica que as áreas das necessidades humanas serão atendidas e ainda expõe que devido às crises fiscais nos municípios, os liberais se alinharam aos fiscais conservadores para criticar o aumento de funcionários públicos e suas exigências, alegando que estes ameaçam a autonomia e prosperidade da ordem política.

Segundo Lipsky (2019), os burocratas de nível de rua geram controvérsias pelo fato de seus trabalhos não estarem completamente alinhados com o ideal burocrático (distanciamento impessoal da tomada de decisão), mas estes profissionais lidam constantemente com a população, são eles que precisam manejar as políticas públicas no dia a dia e até mesmo interferir se necessitar de alguma modificação, este poder discricionário exercido pelos burocratas de nível de rua tem profundo impacto na vida destes requerentes do serviço público, pois eles podem facilitar ou dificultar o acesso a determinado serviço. Os burocratas também exercem poder de alocação e redistribuição, além de desempenhar um papel na regulação dos graus de conflito.

Durante todo este debate de Lipsky (2019), pudemos compreender a relevância da atuação dos burocratas de nível de rua e como estes devem ser compreendidos e analisados quando se inicia a formulação de uma política pública. O autor evidencia também que estes burocratas não apenas implementam as políticas públicas, mas em certos pontos conseguem até mesmo formulá-las dentro do limite legal de atuação. Compreendemos que por estar em uma relação direta com o público, os burocratas poderão atuar como alocadores e redistribuidores, mas que este nível de discricionariedade deve ser minimamente regulado por meio de normas que condicionem certos comportamentos a fim de promover a melhor qualidade na entrega e acesso dos serviços públicos, analisando sempre a finalidade e escassez de recursos.

No decorrer de sua obra, Lipsky (2019) evidencia como essas ações discricionárias de funcionários públicos vão resultar em benefícios e sanções, além de possibilitarem um acesso mais facilitado ou não aos direitos e benefícios, determinando a natureza, qualidade e a quantidade; os burocratas de alto-escalão utilizam de ferramentas para tentar moldar esses comportamentos e promover uma maior coesão entre a política formulada e a forma que será implementada, no entanto por mais que se tente enquadrar certas ações destes profissionais, existe uma verdadeira impossibilidade de se reduzir drasticamente a discricionariedade.

Por mais que a nomenclatura dos burocratas de nível de rua contenha a ideia de distanciamento dos burocratas de alto-escalão e aproximação a casos individuais mais

complexos, a burocracia ainda reside em uma série de normas baseados em critérios racionais e que possuem determinada organização, mas as regras neste caso podem ser um obstáculo para a atuação destes funcionários, pois suas atuações envolvem tarefas complexas nas quais as normas não capazes de abarcar todas as situações que acontecem diariamente no contato com os requerentes de serviços, essas regras podem ser tão volumosas e contraditórias que irão ser aplicadas de forma seletiva, isso quando não são constantemente complementados.

Outro fator que dificulta uma maior limitação da discricionariedade incide no fato que devido à dinâmica de trabalho urgente e pessoal, muitas vezes vão existir situações que demandam um olhar mais humano, pois entendem que suas ações irão afetar a vida das pessoas “Eles têm discricionariedade porque suas tarefas demandam legitimamente observação e julgamento sensíveis, que não são redutíveis a formatos programados” (Lipsky, 2019, p.59).

Por algum tempo, havia a percepção de que o processo de implementação se dava em áreas mais tecnicistas, mas com o passar dos anos foi-se compreendendo que os atores que fazem parte destes processos não são meramente técnicos, mas que atuavam e existiam disputas e termos ligados a consolidação da democracia. Lotta (2018) comenta que dentre as questões abordadas no processo de implementação, podemos citar os arranjos institucionais das políticas públicas e a sua relação entre as entidades federativas, além de uma série de análises que buscam evidenciar as estruturas, instituições, processos e valores das políticas públicas.

Dentro do processo de criação de uma política pública, diversos atores estão interagindo e tentando promover seus interesses de agenda, dentre os atores podemos citar: lideranças políticas, legisladores, formuladores de programas e ocupantes de cargos de alta-direção, os funcionários do topo, sendo executadas pelos burocratas de nível de rua, instituições, empresas e outros grupos de pressão. Entretanto, por mais que exista esta pluralidade de atores, sempre vai existir uma certa deformidade no processo de formulação e implementação, aliás em alguns casos essas mudanças são até mesmo almejadas, pois com essas adaptações é possível coordenar políticas nacionais, levando em consideração as especificidades dos entes federados em seus mais diferentes níveis, cabe ressaltar que a delegação de atribuições a outras pessoas pode ser um processo complicado e que deve sempre vir acompanhada de protocolos e documentos que direcionam a política pública “de fato a delegação necessariamente envolve indivíduos concretos que têm interesses e objetivos que nem sempre coincidem com os do sistema formal” (Selznick, 1948, p 27). Carvalho (2018) determina que dentro de todo esse contexto, é esperado que certos implementadores

poderão demonstrar diferentes níveis de resistência às instruções a serem cumpridas, por meio da delegação, e ainda desviar-se das normas ou dos procedimentos formais em suas ações de rotina.

De acordo com o que foi mencionado anteriormente, a literatura sobre administração pública e implementação de políticas públicas destaca a relevância dos burocratas de nível de rua para o funcionamento do Estado e de seus serviços à população. Dentre as abordagens teóricas que analisam o papel destes profissionais, podemos destacar duas principais: as que os enxergam como variáveis dependentes, influenciados por fatores políticos, organizacionais e profissionais e as que os consideram como variáveis independentes, que impactam diretamente os resultados das políticas e a governança democrática.

De acordo com a primeira teoria, os BRN seriam melhor categorizados como variáveis dependentes, pois suas ações seriam influenciadas por fatores externos como: políticos (mudanças na administração, diretrizes ideológicas e pressões partidárias, podendo até mesmo alterar as prioridades na implementação); organizacionais (estrutura hierárquica, disponibilidade de recursos, restrições orçamentárias e normas impostas, esses fatores podem afetar a forma como esses profissionais desempenham suas atividades, podendo até mesmo limitar as opções de ações) e fatores profissionais (os valores éticos, formação acadêmica e códigos de conduta podem canalizar determinadas escolhas dos BRN). Nesta análise os burocratas que atuam nas linhas de frente se consagram como executores passivos das políticas públicas, por serem limitados por estruturas externas que influenciam suas ações.

Enquanto a segunda teoria analisa os burocratas de nível de rua a partir do seu nível de discricionariedade, os compreendendo como variáveis independentes. Nessa perspectiva os burocratas não apenas implementam as políticas públicas, mas eles a moldam e as adaptam para a realidade do cotidiano conforme suas interpretações e cenário. Entretanto, essa possibilidade de alterar a implementação das políticas públicas podem reverberar nas respectivas questões: governança democrática (a atuação discricionária dos BRN pode afetar diretamente a governança democrática, podendo enfraquecer os mecanismos de *accountability* e controle, de forma a reforçar ou comprometer princípios democráticos, dependendo da forma como aplicam as leis e regulamentos); impacto na cidadania (a maneira como os burocratas interagem com a população influencia diretamente na percepção dos cidadãos sobre o Estado) e eficácia das políticas públicas (mesmo que uma política pública seja bem elaborada na sua formulação, o sucesso da sua implementação dependerá em grande parte dos burocratas de nível de rua, principalmente quando estes trabalhadores da ponta tiverem que realizar adaptações em seu escopo para que a política possa se adaptar às

realidades locais, afetando assim diretamente a efetividade das políticas públicas).

A atuação dos burocratas de nível de rua, conforme discutido anteriormente, é caracterizada por um grau considerável de discricionariedade e pelo poder de alocação de recursos. Esse fator impacta diretamente os usuários dos serviços públicos, podendo tanto gerar benefícios e garantir direitos quanto resultar em sanções, influenciando, assim, a ampliação das desigualdades ou a promoção da equidade.

Com o avanço do Estado de bem-estar social, o Governo Com assume um papel mais abrangente em diferentes áreas de atuação, além de possibilitar uma expansão do escopo e tamanho dos serviços públicos, como uma forma de auxiliar e oferecer um contexto social e político mais igualitário para a sociedade, aliás esse é um dos papéis fundamentais do setor público: o de suavizar os impactos do sistema econômico sobre aqueles que não são seus principais beneficiários e de induzir as pessoas a aceitarem a negligência ou insuficiência das instituições econômicas e sociais (Lipsky, 2019, p. 51-52).

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi conduzida por meio de uma revisão sistemática de literatura, no intuito de mapear e sintetizar o conhecimento teórico disponível na literatura científica da Ciência Política sobre a temática de como a condução do Governo Federal durante a Covid-19 afetou os profissionais de saúde.

