



Reflexión Política

ISSN: 0124-0781

ISSN: 2590-8669

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Fernández, Michelle; Souza, Stelle de Rocio de; Ferreira, Rebeca de Carvalho  
As relações intergovernamentais durante a pandemia da  
COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados  
Reflexión Política, vol. 23, núm. 48, 2021, Julho-Dezembro, pp. 98-109  
Universidad Autónoma de Bucaramanga

DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11070639008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc  
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal  
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa  
acesso aberto

# As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados

## *Relaciones intergubernamentales durante la pandemia COVID-19 en Brasil: un análisis de la actuación de los estados*

## *Intergovernmental relations during the COVID-19 pandemic in Brazil: an analysis of the states' performances*

**Michelle Fernández** 

Instituto de Ciencia Política IPOL, Universidad de Brasilia, Brasil  
[michelle.fernandez@unb.br](mailto:michelle.fernandez@unb.br)

**Stelle de Rocio de Souza** 

Instituto de Ciencia Política IPOL, Universidad de Brasilia, Brasil  
[stellerocios@gmail.com](mailto:stellerocios@gmail.com)

**Rebeca de Carvalho Ferreira** 

Instituto de Ciencia Política IPOL, Universidad de Brasilia, Brasil  
[rebecadecarvalhoferreira@gmail.com](mailto:rebecadecarvalhoferreira@gmail.com)

### **Resumo**

*No atual contexto de crise causada pela pandemia da COVID-19, observamos um rearranjo das relações federativas do Brasil, vigentes desde a Constituição Federal de 1988. Com o vazio deixado pela ausência de atuação do governo federal, novos arranjos de ação vêm sendo desenhados pelos outros entes da federação, ou seja, pelos estados e municípios. Nesse contexto, o objetivo deste artigo é mapear as relações intergovernamentais desenvolvidas durante a pandemia da COVID-19 no Brasil a partir da atuação dos estados. Para isso, foram analisadas as normativas elaboradas pelos 26 estados brasileiros e pelo Distrito Federal e publicadas nos Diários Oficiais desses estados entre fevereiro e dezembro de 2020.*

**Palavras-chave:** COVID-19; governos subnacionais; federalismo; relações intergovernamentais; Brasil.

### **Resumen**

*En el actual contexto de crisis generado por la pandemia de COVID-19, observamos un reordenamiento de las relaciones federativas en Brasil, vigente desde la Constitución Federal de 1988. Con el vacío dejado por la falta de actuación del gobierno federal, nuevos arreglos de acción han sido diseñados por las demás entidades de la federación, es decir, por los estados y municipios. En este contexto, el objetivo de este artículo es mapear las relaciones intergubernamentales desarrolladas durante la pandemia de COVID-19 en Brasil a partir de las acciones de los estados. Para ello, han sido analizadas las normativas elaboradas por los 26 estados brasileños y el Distrito Federal y publicadas en los Boletines Oficiales de estos estados entre febrero y diciembre de 2020.*

**Palabras claves:** COVID-19; gobiernos subnacionales; federalismo; relaciones intergubernamentales; Brasil.

## Abstract

In the current context of crisis caused by the COVID-19 pandemic, we observe a rearrangement of federative relations in Brazil, in force since the Federal Constitution of 1988. With the vacuum left by the lack of action by the federal government, new action arrangements have been designed by the other entities of the federation, by the states and municipalities. In this context, this paper aims to map the intergovernmental relations developed during the COVID-19 pandemic in Brazil based on the actions of the states. For this, we analyzed the regulations elaborated by the 26 Brazilian states and the Federal District and published in the Official Gazettes of these states between February and December 2020 were analyzed.

**Keywords:** COVID-19; subnational governments; federalism; intergovernmental relations; Brazil.

**Artículo:** Recibido el 8 de septiembre de 2021 y aprobado el 20 de septiembre de 2021

### Cómo citar este artículo:

Fernández, M., de Souza, S. & Carvalho, R. (2021). As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados. *Reflexión política* 23(48), pp. 98-109. doi: <https://doi.org/10.29375/01240781.4232>

## Introdução

No final do mês de fevereiro de 2021, tivemos o registro do primeiro caso de coronavírus no Brasil. Em 20 meses, o Ministério da Saúde registrou mais de 600 mil mortes pelo Novo Coronavírus, boa parte dessas mortes registradas na Região Sudeste, que concentrou o maior número de casos e óbitos até então (Correia de Medeiros, 2021). O aparecimento de novas variantes do SARS-CoV-2, variantes Alpha, Beta, Gama e Delta, indicou a capacidade de mutação do vírus e levou, em diversos momentos, à sobrecarga dos sistemas de saúde (“Atualização epidemiológica: Variantes de SARS-CoV-2 nas Américas 26 de janeiro de 2021,” 2021).