A busca pelos estudos foi realizada no portal SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), utilizando os seguintes descritores: “Covid-19”, “profissionais da saúde”, “pandemia” e “governo federal”. O objetivo central foi identificar publicações científicas que abordassem a atuação do Governo Federal brasileiro na condução da pandemia de Covid-19, no período entre 2021 e 2022, e analisar de que forma essa atuação impactou os profissionais da linha de frente no País.

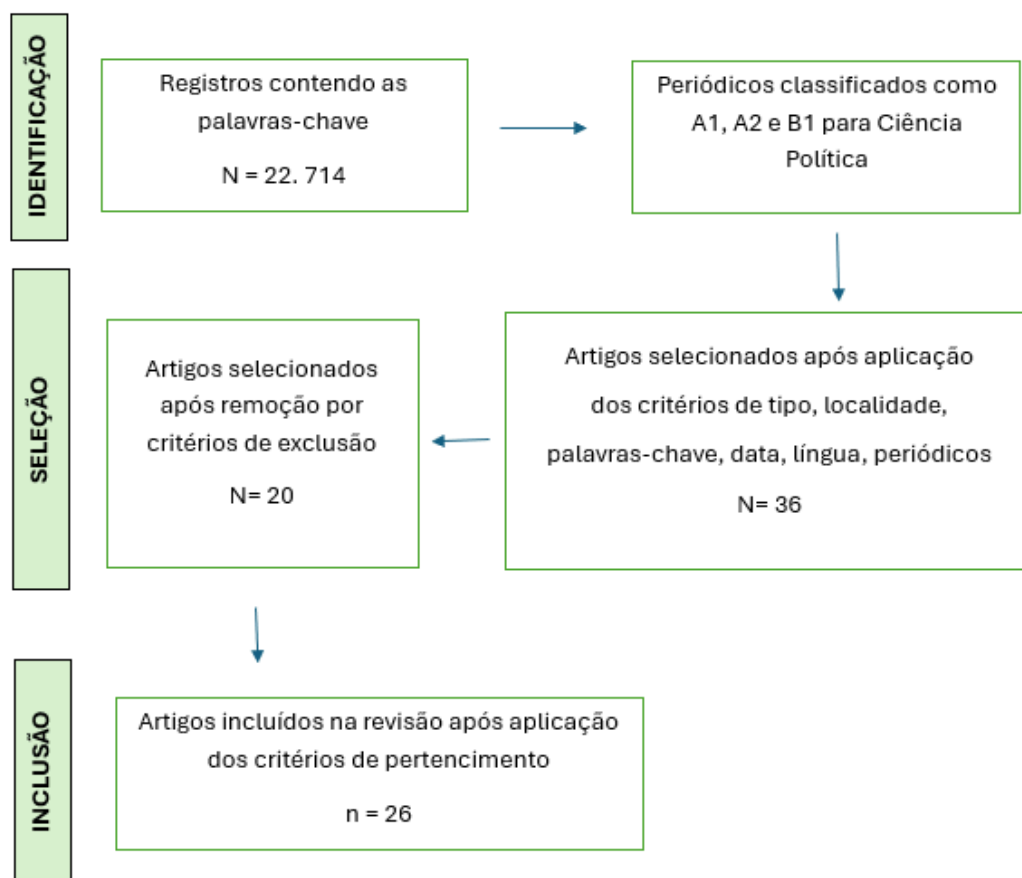
A seleção inicial de estudos considerou como referência metodológica o trabalho de Fernandez, Maia e Duarte (2022), e priorizou artigos publicados em periódicos nacionais classificados como A1, A2 ou B1 no sistema Qualis, conforme a avaliação da área de Ciência Política e Relações Internacionais (2013–2016). Os textos selecionados pertencem majoritariamente à produção acadêmica da Ciência Política, com ênfase em autores vinculados a programas de pós-graduação reconhecidos pela CAPES. Foram selecionados artigos entre os períodos de 2021 e 2022, redigidos em português.

Como o objetivo da pesquisa é compreender as ações tomadas pelo Governo Federal,

durante a condução da pandemia e como essas ações afetaram os profissionais de saúde, foram excluídos os estudos que não tratavam diretamente sobre a pandemia da Covid-19 como tema central ou que não abordassem os profissionais de saúde atuantes durante esse período no Brasil, ademais também foram retirados da listagem obras que tratassem sobre inovações tecnológicas durante o período analisado, por ser mais focado em questões voltados para cidades inteligentes.

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 20 textos foram incluídos na análise principal. Adicionalmente, 6 trabalhos complementares foram incorporados à base por sua relevância teórica e analítica para uma compreensão mais ampla e integrada do tema.

FIGURA 1 – Processo de busca e seleção das referências na base de dados



Fonte: elaboração própria com base no levantamento de artigos.

Com base na coleta dos artigos, estes foram categorizados em três eixos temáticos:

(1) Política e Governança: Se referem a estudos que discutem o papel do Governo Federal, os conflitos entre os entes federativos e decisões estratégicas tomadas ao longo da

crise; foram compilados 16 artigos publicados, representando 61,53% das temáticas;

(2) Serviços Públicos e Sistema de Saúde, que reúne análises sobre o funcionamento do SUS, a atenção básica e a atuação dos profissionais da saúde; foram ao todo 9 artigos publicados, representando 34,61% das temáticas;

(3) Impactos Sociais, voltado para os efeitos da pandemia na sociedade, principalmente a grupos politicamente minoritários e socialmente vulneráveis, e as diferentes respostas institucionais; foi extraído 1 artigo publicado dentro dos padrões estabelecidos, representando 3,4% das temáticas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Política e Governança

No intuito de realizar uma melhor avaliação sobre as ações tomadas pelo Governo Federal durante a pandemia, precisamos analisar situações posteriores que evidenciam a lógica federativa compartimentalizada, autocrática e confrontadora do Presidente da República durante a condução da crise causada pela Covid-19.

É importante destacar que Bolsonaro foi eleito com base em discursos que se posicionaram contra a velha política e consequentemente contra o sistema político e suas perversões, como por exemplo, a corrupção. Em seu mandato como parlamentar por diversas vezes proferiu discursos em tribuna contra o processo de redemocratização e defendeu por diversas vezes o regime militar, fazendo discursos de exaltação a torturadores do Centro de Operações de Defesa Interna (Doi-Codi), durante o período ditatorial.

O chefe do Poder Executivo reiteradamente expressou sua visão de Estado em diversas declarações. Sua visão estadista mesclava entre o ultraliberalismo econômico com viés antiliberal na política. Essa caracterização pode ser compreendida através da necessidade de realizar ações que visavam a redução drástica da intervenção estatal, relegando a desigualdade a um plano secundário, além de buscar enfraquecer mecanismos de controle institucional em prol de um presidencialismo imperial, adotando por muitas vezes uma postura combativa e tratando seus opositores como inimigos a serem eliminados.

De acordo com Abrucio *et al.* (2020), Bolsonaro atuou seguindo a lógica de um tripé federalista. O primeiro pilar consistiu na transferência de responsabilidades para estados e municípios sem a devida contrapartida em recursos e apoio técnico, resultando em sobrecarga administrativa e ampliação das desigualdades regionais.

O segundo pilar foi a centralização autocrática de decisões estratégicas, com a União assumindo uma postura unilateral em políticas de grande impacto nacional, sem espaço para diálogo ou participação dos entes subnacionais. Abrucio *et al.* (2020) citam como exemplo a desconsideração do MEC em relação às posições dos entes subnacionais em temas como expansão das escolas cívico-militares, alfabetização ou ações em relação à Covid-19. Em detrimento deste rechaço aos entes federados, prefeitos e governadores tomaram decisões desprezando propostas do governo federal.

O terceiro pilar baseou-se no confronto político e institucional, podendo ser seus adversários reais ou imaginários. Nesta lógica schmittiana, seus maiores inimigos são as instituições e lideranças, pois sua visão de presidencialismo condena as negociações institucionais e os mecanismos para limitar e equilibrar os poderes dentro de um Estado Democrático. Nesse contexto, a polarização serviu como ferramenta de mobilização e embate contra governadores e prefeitos que adotaram medidas divergentes das defendidas pelo governo federal, como a implementação do isolamento social pelos entes subnacionais.

Diante da questão de confronto político, Vázquez (2022) também evidencia em sua pesquisa sobre o processo de renovação do FUNDEB durante o período pandêmico, que o chefe do Poder Executivo priorizou disputas políticas, marcadas por discursos antissistêmicos e tentativas de enfraquecer mecanismos cooperativos na educação pública brasileira por meio de ações voltadas ao populismo de confronto.

A concentração das decisões pelo governo federal, unida a desavenças com governadores e prefeitos, prejudicou a execução de ações que, em um cenário de descentralização efetiva, poderiam ter sido adaptadas às particularidades regionais. Souza e Almeida (2021) destacam que a inconsistência nas políticas de isolamento social e vacinação nas diversas esferas governamentais complicou o controle da propagação do vírus e criou um cenário de confusão entre a população. A administração federal, ao assumir uma posição contraditória e ambígua, especialmente no que tange ao uso de máscaras e à vacinação, deslegitimou as diretrizes científicas, dificultando ainda mais a adesão da população às medidas de proteção.

Jair Bolsonaro não apenas realizou diversas críticas às diretrizes científicas adotadas internacionalmente, como institucionalizou a necropolítica frente a grupos sociais minoritários, como por exemplo idosos. Essas questões são evidenciado por meio dos trabalhos de Reis (2022) e Castilho (2021), que revelam como as ações do governo Bolsonaro subvalorizou a proteção social e a vida de grupos vulnerabilizados durante a pandemia, refletindo a consolidação de uma racionalidade necropolítica por meio de políticas públicas

excludentes e negligentes que resultaram no enfraquecimento das redes de proteção social e no aumento das desigualdades no País.

Rennó, Avritzer e Carvalho (2021) observaram que mesmo diante de diversos estímulos realizados por meio do Governo Federal, o negacionismo possui baixos níveis de adesão, sendo mais persistente entre os apoiadores de Bolsonaro, que foram determinantes na sustentação do suporte ao governo durante a pandemia.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), fundação pública federal vinculada ao Ministério da Economia, divulgou um estudo elaborado pela pesquisadora Natália Koga, em formato de nota técnica de número 31 em abril de 2020, buscando analisar os instrumentos normativos produzidos pelo Poder Executivo para o enfrentamento da Covid-19.

Foram analisados 51 atos divulgados até o dia 2 de abril e produzidos e publicados no período de 3 de fevereiro a 24 de março de 2020. Os dados podem ser acessados através do portal do Planalto, denominado Legislação Covid-19. O levantamento buscou evidenciar quais as áreas em que o Governo Federal decidiu inserir maior ou menor ênfase durante a fase inicial da disseminação.

Durante o período compreendido, foram realizadas classificações em relação aos tipos normativos de cada ato. Ao total, foram produzidas seis medidas provisórias (MPs), um decreto legislativo, 43 normas infralegais e o sancionamento da Lei no 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que “dispôs sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019” (Koga *et al.*, 2020, p. 11).

Os decretos, atos normativos de competência exclusiva do presidente, visavam tratar de medidas para definição e organização interna do Poder executivo, como a criação de entes colegiados e a regulamentação da Lei no 13.979/2020, quanto à definição dos serviços públicos e das atividades essenciais.

Objetivando compreender melhor o tempo de resposta aos acontecimentos internacionais, Koga *et al.* (2020) realizou um gráfico cronológico das normas e eventos relevantes que ocorreram entre os dias 30/1/2020 a 24/3/2020, analisando eventos internacionais e nacionais.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica a Declaração de Emergência e Saúde Pública e Importância Internacional (ESPII). Em 26 de fevereiro de 2020, é confirmado o primeiro caso confirmado no Brasil, entretanto pode-se destacar que quatro medidas federais já haviam sido publicadas anteriormente a este fato,

sendo as respectivas normas: a Portaria no 188, de 3 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que declarou emergência em saúde pública de importância nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV); a Lei no 13.979/2020, já mencionada acima; a edição da MP n° 921/2020, a qual abre crédito extraordinário ao Ministério da Defesa para retirada dos brasileiros do território chinês, e publicada a Portaria MS n° 356/2020, que trata da regulamentação e operacionalização dos dispositivos da Lei no 13.979/2020, que abordará em seu artigo 4° o reconhecimento da competência dos três entes federativos na determinação da quarentena em seus territórios.

Em 20 de março de 2020, o estado de calamidade pública é reconhecido por meio do Decreto Legislativo n° 454, de 20/3/2020, com a declaração, em todo o território nacional, do estado de transmissão comunitária do coronavírus. Segundo os dados compilados pela consultoria Distrito – Relações Governamentais (2020), antes da declaração de estado de calamidade pública decretada pelo Governo Federal, ao todo, vinte estados já haviam decretado emergência ou calamidade; esta informação demonstra que o tempo de resposta dos governos subnacionais aos acontecimentos eram mais rápidos.

Através do mapeamento das normativas, Koga *et al.* (2020) realizou a classificação e as classificou em treze áreas de intervenção pelo Governo Federal. O estudo pode analisar que a maior área de atuação do Governo Federal seria o estabelecimento de orientações, medidas ou mecanismos de gestão, contabilizando 50,98% de todas as publicações realizadas. Neste caso, as publicações definiram alguns procedimentos, delegaram funções e responsabilidades e estabeleceram prazos, medidas com foco na capacidade de gestão da administração pública.

Cabe ressaltar que essas medidas não estipulam regras de maior rigor às questões sanitárias. Um estudo coordenado pela *Blavatnik School of Government* buscou comparar a resposta à crise e os níveis de rigor das medidas governamentais em 77 países, entre os quais o Brasil se encontra na listagem (Hale *et al.*, 2020). O estudo delimitou 7 campos de atuação dos governos na promoção de medidas de contenção, que resultam no índice de rigidez de cada país, sendo elas: Fechamento de escolas; Fechamento do local de trabalho; Cancelamento de eventos públicos; Fechamento de transporte público; Campanhas de informação pública; Restrições ao movimento interno de pessoas; Controles internacionais de viagem; Medidas fiscais e monetárias; Investimento de emergência em saúde e Investimento em vacinas. O Brasil foi classificado como um dos países que estavam entre os que haviam adotado medidas de menor rigidez para contenção da infecção pelo coronavírus.

A crise de saúde gerada pela Covid-19 obrigou governos em todo o mundo a agirem com rapidez, implementando medidas de contenção e redução dos efeitos. No Brasil, uma

nação de sistema federativo, o desenvolvimento de estratégias variou bastante entre os estados, mostrando diferentes métodos e graus de preparação. A pesquisa "Políticas de Saúde dos Estados Brasileiros Durante a Pandemia de Covid-19: Um Conjunto de Dados das Normas Produzidas", elaborada por Fernandez, Bertholini e Maia (2022), examina essas respostas estaduais, organizando e avaliando as normativas estabelecidas durante esse momento crítico.

A investigação inclui normas de saúde publicadas pelos 27 estados do Brasil entre fevereiro de 2020 e outubro de 2021, um intervalo que corresponde às três primeiras ondas da pandemia. A pesquisa gerou um amplo banco de dados, englobando mais de 4.800 regulamentações, distribuídas em cinco principais categorias: Gastos, Infraestrutura, Recursos Humanos, Vigilância Epidemiológica e Processos de Serviços de Saúde.

Um dos principais resultados da pesquisa de Fernandez *et al.* (2022) indica que a maior parte das regulamentações esteve atrelada a despesas públicas (37,77%), seguida por ações voltadas para a infraestrutura (19,21%) e para a vigilância epidemiológica (17,79%). Em contraposição, ações ligadas à formação e à proteção de profissionais de saúde tiveram menor foco (10,60%), o que vai contra os padrões internacionais que sugerem a valorização desses colaboradores em períodos de crise sanitária.

Outro aspecto importante é a diferença na criação de normativas entre os estados. Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Norte foram os estados que mais implementaram medidas, enquanto Santa Catarina, Goiás e Roraima registraram o menor número de regulamentações. Essas variações indicam que elementos como organização administrativa, disponibilidade financeira e escolhas políticas podem ter afetado diretamente a velocidade e a profundidade das reações estatais.

A pesquisa também constatou uma correspondência entre a evolução da pandemia e o incremento na divulgação de regulamentações, sugerindo que diversas medidas foram implementadas de maneira reativa. Isso destaca a importância de um planejamento mais sólido para enfrentar futuras crises sanitárias, priorizando a previsão de cenários desfavoráveis.

Na mesma lógica, Carvalho *et al.* (2022) também analisaram as ações dos entes federativos, mais especificamente a evolução das ações dos governadores de 11 estados (via decretos) durante a primeira onda da pandemia. Com base na análise de 701 decretos de fevereiro a outubro de 2020, que foram alocados em três eixos: saúde, proteção de emprego e renda, regulação social e gestão territorial; o estudo revelou o protagonismo dos estados frente

à descoordenação federal, com práticas de cooperação horizontal, por meio de medidas cooperativas, aprendizagem regional e intervenções sociais.

Conforme podemos identificar nos números apresentados acima, podemos perceber que os governos subnacionais captaram para si o protagonismo das ações de contenção para mitigar o avanço da Covid-19 em suas regiões. Diante desta questão foi-se instaurado uma disputa política entre os governos federais e subnacionais. Essas disputas de competências federativas escalonou até o Supremo Tribunal Federal (STF), que através da análise de Fernandes e Ouverney (2022), que mapearam decisões colegiadas da instituição, conclui-se que, embora o STF historicamente favoreça a União, durante a pandemia houve uma intensificação da atuação judicial na resolução de conflitos de competência entre União e entes subnacionais, sugerindo uma inversão do viés centralizador federal.