Após um ano de pandemia, o Brasil enfrentou outro período de caos no sistema de saúde. Desde novembro de 2020, o número de casos seguiu uma tendência crescente que permaneceu mesmo durante o início da vacinação. Com a vacinação ainda tímida, o número de casos atingiu o segundo pico entre março e abril de 2021. Os indícios de colapso no sistema de saúde ficaram ainda mais latentes na crise causada pela falta de oxigênio nos hospitais de Manaus. O sistema de saúde se encontrava sobrecarregado pela falta de leitos de UTI, insumos básicos e aumento da demanda por tratamento, fruto do aumento do número de casos (Correia de Medeiros, 2021). Em meados de setembro, os números de casos graves, óbitos e internações por COVID começaram a diminuir, resultado da ampliação da oferta da vacina. Apesar disso, as taxas de transmissão só apresentaram diminuição significativa em outubro de 2021. Assim, a desaceleração da pandemia no Brasil ainda se equilibra em bases incertas. A intensificação da vacinação, especialmente da segunda dose, o fortalecimento da atenção primária à saúde e a manutenção das medidas sanitárias são as apostas de especialistas para redução duradoura de casos (“Nota Técnica nº 17, 08 de abril de 2021 Redes de Atenção à Saúde para Covid-19 e os desafios das esferas governamentais: Macrorregiões de Saúde e a curva que devemos “achatar.””, 2021).

A pandemia de COVID-19 demonstrou o papel decisivo do Estado brasileiro e a necessidade de fortalecimento do sistema de saúde como um todo. Apesar disso, o governo federal não tem cumprido seu papel de coordenador do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde brasileiro, e tem colaborado para a debilitação do SUS durante a emergência sanitária gerada pela COVID-19. Nesse sentido, desde o início da pandemia, no Brasil, entramos em um embate político envolvendo, principalmente, o governo federal e os governos subnacionais.

A política negacionista do governo entrou em confronto com os esforços dos governos estaduais e municipais, os poderes Legislativo e Judiciário e a sociedade civil. Ademais, a complexa rede de cuidado e organização do SUS representaram força no cuidado de pacientes, apesar da dificuldade em atuar sem diretrizes claras e organizativas do Ministério da Saúde, coordenador por excelência do Sistema

Único de Saúde (Giovanella et al., 2021). Enquanto o presidente da República vem minimizando a pandemia de COVID-19 — tratando, inclusive, de neutralizar a atuação técnica do Ministério da Saúde —, governadores e prefeitos tentam frear a epidemia e atender a população afetada (Ferigato et al., 2020). Diante desse cenário, os dirigentes das instâncias subnacionais assumiram protagonismo na política nacional.

Nesse sentido, no atual contexto de crise causada pela pandemia da COVID-19, observamos um rearranjo das relações federativas do Brasil, vigentes desde a Constituição Federal de 1988 (Abrúcio et al., 2020). Com o vazio deixado pela ausência de atuação do governo federal, novos arranjos de ação vêm sendo desenhados pelos outros entes da federação, ou seja, pelos estados e municípios (Fernandez & Pinto, 2020). Diante disso, discussões sobre as relações entre os entes se mostram centrais para a análise desse cenário de crise sanitária.

Assim, o presente artigo tem como objetivo mapear as relações intergovernamentais desenvolvidas durante a pandemia da COVID-19 no Brasil a partir da atuação dos estados. Para isso, o artigo estará dividido em cinco partes, além desta introdução. Na primeira seção será apresentada a discussão sobre arranjo federativo com atenção especial ao caso do Brasil; na segunda seção trataremos, desde uma perspectiva teórica, das relações intergovernamentais; na seção seguinte apresentaremos brevemente o percurso metodológico utilizado para o estudo; em seguida, descrevemos os principais achados sobre as relações intergovernamentais mapeadas a partir da atuação dos estados durante a pandemia; e, por fim, apresentamos breves conclusões para o estudo.

## **1. Arranjo federativo brasileiro**

O federalismo moderno, que pode ser definido como um acordo de confiança mútua entre as partes (Riker, 1975), originou-se nos Estados Unidos (EUA), durante o final do século XVIII, a partir de um acordo constitucional (pacto federativo) entre as treze colônias. Tinha como objetivo o de se “unir” ao combinar suas soberanias na formação de um novo Estado, que ainda mantivesse os poderes dos estados da federação. Os EUA optaram pela lógica de “manter a união”, onde um Estado antes unitário, transferiu alguns poderes às unidades

federativas a fim de evitar a separação, caso no qual a federação brasileira se enquadra (Stepan, 1999).

Embora os arranjos institucionais internos variem bastante entre as federações atuais, existem características em comum que as diferem das demais formas de Estado, sendo elas: o mínimo de dois níveis de governo, sendo um com jurisdição sobre todo o país; uma constituição federal escrita, contendo partes que não possam ser alteradas pelo Governo Federal e que atribua formalmente competência legislativa a estes níveis; arranjos federais que assegurem a representação das unidades constitutivas em instituições importantes do governo central; procedimentos institucionalizados para a resolução de conflitos entre os entes e; um conjunto de processos e instituições para facilitar ou conduzir as relações entre os governos (Anderson, 2009).

A experiência do Brasil com o federalismo iniciou-se com a proclamação da República em 1889 e a Constituição de 1891. Nesse momento, ainda sob forte influência das políticas coronelistas locais adotou-se o “Federalismo Dualista”, com uma repartição rígida entre as competências da União e dos Estados. Com a Revolução de 1930 houve a tentativa de adoção do “Federalismo Cooperativo”, com o princípio de harmonização entre os entes federados, a partir do estabelecimento de compromissos (Zippelius, 1997), no entanto, tal modelo rapidamente acabou por levar à centralização dos poderes na União e à Constituição adotada em 1937, deformando-se em um “Federalismo Orgânico”, modelo no qual as unidades federativas são obrigadas a reproduzir as regras definidas pela União (Ribeiro, 2018).

A adoção de um arranjo com o enfraquecimento do Executivo federal desde o regime republicano no Brasil, com uma considerável autonomia do Legislativo, é diferente do modelo norte-americano, em que o presidencialismo se mostra mais dominante. Nesse contexto, o Executivo se ausentava de assumir um papel de coordenação e, por consequente, detinha uma agenda menos centralizada, com a ausência de coalizão. No entanto, a partir do chamado ultrapresidencialismo dos estados, os Executivos estaduais assumiram um protagonismo elitista de governança e o Executivo federal se viu coagido a traçar uma política central mais coesa. Essa forma de organização buscou fortalecer a esfera federal sem enfraquecer o Executivo estadual



ou municipal e foi perpetuada, a partir de 1930. Contudo, historicamente, durante esse processo houve momentos cruciais na política brasileira em que a autonomia do Executivo passou por diversas mudanças. Um exemplo disso foi a crise fiscal dos Estados, no final dos anos 80 à década de 90, onde os governos estaduais se encontravam dependentes financeiramente de políticas federais, por meio de ajustes fiscais estabelecidos pela União.

A Constituição Federal de 1988, na tentativa de atribuir maior equilíbrio federativo, diminuir as disparidades regionais e lidar com as desigualdades sociais, redesenhou um novo arranjo federativo ao Brasil, incorporando os municípios também como entes federados e “tornando o Brasil um país de triplo federalismo”, gerando duas percepções distintas àqueles que se dedicam à pesquisa, a primeira de que o novo federalismo beneficiaria os interesses dos governos estaduais, através dos governadores e da atuação de seus parlamentares no Congresso Nacional e a segunda de que este fragmentou o poder entre vários centros, mas com capacidades desiguais (Souza, 2019).

Apesar do conjunto de características visto acima para definir um Estado Federativo, existem diversos desenhos que os países podem adotar dentro do modelo, levando a diferentes tipos de federalismo, como os experienciados pelo Brasil ao longo de sua história, impactando diretamente “a política, a prática democrática, a governabilidade, a dinâmica da economia política e da competição partidária, assim como a política pública” (Souza, 2019).

Fundamentada na Constituição Federal de 1988, a organização político-administrativa do Brasil compreende a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Essa organização é definida a partir de competências expressas constitucionalmente, em diversos artigos, que podem ser exclusivas ou compartilhadas entre esses entes. Entre as competências exclusivas, a CF designa responsabilidades para cada esfera individualmente. Há também as exclusivas que exigem uma cooperação na repartição das receitas, no caso das competências tributárias. Já as compartilhadas dividem-se em: (i) executivas, comuns de União, estados, Distrito Federal e municípios; ou (ii) legislativas, concorrentes da União, estados e Distrito Federal. O Distrito Federal, exclusivamente, possui competências híbridas, uma vez que agrega as competências legislativas

reservadas aos estados e municípios. Além disso, a CF também regula as demais atribuições, tais como a organização administrativa e judiciária dos territórios, a intervenção federal e estadual, e o Sistema Tributário Nacional, que fazem parte do sistema federalista brasileiro.