Diante destes constantes embates, Fernandez e Pinto (2020) identificaram a articulação dos entes subnacionais para a criação de novos arranjos institucionais, como por exemplo, a criação e atuação do Consórcio Nordeste como uma resposta dos estados nordestinos à ausência de coordenação federal durante a pandemia, o que possibilitou a viabilização de recursos para a localidade.

O processo de descoordenação estatal está amplamente demonstrado em diversos estudos, Gonçalves-Alvim e Marino (2022), diante deste cenário, identificaram 118 programas nas 27 unidades federativas, com foco na formulação de subsídios à decisão pública, ferramentas estas consideradas inovadoras no campo de Ciência, Tecnologia e Informação (CT&I), de forma a melhorar a gestão e mapeamento de recursos dos estados.

Diante do perigo de futuras crises de saúde, entender as escolhas feitas durante a pandemia de Covid-19 é fundamental para melhorar a elaboração de políticas públicas. A pesquisa destaca a relevância da colaboração entre as diversas esferas de governo e a necessidade de harmonizar os investimentos em infraestrutura hospitalar, formação profissional e ações preventivas. O conhecimento adquirido com essa vivência pode ser crucial para aprimorar o sistema de saúde e a habilidade de reagir a emergências futuras.

5.2 Serviços Públicos e Sistema de Saúde

Somente do final de março de 2020 ao final de dezembro de 2022, apenas o Brasil obteve mais do que 693.853 óbitos por Covid-19 em seu território, segundo os dados do Ministério da Saúde. É válido relembrar que durante o mês de março de 2021, durante a aceleração das taxas de transmissões, segundo o Boletim do Observatório Covid-19 (2021), os

casos cresceram a uma taxa de 1,5% ao dia, e o número de óbitos por Covid-19 aumentaram em 2,6% ao dia, valores elevados se comparados à primeira fase da pandemia no Brasil.

A pandemia causada pelo vírus da Covid-19, afetou o mundo de maneiras diferentes. Após alguns anos desta crise a literatura aponta que países que conseguiram em conjunto com seus governos coordenar ações nacionais para restringir a transmissão comunitária do vírus tiveram um menor impacto na população quando comparados aos outros países que tardaram a implementar as ações não farmacológicas de saúde pública, como por exemplo, o caso do Brasil.

De acordo com os dados apresentados anteriormente, o Brasil se configurou como um dos países que mais tiveram taxas de transmissões e mortes no mundo. Podemos perceber a magnitude desta afirmação quando observamos que em março de 2021, 25 das 27 capitais brasileiras estavam com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos iguais ou superiores a 80%, sendo 19 delas superiores a 90%: Porto Velho (100%), Rio Branco (100%), Manaus (80%), Macapá (96%), Palmas (98%), São Luís (87%), Teresina (98%), Fortaleza (94%), Natal (95%), João Pessoa (93%), Recife (84%), Maceió (86%), Aracajú (90%), Salvador (87%), Belo Horizonte (93%), Vitória (95%), Rio de Janeiro (90%), São Paulo (91%), Curitiba (98%), Florianópolis (98%), Porto Alegre (103%), Campo Grande (88%), Cuiabá (100%), Goiânia (96%) e Brasília (97%). Adicionalmente, Boa Vista apresenta taxa de 73%, enquanto Belém de 72% (Boletim Observatório Covid-19, 2021).

Tendo em vista que a capacidade de coordenação seja uma característica indispensável para a capacidade de resposta dos serviços e sistemas de saúde no gerenciamento de crises sanitárias, Fernandez, Fernandes e Massuda (2022) elaboraram um artigo que analisa criticamente a resposta da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19. O estudo realiza comparações entre diretrizes de entidades internacionais e nacionais com as ações efetivamente implementadas pelo Ministério da Saúde e a sua capacidade de liderança da condução e estabelecimento do papel das APS no território brasileiro durante a crise, entretanto, o que se demonstrou foi o negligenciamento do papel crucial da APS na contenção da crise sanitária por parte do órgão ministerial.

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel essencial na prevenção, controle e mapeamento de doenças, funcionando muitas vezes como a principal porta de entrada do SUS. Sua capacidade de identificação precoce dos casos, rastreamento das transmissões e capacidade de realizar um trabalho educativo e orientativo junto à população sobre medidas preventiva devido a atuação dos profissionais junto a comunidade, já é amplamente reconhecida, muito em detrimento de experiências anteriores, como no combate à dengue,

zika e ebola. Esses exemplos demonstram a importância da APS na prevenção, no diagnóstico e no acompanhamento de pacientes.

Entretanto, o que o estudo realizado indica é que o Ministério da Saúde (MS) concentrou suas recomendações no manejo clínico de pacientes sintomáticos, negligenciando aspectos fundamentais como vigilância epidemiológica, rastreamento de contatos e testagem em massa pelas APS. O artigo de Fernandez, Fernandes e Massuda (2022), explora o fato de que o Brasil foi um dos países com a menor proporção de testagem per capita mundialmente e que durante a realização desta ação, o MS estabeleceu um protocolo rígido de testagem apenas em casos sintomáticos, além de orientar Estados e municípios a classificarem os casos suspeitos de Covid-19 como síndrome gripal específica. A política de testagem restritiva acabou por limitar a ação da APS na identificação precoce de casos, prejudicando o controle da transmissão do vírus.

O estudo de Fernandez, Fernandes e Massuda (2022) evidenciou que os documentos publicados pelo MS, como portarias, manuais e guias, centraram-se em protocolos para o manejo clínico de sintomáticos respiratórios da Covid-19. Os materiais publicados reúnem informações sobre sintomas, forma de transmissão, manejo clínico e orientações para a prevenção do contágio por Covid-19.

Devido à ausência de normativas claras que possibilitasse a condução de ações locais, os autores compreendem que a coordenação do MS teria sido determinante para uma ação mais estruturada da APS. O Governo Federal não atuou para fortalecer as APS, não possibilitando que elas pudessem realizar a coordenação das testagens em massa, corroborando a aumentar o fluxo de demanda desse procedimento em nível hospitalar. O que pode-se perceber foi que houve um maior foco na ampliação de leitos hospitalares e na aquisição de equipamentos, enquanto a atenção primária foi negligenciada.

Entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS) e sociedades científicas nacionais apontaram a necessidade de uma abordagem mais integrada, ressaltando a importância da APS na coordenação do cuidado e no apoio às populações vulneráveis.

Embora o Ministério da Saúde tenha elaborado diretrizes para as APS, a falta de recursos, capacitação e insumos dificultou a sua implementação. A inexistência de um Plano Nacional de Contingência fez com que a resposta à gestão da crise fosse bastante variada entre as regiões brasileiras, devido à gestão dos governos locais e estrutura de saúde locais. Conforme o estudo elaborado por Fernandez, Fernandes e Massuda (2022), foi destacado que,

durante este período crítico, diversas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) foram fechadas, e os atendimentos foram suspensos, deixando populações vulneráveis sem assistência e continuidade de tratamentos.

Com a APS fragilizada pela ausência de uma coordenação nacional eficaz, muitas unidades foram fechadas, impedindo sua atuação no atendimento primário. Como consequência, inúmeros casos que poderiam ser gerenciados nesses serviços foram redirecionados para os hospitais, intensificando a sobrecarga. A falta de um plano estruturado de enfrentamento agravou a situação, levando o sistema hospitalar ao colapso em diversas regiões, mesmo com a expansão da oferta de leitos.

Como já foi evidenciado, o trabalho dos burocratas de nível de rua na pandemia, foi um fator essencial para que as políticas públicas fossem implementadas e atingissem o público alvo e seus respectivos objetivos. Iremos abordar como o contexto da pandemia, produziu certos impactos na atuação diária desses profissionais da saúde, tendo como recorte todos aqueles que trabalham ou trabalharam diretamente no enfrentamento da crise.

Evidenciou-se como os contextos de crise amplificam os problemas e intensificam os sentimentos de incerteza, uma vez que os burocratas buscam estabelecer conexões com experiências prévias diante de novos cenários. Essa dinâmica, aliada à baixa regulamentação, cria condições favoráveis ao exercício da discricionariedade. Segundo Lotta (2021), essa discricionariedade vai ser responsável por transformar as orientações gerais em decisões alocativas, é importante ressaltar que quanto mais dúbia e conflituosa forem essas normativas, maior poderá ser a discricionariedade da burocracia; sobre este ponto podemos assimilar melhor como estes profissionais atuaram em relação às divergências políticas sobre as medidas de contenção da Covid-19 e a falta de coordenação intergovernamental.