A partir da Constituição Federal de 1988, o contexto institucional para a produção de políticas sociais tornou-se mais complexo, devido a maior participação dos entes subnacionais na provisão de políticas públicas em um modelo de descentralização, que repartiu competências aos três níveis de governo e também adotou o princípio de responsabilidades compartilhadas para a oferta de serviços em um mesmo território. Neste contexto, a estruturação de arranjos de gestão em um contexto de compartilhamento de responsabilidades refletiu em uma maior centralização decisória e execução descentralizada, resultando em um novo desenho federativo (Jaccoud, 2020).

Há de ser considerados alguns pontos desde a concepção do sistema federalista que não considera duas questões centrais: o papel das desigualdades regionais e a importância das relações intergovernamentais, entre a União e os governos subnacionais. Esses pontos refletem em uma descentralização da execução das políticas públicas e uma conseqüente distinção entre a formulação dessas, que centraliza a autoridade no Poder Central. Contudo, tais características inerentes ao sistema causam um comprometimento na eficácia, efetividade e eficiência do Estado diante à provisão de políticas públicas para a garantia dos direitos dos cidadãos.

### **1.1 Papel do estado no federalismo brasileiro**

Ao adotar o “Federalismo Dualista” após a Proclamação da República, as prerrogativas definidas na Constituição de 1891, aos estados, foram muito mais amplas do que as definidas à União, impossibilitando-a de exercer um papel central, principalmente na formulação e coordenação das políticas públicas.

No entanto, o rodízio para ocupar a liderança do executivo federal, que se estabeleceu entre os estados mais fortes, com a “política dos governadores” ou “política dos estados”, como nomeada por Campos Sales, contribuiu para o início de uma relação de poder mais unânime entre os poderes federal e subnacionais e, a promoção

de políticas de estabilização e como consequência de desenvolvimento econômico e, posteriormente, social, contribuíram para o fortalecimento do presidencialismo federal, principalmente a partir de 1930, através de Vargas.

Foi a partir da presidência de Getúlio Vargas que o fortalecimento do Executivo federal passou a ser inversamente proporcional aos dos estados, principalmente durante o Estado Novo, por meio do aprofundamento da reforma administrativa e da reorganização do serviço público, propostos na nova Constituição. As prerrogativas da União passaram a ter como base três pilares: i) poder de iniciativa legislativa, reserva de competência e poder de legislar concorrentemente aos parlamentares; ii) poder regulamentar, normas que orientam as ações do executivo a partir de leis aprovadas pelo legislativo; e uma iii) estrutura de governança, organização do serviço público federal e dos arranjos federativos de governança.

Para Lassance (2013), a “história do federalismo no Brasil é a de um processo sinuoso de estabilização e mudança, pontuado por crises” e conjunturas críticas e, “tanto o alargamento quanto a restrição das competências da União, foram decorrentes de mudanças impulsionadas”. Nessas ocasiões e, até o momento, o último período deu-se com a redemocratização a partir de 1982, no qual os governadores assumiram um papel central.

Dentre as emendas que vieram a partir desse momento e que culminaram na elaboração da Constituição de 1988, está a Emenda Constitucional nº 24 (Emenda Calmon), que determinou a “ampliação dos recursos destinados à educação e obrigatoriedade de aplicação anual, pela União, de no mínimo 13% (treze por cento) e pelos estados, Distrito Federal e municípios, de, no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da renda resultante dos impostos”.

Com a promulgação da Constituição de 1988, em seu artigo 18 (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), o Brasil reestrutura sua organização político-administrativa, compreendendo não mais apenas dois entes federados, mas três, dessa forma, os poderes passam a ser distribuídos entre os executivos federal, estadual e também municipal, revertendo-se a “lógica centralizadora” que vigorava desde a era Vargas.

A despeito da nova Constituição ter atribuído mais prerrogativas e autonomia aos

estados e municípios, o inciso IX do artigo 21 ainda especifica que compete à União “elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e do desenvolvimento econômico e social”, portanto, compete ao executivo federal a formulação e coordenação das políticas públicas implementadas no país.

Dessa forma, desde a CF/88, o Governo Federal promoveu estruturas de incentivo para a adoção de suas reformas por parte dos governos subnacionais e não vinha encontrando grandes obstáculos para a implementação de sua agenda. A Reforma Constitucional para o Ensino Médio ocorrida entre 1996 e 2000, como mostrado por Arretche (2002), é um exemplo disso. Tal reforma deu-se após a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 233/1995, transformada na Emenda Constitucional nº 14/1996, elaborada por técnicos do Ministério da Educação e aprovada sem grandes dificuldades, a proposta previa, entre outros, que pelo prazo de dez anos, estados e municípios deveriam aplicar, no mínimo, 15% de todas as suas receitas exclusivamente no ensino fundamental.

## **2. As relações intergovernamentais no Brasil**

O conceito de relações intergovernamentais é relativamente amplo, levando em consideração que pode se transformar de acordo com a constituição das relações de país para país, apesar disso, geralmente se atém aos princípios de cooperação, coordenação, apoio mútuo e intercâmbio de informações e ações entre os níveis de governo para alcançar objetivos em comum. A necessidade das relações intergovernamentais surge de situações novas que ultrapassam os arranjos constitucionais pré-estabelecidos nos países, já que os problemas sociais a serem resolvidos se tornam mais complexos e as relações se complexificam como uma consequência desses processos (Agranoff & Radin, 2015).

Agranoff e Radin (2015) analisam os três modelos de relações intergovernamentais de Deil Wright. Para Wright, as relações intergovernamentais são encontradas em três formatos: (i) Modelo de autoridade coordenada: em que existe uma clara e forte separação entre as responsabilidades dos entes nacionais e subnacionais, com limites bem definidos entre a atuação de cada um. (ii)



Modelo de Autoridade Inclusiva: as relações intergovernamentais são essencialmente baseadas em hierarquia e há a predominância da autoridade do ente nacional. (iii) Modelo Sobreposto: as relações intergovernamentais nesse modelo são formadas pela atuação dos três níveis simultaneamente, criando maior necessidade de barganha entre os níveis, diferente dos outros modelos. A autoridade sobreposta, como proposta por Wright, apresenta seis características comuns entre as experiências de relações intergovernamentais encaixadas nesse modelo. São elas: poder limitado e diverso, áreas modestas e incertas de autonomia, alto nível de independência ou alta capacidade de tê-la, cooperação e competição simultâneas, relações de troca entre entes e negociação como forma de chegar a acordos (Agranoff & Radin, 2015).

Pensando na construção do Sistema Único de Saúde e nos seus princípios de descentralização, integralidade e universalização, é possível encaixar o Brasil no Modelo de Autoridade Sobreposta, em que os três níveis se sobrepõem na execução das políticas públicas e, especialmente, na provisão dos serviços de saúde. O SUS se encaixa exatamente nas seis características de relações intergovernamentais com autoridade sobreposta propostas por Wright (Agranoff & Radin, 2015). Para Jaccoud (2020), as relações intergovernamentais estão diretamente ligadas aos serviços de saúde no Brasil, tendo em vista que o processo de construção do SUS deu destaque ainda maior para ferramentas não financeiras de controle.

Os modelos sobrepostos passam por períodos, ou “ondas” em que diferentes formatos de atuação se sobressaem. A primeira onda é a construção de distinções legais bem definidas entre as obrigações e jurisdição dos entes subnacionais e nacionais. Apesar das distinções bem elaboradas, como Diaz (2006) explica, as relações estabelecidas inicialmente precisam se adaptar às novas necessidades de execução de políticas públicas. Então, surge a segunda onda em que é observado um crescimento da atuação do subnacional. No caso do Brasil, é possível observar claramente esses dois períodos (Agranoff & Radin, 2015).

Na Constituição de 1988, o fornecimento de serviços de saúde tornou-se uma política pública universal e que incluía a União, os estados e os municípios como provedores dos serviços, baseados em descentralização decisória, autonomia e com grande participação do Federal no orçamento.

Antes disso, o arranjo era principalmente focado na União como responsável pelos serviços. Nos anos 90, o nível Federal moveu grandes esforços para interiorizar as responsabilidades do Sistema Único de Saúde, especialmente no quesito de gestão. As políticas públicas foram desenhadas de forma a ser quase impossível que um município recusasse a implementação da forma planejada, com incentivos orçamentários muito expressivos. Nesse período, é possível ver claramente a segunda onda do Modelo de Autoridade Sobreposta, em que o subnacional se transforma em mais relevante em um esforço top-down.