No contexto da pandemia, embora prevaleça um sentimento de heroísmo entre os profissionais, que reconhecem sua vocação ao auxiliar a população, o trabalho dos burocratas de nível de rua torna-se altamente imprevisível em momentos de crises. Isso ocorre porque as interações entre esses profissionais e os usuários dos serviços públicos não se dão de maneira controlada, sendo influenciada por múltiplas variáveis. Além de buscarem a maximização dos serviços, os cidadãos demandam maior qualidade, atenção e humanização no atendimento. Paralelamente a essas exigências, os profissionais da saúde ainda enfrentam pressões das chefias para aumentar a produtividade, intensificando os desafios de sua atuação.

De acordo com Tummers *et al.* (2015), a rotina de trabalho desses profissionais foi marcada por sentimentos de sofrimento, alienação e desmotivação, decorrentes das constantes interações com a morte, da exposição ao risco de contágio, da insuficiência de equipamentos

de proteção individual, da pressão contínua para atender às exigências de ações intensivas e falta de diretrizes claras. Para lidar com essas adversidades, os burocratas de nível de rua adotaram estratégias de "coping", que incluíam desde a racionalização dos serviços até a priorização integral do bem-estar dos atendidos, mesmo que isso implicasse o descumprimento de metas estabelecidas.

Entretanto, é válido destacar que os cenários de crise não ampliam de forma automática o espaço de discricionariedade dos burocratas de nível de rua devido a falta de regulamentos claros e precisos. Em estudo realizado com cerca de 1.218 profissionais da APS em março de 2021, demonstrou que grande maioria dos profissionais objetivam operar dentro das regras, buscando respaldo organizacional e científico para minimizar riscos e incertezas. Este estudo elaborado por Fernandez, Magri, Maia e Lotta (2023) sugere que, em cenários de incertezas, os burocratas de nível de rua tendem a buscar por segurança institucional.

Conforme destacado em capítulos anteriores, essa busca por segurança institucional enfrentou diversos obstáculos. Um dos grandes pontos de descoordenação que podemos rememorar foi a ausência da elaboração de diretrizes unificadas pelo Ministério da Saúde. Devido a falta da elaboração de um plano nacional abrangente que levasse em consideração o fortalecimento das APS e consequentemente uma maior integração entre os diversos cenários pandêmicos regionais, evidenciando falhas na coordenação intergovernamental, caracterizadas pela ausência de uma diretriz nacional coerente e pela falta de apoio da União aos Estados e municípios (Fernandez *et al.*, 2023). Esse contexto resultou em uma fragmentação da resposta sanitária e na ampliação das disparidades regionais no enfrentamento à Covid-19.

Obras como a de Martins e Carbonai (2022) e Marques e Mendes (2022) expõem como os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) das redes de atenção primárias à saúde enfrentaram uma tensão constante entre manter o vínculo com a comunidade e adotar medidas de distanciamento impostas pela pandemia. Isso gerou impactos significativos nas práticas de cuidado e na percepção de pertencimento das ACS, ao mesmo tempo em que revelou a centralidade dessas profissionais na mediação entre serviços de saúde e populações vulnerabilizadas. Porém, devido à ampliação dos territórios de cada ACS, além do aumento significativo de trabalho por parte das o vínculo com famílias que eram acompanhadas constantemente foi reduzido a poucos encontros. De acordo com o artigo,

Com o aumento da quantidade de casas para visitar, tornou-se mais difícil manter uma continuidade nas relações. E o fato de não estarem mais presentes, reduziu a

possibilidade de monitorar as vulnerabilidades de saúde e também de perceber os efeitos da pandemia dentro de cada família (Martins; Carbonal, 2022, p. 12).

A ausência de uma coordenação nacional afetou não apenas a uma má gestão da crise e resposta do sistema de saúde a pandemia, mas afetaram diretamente a atuação dos profissionais de saúde que tiveram que lidar com um cenário repleto de incertezas como a escassez de recursos, mudanças nas rotinas de trabalho e a necessidade de decisões ágeis em um cenário de alta imprevisibilidade.

Outro fator que demonstra a descoordenação governamental e que afetou diretamente na gestão da crise, foi a falta de um discurso coordenado sobre a eficácia e melhores práticas no combate da Covid-19. Durante o intercurso da pandemia, em diversos momentos, o chefe do Poder Executivo Federal fez postagens em suas redes sociais incentivando o uso de medicamentos sem qualquer comprovação científica pela população (BBC, 2021), um grande exemplo foi o caso da Ivermectina, fármaco utilizado no tratamento de vários tipos de infestações por parasitas, que, de acordo com ele, inibiria os efeitos adversos da doença. O embate entre recomendações baseadas em evidências e discursos políticos descoordenados levou a um aumento na desconfiança da população e dificultou a adesão às medidas preventivas.

A pandemia de Covid-19 destacou e intensificou desigualdades já existentes no sistema de saúde do Brasil, impactando de maneira desproporcional certos grupos de trabalhadores. Diante da crise de saúde mundial, profissionais da área foram fundamentais na luta contra o vírus, enfrentando condições de trabalho difíceis, muitas vezes sem os recursos adequados para realizar suas tarefas de forma segura e eficaz.

Através da pesquisa realizada por Magri *et al.* (2022) envolvendo cerca de 1.829 trabalhadores da saúde de diversas categorias profissionais dentro do SUS, foi possível a identificação de diferentes padrões de impacto em cada profissional, além de possibilitar um panorama abrangente das situações enfrentadas pelos empregados do setor. A amostragem englobou profissionais de diversas regiões do Brasil, proporcionando uma perspectiva ampla sobre as desigualdades no setor de saúde. Os resultados da pesquisa mostram que certos grupos tiveram maiores dificuldades no desempenho de suas atividades, sublinhando desigualdades estruturais na área. Profissionais do sexo feminino e de grupos racialmente minoritários relataram acesso limitado a equipamentos de proteção individual (EPIs), formação técnica insuficiente e longas jornadas de trabalho, fatores que impactaram sua segurança e eficácia no atendimento à população.

Juntamente com todas essas questões, também foram destacadas diferenças na percepção da intensidade dos impactos entre os profissionais de saúde. Essa variação de impactos ocorreu sob uma perspectiva de gênero, raça e profissões. Entre os resultados da pesquisa realizada por Magri *et al.* (2022), foi concluído que as mulheres negras se sentiam menos capacitadas para atuar durante a crise em relação aos homens brancos. No entanto, os agentes comunitários de saúde (ACS/ACE) foram a profissão que mais se destacou em relação à sensação de falta de preparo. Ainda sobre esse sentimento, médicos e outros profissionais apontaram a ausência de apoio das autoridades como a principal causa de seu despreparo, enquanto essa justificativa foi apenas a terceira mais citada por profissionais de enfermagem e ACS/ACE.

Entre as questões relacionadas ao recebimento de EPIs e testes, a pesquisa de Magri *et al.* (2022) observou uma hierarquia de acesso aos materiais, onde os índices desses insumos para homens brancos foram significativamente superiores aos de pessoas negras. Os ACS/ACE mostraram ter recebido uma quantidade de treinamentos inferior em comparação a outras profissões. Ao serem comparados às questões relacionadas ao apoio das lideranças, os ACS/ACE e as mulheres negras foram os grupos mais negligenciados pelas entidades. Outro resultado que merece igual atenção é relacionado ao assédio moral: os profissionais de enfermagem foram os que mais relataram ter vivenciado assédio, porém, foram os que menos reportaram essas situações, evidenciando que essa é uma realidade frequentemente vivida por essa categoria profissional (Magri *et al.*, 2022).

Em sua pesquisa foram destacadas as seguintes questões: Entre os profissionais mais expostos, destacam-se os agentes comunitários de saúde (ACS) e os profissionais de enfermagem, cuja atuação demanda contato direto e frequente com pacientes infectados. Esses trabalhadores relataram níveis elevados de exaustão física e emocional, aumento da carga horária e a necessidade de lidar com situações de grande complexidade sem suporte institucional adequado. Além disso, a falta de estrutura hospitalar adequada e de planejamento estratégico nas unidades de saúde intensificou o impacto da pandemia sobre esses profissionais.

Outro ponto importante destacar foi em relação ao impacto na saúde mental desses trabalhadores, que se mostrou bastante considerável, apresentando elevados níveis de estresse, ansiedade e depressão. O temor incessante da contaminação, somado à pressão excessiva de trabalho e à ausência de suporte emocional e institucional, ocasionou um desgaste psicológico significativo, principalmente entre as mulheres, que também lidaram com o fardo da tripla jornada ao conciliar emprego, tarefas domésticas e cuidados familiares. Para agravar essa

situação, a ausência de suporte psicológico institucional adequado aumentou a vulnerabilidade desses profissionais, comprometendo sua capacidade de resposta à crise sanitária.

Outro aspecto fundamental detectado foi a presença de assédio moral e agressão no local de trabalho. Narrativas mostram que funcionárias, especialmente as mulheres negras, eram frequentemente questionadas sobre sua habilidade, enfrentavam condições desiguais e eram alvo de ofensas verbais e discriminação. Esse contexto destaca a urgência de criar medidas de proteção e estratégias para a valorização desses trabalhadores. A desvalorização do trabalho na enfermagem e de agentes comunitários de saúde também evidencia a desigualdade estrutural do setor, ocasionando menor reconhecimento salarial e institucional para esses profissionais essenciais.

Conforme a pesquisa conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz em 2022, que contou com a participação de mais de 25 mil trabalhadores da saúde em todo o Brasil, 95% dos entrevistados afirmaram que suas vidas foram profundamente modificadas pela pandemia. Um dos dados mais preocupantes foi que 49% dos trabalhadores da saúde relataram ter lidado com sobrecarga de trabalho, com turnos que frequentemente ultrapassam as 40 horas semanais. A limitação de recursos, a ausência de ferramentas apropriadas e a possibilidade de infecção foram elementos que aumentaram o estresse e a fadiga desses trabalhadores.

Outra pesquisa de semelhante temática, conduzida por Gavião *et al.* (2021), evidenciou o papel crucial dos assistentes sociais na atenção primária à saúde durante a pandemia de Covid-19, destacando sua atuação como ponte entre os usuários e os serviços de saúde, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade. A partir da análise das práticas profissionais, observa-se que esses trabalhadores sociais tiveram que reinventar suas estratégias para responder às demandas emergentes, muito em função da prioridade de cuidados aos pacientes que davam entrada com sintomas graves de respiração, além de haver uma grande demanda de necessidade de informações sobre os serviços sociais e como estes poderiam dar suporte para a sobrevivência dos usuários de maior carência do SUS.

Além do crescimento da carga de trabalho, a pesquisa “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19”, realizada pela Fiocruz em todo o território nacional com cerca de vinte e cinco mil trabalhadores da área da saúde, demonstrou que a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% desses trabalhadores. Cerca de 14% dos trabalhadores da saúde informaram estar próximos da exaustão, enquanto muitos outros enfrentaram questões como distúrbios do sono, irritabilidade, problemas de concentração e sentimentos de tristeza e apatia. A tensão constante, aliada à pressão emocional e à sensação

de desamparo em relação à situação, resultou em um estado generalizado de sofrimento psicológico (Fiocruz, 2020).

Ainda em relação ao estudo realizado pela Fundação Fiocruz, os dados demonstraram que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentiam protegidos durante o trabalho no enfrentamento à pandemia. Entre os motivos apontados, 23% destacam a falta, escassez ou uso inadequado de EPIs como principal causa, sendo que 64% afirmaram ter recorrido à improvisação desses equipamentos. Além disso, 18% dos participantes da pesquisa relataram sentir um medo constante de contaminação no ambiente de trabalho (Fiocruz, 2020).

Outro aspecto importante tratado pela pesquisa da Fiocruz foi a ausência de reconhecimento e suporte institucional. Vários profissionais da saúde informaram sentir-se desconsiderados, tanto por seus líderes quanto pela sociedade em geral. Aproximadamente 60% dos participantes da pesquisa apontaram a ausência de apoio institucional como um dos principais elementos que levaram ao esgotamento profissional. Além disso, 40% dos trabalhadores relataram ter enfrentado alguma forma de violência no local de trabalho, enquanto 33% citaram discriminação em sua própria vizinhança, em razão do estigma de serem considerados transmissores do vírus.

5.3 Impactos Sociais

Mattei e Heinen (2022) analisam os efeitos da Covid-19 no mercado de trabalho brasileiro até o final de 2020, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). O estudo evidencia que o mercado de trabalho nacional foi duramente atingido nos meses iniciais de 2020, e detalha o comportamento da força de trabalho, os níveis de desemprego, as características dos empregos perdidos e os impactos sobre a renda do trabalho.

Este período pode ser considerado como uma das maiores crises trabalhistas da história recente do Brasil. Até o final de 2020, o país registrou uma redução de 8,9% em sua população ocupada, o que corresponde a aproximadamente 8,4 milhões de postos de trabalho eliminados (Mattei; Heinen, 2022, p. 53).

Apesar deste cenário catastrófico, a análise destaca um dado bastante interessante, durante este mesmo período o setor da saúde apresentou crescimento. Somente nesse ramo, cerca de 500 mil novas vagas foram abertas no período analisado, com um aumento de 8,9% dos funcionários públicos estatutários.

Esses números evidenciam que, mesmo diante da retração de diversos setores

econômicos, o sistema de saúde demandou um número crescente de profissionais qualificados, impulsionado muito provavelmente pela elevada taxa de contaminação pelo vírus da Covid-19 no País.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos profissionais de saúde e sua atuação, principalmente durante a pandemia de Covid-19, demonstra a complexidade e a relevância do trabalho desses profissionais na execução de políticas públicas e na preservação do bem-estar social. Conforme abordado ao longo do texto, os burocratas de nível de rua, ainda que muitas vezes considerados apenas como simples aplicadores das normas e diretrizes dos burocratas de alto escalão, exercem um papel fundamental como mediadores entre o Estado e os cidadãos. Sua liberdade de decisão, apesar de frequentemente considerada um obstáculo à eficiência e à objetividade da burocracia, é, na verdade, um espelho da necessidade de se adequar às realidades locais e às demandas que surgem, como se demonstrou na reação do Brasil à pandemia.

A pandemia evidenciou claramente o efeito que crises de saúde podem exercer sobre o sistema público de saúde e, por consequência, sobre os profissionais da área. Esses trabalhadores, que já lidavam com dificuldades laborais em períodos normais, encontram-se sobrecarregados e responsáveis por enfrentar uma situação nova, além de um aumento considerável na demanda por serviços de saúde. As resoluções adotadas em nível local, frequentemente com escassa regulamentação e diretrizes contraditórias, ampliaram a margem de manobra desses profissionais, resultando em suas decisões e impactando diretamente o acesso aos serviços de saúde, o atendimento dos cidadãos e a administração de recursos.

Além disso, as desigualdades sistêmicas no setor de saúde, intensificadas pela crise, tornaram-se ainda mais claras. Profissionais de saúde, principalmente os mais vulneráveis, como mulheres e grupos racialmente excluídos, lidaram com condições de trabalho muito desafiadoras, agravadas pela escassez de recursos adequados, excesso de trabalho e o risco constante de infecção. As circunstâncias psicossociais desses colaboradores foram afetadas, e muitos passaram por altos níveis de estresse e fadiga mental.

A função dos burocratas de rua, contudo, não se restringe apenas a questões operacionais. Durante a pandemia, sua atuação foi também caracterizada pela necessidade de tomar decisões complexas e pela obrigação de enfrentar o sofrimento humano de forma direta e frequentemente inesperada. Isso tornou ainda mais claro a urgência de valorização e apoio a esses profissionais, que estão na linha de frente da execução de políticas públicas,

especialmente em situações críticas. A pesquisa também ressalta a relevância da regulamentação e da capacitação contínua desses profissionais, para assegurar que, mesmo perante a discricionariedade necessária, as medidas adotadas sejam justas, equitativas e em consonância com os objetivos do Estado.

A pandemia da Covid-19 demonstrou de forma contundente a necessidade do Governo Federal promover políticas públicas sólidas e coordenadas aos entes federativos, capazes de enfrentar as crises sanitárias com maior efetividade. No decorrer do texto, compreende-se que a atuação do Governo Federal foi marcada por falhas e omissões, muitos em prol de um discurso ideológico negacionista sobre a pandemia adotado pela Presidência da República, que em diversos momentos realizou duras críticas ao isolamento social, promoveu tratamentos ineficazes, como o uso da cloroquina, e deslegitimou orientações científicas amplamente reconhecidas e validadas por organizações sanitárias. Tais ações não apenas desinformaram a população, mas também geraram um ambiente de tensão e incerteza nos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, apesar de implementar algumas medidas pontuais, não assumiu o papel de liderança nacional na coordenação de políticas públicas de saúde, o que comprometeu a uniformidade e a efetividade das ações em todo o território nacional. Em detrimento desta lacuna de um ente coordenador, estados e municípios assumiram o protagonismo e atuaram de forma independente em medidas para conter os impactos da pandemia, resultando em uma atuação fragmentada e desigual no SUS.

Neste cenário marcado por grande dubiedade, os profissionais de saúde foram bastante impactados. Além da sobrecarga de trabalho, enfrentaram conflitos e lidaram com contradições entre as diretrizes científicas e os discursos oficiais, o que intensificou o desgaste emocional e psicológico. Atrasos e falhas nas compras centralizadas de EPIs, vacinas e respiradores comprometeram ainda mais as condições de trabalho, fazendo com que muitos atuassem sem a proteção necessária, ampliando o medo de contágio, o estresse e a ansiedade.