Apesar da transferência significativa de responsabilidades para os municípios, o orçamento ainda se mantém como essencialmente da União, por questões óbvias, já que possui a maioria dos recursos monetários do país. Esse desenho de relações intergovernamentais gerou grande adesão dos entes subnacionais, mas para Arretche (2002), a gestão dos serviços, e não só o fornecimento destes, é uma responsabilidade muito grande que, mesmo com os incentivos orçamentários e a propaganda política positiva para os gestores municipais e prefeitos, não seria o suficiente para a adesão rápida a esse novo formato. O Governo Federal foi além da formulação das políticas e transformou as relações antes estabelecidas a partir de portarias e conjuntos de normas que passavam a responsabilidade para os municípios.

Um dos avanços mais significativos foi ainda no Governo Itamar Franco, que por meio de portarias, obrigava aos municípios a escolher entre três formas de gestão. As possibilidades variam entre maior e menor capacidade de administração, mas todas com o mesmo objetivo de transferir a gestão, em níveis maiores ou menores, para os municípios (Arretche, 2002). A segunda onda do Modelo de Autoridade Sobreposta novamente se confirma quando o Governo Federal, por meio de portarias, transforma o arranjo das relações previamente definidas constitucionalmente pelo Legislativo e torna o subnacional maior e mais responsável (Agranoff & Radin, 2015).

Para a gestão, existe a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que funciona com representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS), e também, a nível estadual apenas, a Comissão Intergestora Bipartite com membros

das Secretarias Estaduais de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Para uma melhor transparência, a cada 4 anos acontecem as Conferências de Saúde com a participação de 50% de usuários, 25% de profissionais da área e 25% de gestores de saúde de serviços tanto públicos quanto privados (Vargas Lorenzo et al., 2018).

Coordenação é um dos princípios mais importantes para o bom funcionamento dos serviços públicos. Uma pesquisa feita em 2018 mostra que profissionais de saúde das cidades pernambucanas de Recife, Caruaru e Paulista pensam que a coordenação entre os municípios e o estado precisa de um melhor desenvolvimento em todos os âmbitos da assistência à saúde. Para eles, as redes estão desarticuladas e o gerenciamento do sistema tem sérias falhas que o tornam frágil (Vanini et al., 2018).

O motivo de tantas falhas pode estar relacionado à dificuldade dos municípios em conduzir o sistema de saúde junto com os seus próprios objetivos políticos. Além disso, o mecanismo de alocação de fundos incentiva os municípios a pactuar mais serviços do que eles podem controlar para receber mais verbas (Vanini et al., 2018, pp. 225). A pertinência dessas ações acontece por falta de penalizações e atenção das outras camadas do governo.

### 3. Apontamentos metodológicos

As normativas são obtidas através da leitura dos Diários Oficiais de todos os 26 Estados da Federação mais o Distrito Federal. São considerados como normativas avisos, convocações, decretos, diretrizes locais, dispensas de licitação, instruções normativas, notificações, planos, portarias, recomendações, resoluções, extratos, termos, acordos, convênios, editais, comunicados, Ad Referendum, protocolos e resenhas. A leitura dos diários era realizada mensalmente e contou com a presença de palavras-chave para auxiliar na busca. São palavras-chave: COE, COVID-19, calamidade pública, emergência pública, emergência de saúde, pandemia, corona, coronavírus, quarentena e SARS, por exemplo.

Apartir desse levantamento inicial, foi criado um banco de dados com tudo o que foi acumulado, organizado sob as seguintes coordenadas, data de publicação, data de vigência, nome do documento,

ementa, objetivo principal. As matérias de iniciativa do Legislativo não foram consideradas: apesar da obrigatoriedade de sanção pelo Poder Executivo estadual, que publica nos diários as decisões de veto ou sanção, este tipo de matéria não está presente no levantamento. O critério para criar a matriz de materiais publicados foi o de selecionar aqueles que afetam diretamente o sistema de saúde estadual, conferindo assim um foco nas ações voltadas para a saúde, sejam elas para aquisição de materiais e insumos ou até mesmo normas gerais de previsão de serviços durante a pandemia.

O primeiro caso de COVID confirmado no Brasil foi notificado no dia 26 de fevereiro de 2020, por isso, a reunião de normativas teve início em fevereiro e compreendeu todo o ano de 2020, encerrando oficialmente a pesquisa de conteúdo no dia 31 de dezembro daquele ano.

A escolha das categorias foi feita através da observação das normativas de Relações

**Tabela 1.** Categorização das relações governamentais

<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>
Mapeamento de Risco	Classificação de riscos de municípios e regiões de saúde; declaração de estado de emergência
Ações de enfrentamento	Recomendações para o enfrentamento à pandemia; planos de contingência; planos de emergência.
Grupos de trabalho	Gabinetes de crise; grupos de estudos sobre vacinação e testagem; comissões especiais.
Compras e Infraestrutura	Aumento de leitos de UTI; distribuição de testes e vacinas; compras de insumos.
Repasses financeiros	Transferência de recursos para fundos municipais; execução de recursos financeiros.
Comunicação entre os entes	Atualização de planilhas; reuniões.
Vigilância epidemiológica	Ações sobre a vacinação; testagem.