Com a crescente disseminação e a falta de diretrizes claras e rígidas quanto a mitigação da transmissão do vírus, além da baixa capacidade de resposta centralizada, diversos sistemas locais de saúde acabaram sobrecarregados, exacerbando ainda mais a exaustão física e mental dos profissionais de saúde, viabilizando o esgotamento progressivo desses profissionais. Em resumo, a atuação do Governo Federal não apenas falhou em conter o avanço da pandemia, mas também teve um papel determinante no agravamento das condições de trabalho dos profissionais de saúde, revelando a urgência de uma gestão pública mais responsável, técnica e comprometida com a vida.

As vivências dos burocratas de nível de rua devem servir de fundamento para melhorar a atuação do governo em próximas situações críticas, enfatizando o fortalecimento do sistema de saúde, a asseguuração de recursos apropriados, e, acima de tudo, o apoio psicológico e profissional aos profissionais da saúde. A análise das lições adquiridas nesse tempo deve ser essencial para criar um Estado mais forte, solidário e apto a suprir as demandas da população de maneira mais eficiente e humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. et al. Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, jul./ago. 2020. DOI: 10.1590/0034-761220200354.

BANCO MUNDIAL. **Covid-19 in Brazil: impacts and policy responses**. Washington, DC: World Bank, 2020. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/106541594362022984/pdf/COVID-19-in-Brazil-Impacts-and-Policy-Responses.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2025.

BBC. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde. **BBC News Brasil**, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BBC. ‘Tratamento precoce’: governo Bolsonaro gasta quase R\$ 90 milhões em remédios ineficazes. **BBC News Brasil**, 21 jan. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55747043>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 18 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **[Página institucional]**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20%C3%A9,assist%C3%A2ncia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20dos%20brasileiros>. Acesso em: 13 jul. 2025.

BOIN, A.; 'T HART, P. Public leadership in times of crisis: mission impossible? **Public Administration Review**, Washington, D. C., v. 63, n. 5, p. 544-553, 2003. DOI 10.1111/1540-6210.00318.

CALIL, G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/?format=html>. Acesso em: 20 jul. 2025.

CARMO, E. Emergências de saúde pública: breve histórico, conceitos e aplicações. **Saúde em Debate**, [S. l.], Vol. 44, Especial 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe2/9-19/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

CARVALHO, A. L. B. de; ROCHA, E.; SAMPAIO, R. F.; OUVENEY, A. L. M.. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo

brasileiro?. **Saúde Em Debate**, [S. l.], v. 46(spe1), 62–77, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dXLbmGC4sJnJNpFV6XyHJ4n>. Acesso em: 20 jul. 2025.

CARVALHO, V. A. Burocracia de nível de rua e os burocratas executores das políticas públicas. **Espaço Público**, [S. l.], v. 2, p. 114-119, dez. 2018.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. de S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálisis**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 209-221, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?form%20at=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2025.

D'ALBUQUERQUE, R. W.; PALOTTI, P. L. M. Federalismo e execução dos serviços públicos de atendimento do governo federal: a experiência brasileira nas políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 35, p. 1-43, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/zW4Y6QszR34gmwL4KKdG5vP/?lan->. Acesso em: 21 jul. 2025.

DUNLOP, A. et al. Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the Covid-19 pandemic. **Harm Reduction Journal**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 1-7, 2020. DOI10.1186/s12954-020-00370-7.

FERNANDES, A. C.; GARCIA, M. N. A atuação do governo federal brasileiro na pandemia da Covid-19: efeitos da descoordenação intergovernamental. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 179-204, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS>. Acesso em: 21 jul. 2025.

FERNANDES, A. C.; GARCIA, M. N.. A atuação do governo federal brasileiro na pandemia da Covid-19: efeitos da descoordenação intergovernamental. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 179-204, jan./abr. 2021.

FERNANDES, F. M. B.; OUVENERY, A. L. M. Decisões do Supremo Tribunal Federal no início da pandemia de Covid-19: impactos no federalismo brasileiro? **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 46, n. 1, p. 48-61, 2022. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46nspe1/48-61/pt/>. Acesso em: 21 jul. 2025.

FERNANDEZ, Michelle; BERTHOLINI, Frederico; MAIA, Bárbara. **Políticas de saúde dos estados brasileiros durante a pandemia de covid-19: um dataset das normativas produzidas**. Dados [online], Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/G8m9fLDgy77z37rPsDKkNby/?format=html&lang=pt> . Acesso em: 21 jul. 2025.

FERNANDEZ, M.; FERNANDES, L. da M. M.; MASSUDA, A. A atenção Primária à Saúde na pandemia da Covid-19: uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade** [Internet]. 28º de novembro de 2022 [citado 4º de agosto de 2025]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3336>. Acesso em: 21 jul. 2025.

FERNANDEZ, M.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Saúde**

em **Redes**, [S. l.], v. 6, supl. 2, p. 7-21, 2020. Disponível em:
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/42129>. Acesso em: 20 jul. 2025.

FERNANDEZ, M.; MAIA, B.; DUARTE, A. T. A ciência política e a pandemia da Covid-19: um balanço bibliográfico da produção no Brasil. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 98, p. 1-34, 2022. Disponível em:
<https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/581>. Acesso em: 20 jul. 2025.

FERNANDEZ, M.; MAGRI, G.; MAIA, B.; LOTTA, G. Atuação da APS em tempos de crise: uma análise da discricionariedade dos profissionais de saúde na pandemia da Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 28, n. 12, p. 3123-3132, 2023. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/csc/2023.v28n12/3563-3572/pt/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

FIOCRUZ. Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde. [S. l.], 23 nov. 2020. Disponível em:
<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/covid-19-estudo-avalia-condicoes-de-trabalho-na-saude/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

FIOCRUZ. Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário, 16 de março de 2021. [Internet]. 2021. Disponível em:
https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf. Acesso em: 20 jul. 2025.

FIOCRUZ. Covid-19: Estudo avalia condições de trabalho na Saúde. Disponível em: _Acesso em: 20 jul. 2025.

GAVIÃO, B. G. et al. As ações profissionais da/o assistente social na atenção primária em saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Revista Katálisis**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 483-492, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/Wsc3tZsOkS7qHXd4W6Bz3gv/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

GLOBO. Brasileiro não sabe se escuta o ministro ou o presidente, diz Mandetta. **G1**, 13 abr. 2020. Disponível em:
<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/13/brasileiro-nao-sabe-se-escuta-o-ministro-ou-o-presidente-diz-mandetta.ghtml>. Acesso em: 13 jul. 2025.

GONÇALVES-ALVIM, S. J.; MARINO, P. B. L. P. Fomento à ciência, tecnologia e inovação (CT&I): mapeamento de políticas públicas no combate à pandemia de Covid-19 no âmbito estadual. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 37, p. e250243, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/Wd5Jy5XLgBMPp7XdDzgvjtS/>. Acesso em: 20 jul. 2025.

HALE, T.; WEBSTER, S. Oxford Covid-19 Government Response Tracker. 2020. Data use policy: Creative Commons Attribution CC BY standard. DOI [10.1590/0103-11042021131011](https://doi.org/10.1590/0103-11042021131011).

INDEPENDENT. **Coronavirus:** Hospitals hours from running out of equipment as leaked NHS email reveals demand up 2,000 per cent. March 19, 2020. Disponível em:
<https://www.independent.co.uk/news/health/coronavirus--nhs-ppe-equipment-shortage-infection-doctors-a9410436.html>. Acesso em: 20 jul. 2025.

KOGA, N. M. M. et al. **Instrumentos de Políticas Públicas para o Enfrentamento do Vírus da Covid-19: uma análise dos normativos produzidos pelo Executivo federal**. Brasília: Ipea, 2020. 29 p. (Nota Técnica, n. 31).

LIMA, V. V.; LOTTA, G. S. O impacto da pandemia de Covid-19 na atuação da burocracia de nível de rua no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 36, p. 1-35, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/KrdfpSLymvsqWZkJhC6MPXp/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2025.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas dos indivíduos no serviço público**. Brasília: ENAP, 2019.

LOTTA, G. et al. Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 69, n. 4, 779-816, 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/5329>. Acesso em: 12 jul. 2025.

LOTTA, G. et al. O impacto da pandemia de Covid-19 na atuação da burocracia de nível de rua no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 35. e243776, 2021, p.1-38. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/KrdfpSLymvsqWZkJhC6MPXp/?lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2025.

LSI. Life Science Intelligence. **Covid-19 Impact on Global Market for Personal Protective Equipment (PPE):Gowns, Masks, Respirators**. Disponível em: <https://www.lifesciencemarketresearch.com/market-reports/global-respirator-masks-market--forecast-coronavirus-impact-report>. Acesso em: 3 abr. 2025.

MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L.; ORTIGA, A. M. B. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46918>. Acesso em: 18 jul. 2025.