**Fonte:** Elaboração própria.

Intergovernamentais, verificando as semelhanças entre elas. A partir disso, foram escolhidos 7 conjuntos, sendo eles: 1) Mapeamento de Risco, com normas sobre estado de emergência e classificação de riscos das regiões de saúde e/ou municípios;



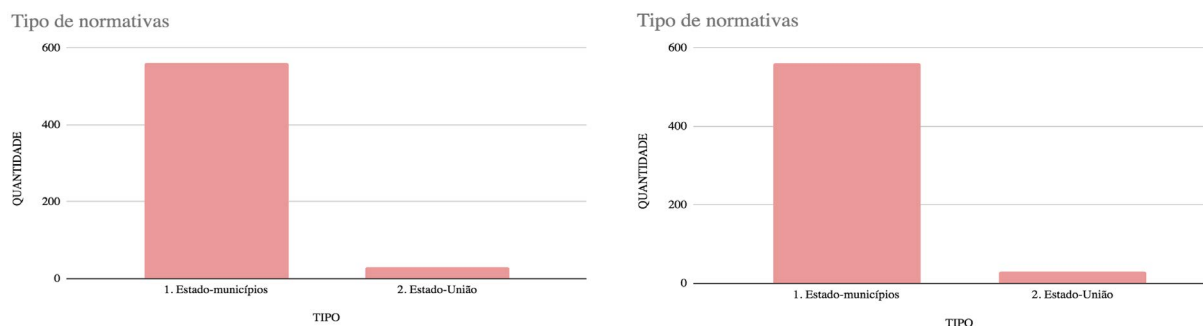
2) Ações de Enfrentamento, com recomendações, planos de contingência e emergência; 3) Grupos de Trabalho, com comissões e consórcios, gabinetes de gestão de crise e planos especiais de trabalho; 4) Compras e Infraestrutura, com normativas sobre distribuição de testes e vacinas, aumento de leitos de UTI e compras de insumos; 5) Repasses Financeiros, com transferências de recursos entre as partes; 6) Comunicação entre os Entes, sobre atualização de planilhas e reuniões; e 7) Vigilância Epidemiológica, sobre ações de testagem e vacinação.

#### 4. As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19

Ao olhar toda a construção histórica do Sistema Único de Saúde, é possível observar etapas

importantes da definição de Agranoff e Radin (2015). No período da redemocratização, em 1988, os estados e municípios ganharam mais autonomia, obrigando a implementação de um modelo de descentralização. O maior exemplo é a construção do SUS como um programa que se baseava em diretrizes nacionais, mas tinha sua implementação extremamente descentralizada (Abrúcio et al., 2020). Durante o governo Bolsonaro, a coordenação, indispensável anteriormente, foi substituída por uma tendência ao abandono de políticas já bem estruturadas, como demonstram Abrúcio, Grin, Franzese, Segatto e Gonçalves (2020). A pandemia da COVID-19 amplificou todas as estruturas que foram montadas nos últimos anos, incluindo a de relações intergovernamentais.

**Figura 1.** Quantidade de normativas a partir do tipo de relação estabelecida



**Fonte:** Elaboração própria.

Ao observar as normativas reunidas, é visível a diferença gritante entre as quantidades classificadas como Estado-União e Estado-municípios, que apesar de mostrar a atuação mais forte de suporte dos municípios por parte dos estados, identifica que para o combate à pandemia os três poderes sobrepuseram esforços, mesmo que em intensidades muito

diferentes. A necessidade de barganha entre os entes é uma das características do Modelo Sobreposto de Agranoff e Radin (2015) que pode ser vista nas relações intergovernamentais durante todo o ano de 2020. A principal manobra de barganha foi vista na quantidade de repasses financeiros.