MAGRI et al. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de Covid-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], vol. 27, n. 11, 4231-4144, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zTg7rGDKzp38XF66Sgg9v6R/>. Acesso em: 12 jul. 2025.

MANDETTA, L. H. **Um paciente chamado Brasil: os bastidores da luta contra o coronavírus**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2020.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Entre o vínculo e o distanciamento: desafios na atuação de Agentes Comunitárias de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 37, n. e3711001, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/MZMgk5j8JRqTwOxXZvHf68f/?fbclid=IwAR01Y8JdYE6kPM_kTqYcTNWBv1iqq0fASS6ZNmZoEUMSO1cO8a8qSq_0fBw. Acesso em: 20 jul. 2025.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Entre o vínculo e o distanciamento: desafios na atuação de Agentes Comunitárias de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 37, n. e3711001, 2022. DOI [10.1590/3711001/2022](https://doi.org/10.1590/3711001/2022).

MATTEI, L.; HEINEN, V. L. Balanço dos impactos da crise da Covid-19 sobre o mercado de trabalho brasileiro em 2020. **Revista Katálysis**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 55-66, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/qBZvCv4JnysDcgcCndLPFTw>. Acesso em: 22 jul. 2025.

MENDES, E. G. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. G. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-56.

MENDES, E. V. **As redes de serviços de saúde: da organização à gerência**. 2. ed. rev. e atual. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAQUET, M.; SCHERTZER, R. Covid-19 as a complex intergovernmental problem. **Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique**, v. 53, n. 2, p. 343-347, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-political-science-revue-canadienne-de-science-politique/article/covid19-as-a-complex-intergovernmental-problem/8F1CB8217949E5BCE0DC075A6B5DEAC3>. Acesso em: 22 jul. 2025.

REIS, A. F. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. **Revista Katálysis**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 191-200, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/mbBrCJHZHKn565f473mqCLS/>. Acesso em: 25 jul. 2025.

RENNÓ, L.; AVRITZER, L.; CARVALHO, P. D. Entrenching right-wing populism under Covid-19: Denialism, social mobility, and government evaluation in Brazil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 36, p. 1-29, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/wBZ7ZbgxdGRq8R8spYmP3SQ/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SANDES-FREITAS, V. E. et al. Combate à pandemia de Covid-19 e sucesso eleitoral nas capitais brasileiras em 2020. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 36, p. 1-35, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/QgDgXcmqjiNDWfXXNQR6TYm/>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SELZNICK, P. Foundations of the theory of organizations. **American Sociological Review**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 25-35, 1948. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2086752>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SHIMIZU, H. E. et al. Regionalization and the federative crisis in the context of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 45, p. 945-957, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2021.v45n131/945-957/en/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

SOARES, A.; MENEZES, R. F. de. Coronavírus no Brasil: a marcha da insensatez. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. e200653, 2021. DOI 10.1590/S0104-12902021200653;

TUMMERS, L.; KRUYEN, P. M.; VIJVERBERG, D. M.; VOESENEK, T. J. Connecting HRM and change management: the importance of proactivity and vitality. **Journal of Organizational Change Management**, Bradford, v. 28, n. 4, p. 627-640, 2015. DOI 10.1108/JOCM-11-2013-0220.

VIEGAS, L. et al. Uma leitura crítica das emergências em saúde global: o caso da epidemia de zika de 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, n.11, p.4075-4084, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n11/4075-4084/pt/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

VIEIRA, F. S.; SERVO, L. M. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil : consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Ensaio Saúde Debate**, [S. l.], v. 44, p. 100-113, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/100-113/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulations** (2005). 3. ed. Geneva: WHO, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1 - Artigos analisados por área temática

POLÍTICA E GOVERNANÇA
REIS, A. F. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. Revista Katálisis, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 191-200, 2022.
GONÇALVES-ALVIM, S. J.; MARINO, P. B. L. P. Fomento à ciência, tecnologia e inovação (CT&I): mapeamento de políticas públicas no combate à pandemia de Covid-19 no âmbito estadual. Revista Brasileira de Ciência Política, [S. l.], n. 37, p. e250243, 2022
CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. de S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. Revista Katálisis, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 209-221, 2021.
SANDES-FREITAS, V. E. et al. Combate à pandemia de Covid-19 e sucesso eleitoral nas capitais brasileiras em 2020. Revista Brasileira de Ciência Política, [S. l.], n. 36, p. 1-35, 2021
D'ALBUQUERQUE, R. W.; PALOTTI, P. L. M. Federalismo e execução dos serviços públicos de atendimento do governo federal: a experiência brasileira nas políticas sociais. Revista Brasileira de Ciência Política, [S. l.], n. 35, p. 1-43, 2021
VÁZQUEZ, D. A.; SCHLEGEL, R. Covid-19, Fundeb e o populismo do governo Bolsonaro nas relações federativas. Revista Brasileira de Ciência Política, [S. l.], n. 38, p. 1-35, 2022.
RENNÓ, L.; AVRITZER, L.; CARVALHO, P. D. Entrenching right-wing populism under Covid-19: Denialism, social mobility, and government evaluation in Brazil. Revista Brasileira de Ciência Política, n. 36, p. 1-29, 2021
BARBERIA, L. G. et al. The effect of state-level social distancing policy stringency on mobility in the states of Brazil. Revista de Administração Pública, v. 55, n. 1, p. 27-49, 2021.
CARVALHO, A. L. B. et al. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? Saúde em Debate, v. 46, n. 1, p. 62-77, 2022. Número especial
FLEURY, S.; FAVA, V. M. D. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. Saúde em Debate, v. 46, n. 1, p. 248-264, 2022. Número especial.
VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil : consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. Ensaio Saúde Debate 44, 2022.
FERNANDES, Aline Cardoso; GARCIA, Maricelma Neres. A atuação do governo federal brasileiro na pandemia da Covid-19: efeitos da descoordenação intergovernamental. Sociedade e Estado, Brasília, v. 36, n. 1, p. 179-204, jan./abr. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS .

FERNANDES, F. M. B.; OUVENEY, A. L. M. Decisões do Supremo Tribunal Federal no início da pandemia de Covid-19: impactos no federalismo brasileiro? *Saúde em Debate*, v. 46, n. 1, p. 48-61, 2022.

ABRUCIO, Fernando L. et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, jul./ago. 2020. DOI: 10.1590/0034-761220200354.

FERNANDEZ, Michelle; BERTHOLINI, Frederico; MAIA, Bárbara. Políticas de saúde dos estados brasileiros durante a pandemia de covid-19: um dataset das normativas produzidas. *Dados* [online], Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, 2025. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/dados/a/G8m9fLDgy77z37rPsDKkNby/?format=html&lang=pt> >. Acesso em: 21 jul. 2025.

Fernandez M, Pinto HÁ. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Redes*. 2020;

SERVIÇOS PÚBLICOS E SISTEMAS DE SAÚDE

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Entre o vínculo e o distanciamento: desafios na atuação de Agentes Comunitárias de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, [S. l.], v. 37, n. e3711001, 2022.

GAVIÃO, B. G. et al. As ações profissionais da/o assistente social na atenção primária em saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Revista Katálisis*, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 483-492, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77753>.

LOTTA, G. S. et al. O impacto da pandemia de Covid-19 na atuação da burocracia de nível de rua no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 35, p. 1-35, 2021.

MARTINS, M. B.; CARBONAI, D. Entre o vínculo e o distanciamento: desafios na atuação de Agentes Comunitárias de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, [S. l.], v. 37, n. e3711001, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/3711001/2022>.

MAGRI et al. Desigualdade em meio à crise: uma análise dos profissionais de saúde que atuam na pandemia de COVID-19 a partir das perspectivas de profissão, raça e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 27, n. 11, 2022.

Fernandez M, Fernandes L da MM, Massuda A. A atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19: uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 28º de novembro de 2022 [citado 4º de agosto de 2025];17(44):3336. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3336>

TUMMERS, Lars; KRUYEN, Peter M.; VIJVERBERG, Dominique M.; VOESENEK, Tessa J. Connecting HRM and change management: the importance of proactivity and vitality. *Journal of Organizational Change Management*, Bradford, v. 28, n. 4, p. 627-640, 2015.

FERNANDEZ, Michelle; MAGRI, Giordano; MAIA, Barbara; LOTTA, Gabriela. Atuação da APS em tempos de crise: uma análise da discricionariedade dos

profissionais de saúde na pandemia da COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 12, 2023.

LIMA, V. V.; LOTTA, G. S. O impacto da pandemia de Covid-19 na atuação da burocracia de nível de rua no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência Política*, [S. l.], n. 36, p. 1-35, 2021.

IMPACTOS SOCIAIS

MATTEI, L.; HEINEN, V. L. Balanço dos impactos da crise da Covid-19 sobre o mercado de trabalho brasileiro em 2020. *Revista Katálisis*, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 55-66, 2022