**Tabela 1.** Comparação entre estados sobre tipos de relações governamentais (Estado-município)

Estado	Mapeamento de Risco	Ações de enfrentamento	Grupos de trabalho	Compras e Infraestrutura	Repasses financeiros	Comunicação entre os entes	Vigilância epidemiológica
AC	1	3	0	10	5	0	1
AL	0	2	1	9	1	0	0
AM	4	5	0	4	1	0	0
AP	8	2	2	0	2	1	2
BA	0	3	1	21	3	0	0

<b>CE</b>	0	0	2	18	0	0	0
<b>ES</b>	40	3	0	1	0	1	0
<b>GO</b>	0	23	0	1	0	0	24
<b>MA</b>	0	3	0	3	0	0	0
<b>MG</b>	17	6	2	3	8	1	0
<b>MS</b>	1	10	0	9	4	0	2
<b>MT</b>	0	6	0	18	2	0	2
<b>PA</b>	2	5	3	14	12	2	9
<b>PB</b>	0	1	0	7	4	2	1
<b>PE</b>	0	12	1	1	3	0	0
<b>PI</b>	0	3	2	1	41	0	0
<b>PR</b>	1	4	0	0	7	0	2
<b>RJ</b>	1	9	4	0	4	1	3
<b>RO</b>	0	3	0	1	1	2	0
<b>RN</b>	0	1	4	0	16	1	0
<b>RR</b>	3	5	0	22	16	1	3
<b>RS</b>	17	19	0	3	11	0	0
<b>SC</b>	3	3	1	0	3	0	1
<b>SE</b>	0	1	5	1	9	1	0
<b>SP</b>	13	5	2	4	4	4	3
<b>TO</b>	1	0	0	2	1	1	0
<b>Total</b>	112	138	30	153	158	18	53

**Fonte:** Elaboração própria.

A região Sudeste apresenta 111 normas sobre Relações Intergovernamentais, sendo 45 no Espírito Santo, 37 em Minas Gerais, 22 no Rio de Janeiro e 35 no estado de São Paulo. Destas normas, é perceptível a preocupação do Espírito Santo no que consiste às normativas sobre mapeamento de risco (40/45 normas). O estado decidiu publicar, desde fevereiro de 2020, decretos semanais atestando as zonas de maior incidência do COVID-19 para, assim, estabelecer medidas de enfrentamento à pandemia que fossem atualizadas com frequência. Mapear as áreas de maior risco ao vírus foi a preocupação de três dos quatro estados que compõem a região. O Rio de Janeiro,

de forma diferente, foi o único estado onde apenas 1 normativa sobre o assunto foi identificada em todo o ano de 2020. Na região, a categoria “Ações de Enfrentamento” foi a mais popular, aparecendo 9 vezes entre os 22 documentos analisados.

No Nordeste, é importante destacar que boa parte das normativas foram das Comissões de Intergestores Bipartites, que produziram um número extenso de regulamentações atualizando números de leitos de UTI e planos de gestão destes. O Piauí foi o estado que mais apresentou publicações classificadas dentro de relações intergovernamentais. As relações intergovernamentais, em sua maioria, se classificaram como Gastos e Infraestrutura,



quase a totalidade se referindo a leitos de UTI, e repasses financeiros, com destaque ao Piauí e Rio Grande do Norte. Mapeamento de risco não foi encontrado em nenhum dos 9 estados, o que pode ser significativo na análise da atuação da região em medidas de contenção do coronavírus, e a vigilância epidemiológica nas relações intergovernamentais apareceu somente no estado da Paraíba.

Na região Norte foram identificadas 140 normativas, sendo Roraima e Pará os estados com o maior número, 50 e 47 respectivamente, em sua maioria classificadas em Compras e Infraestrutura e Repasses Financeiros, principalmente, assim como no Nordeste, referindo-se a leitos de UTI. Rondônia e Tocantins foram os estados que menos apresentaram normativas, 7 e 5 respectivamente.

O Pará destaca-se também por, em comparação aos outros estados, contar com um alto número de normativas relacionadas à vigilância epidemiológica, sendo 9 no total, enquanto Amazonas, Rondônia e Tocantins não apresentaram nenhuma. O Amapá, ao contrário dos demais estados, apresentou 8 de suas 17 normativas classificadas como Mapeamento de Risco.

Na região Centro-Oeste é visto uma maior concentração das ações voltadas ao enfrentamento da pandemia e sobre vigilância epidemiológica. Os estados da região apresentaram cerca de 20 normas relacionadas a essas temáticas. As demais normativas, em particular nos estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, estão vinculadas a compras de insumos e investimentos em estruturas nos municípios destes estados.

Já na região Sul, por fim, grande parte das normativas estão voltadas à sistematização de dados, como número de leitos disponíveis nas regiões de saúde ou municípios, e compras de insumos para serem disponibilizados para hospitais municipais. Em geral, parte das normativas tratam sobre a destinação dos recursos financeiros de fonte federal transferidos para os Municípios, com especificação de ações prioritárias para serem utilizados. Dentre as prioridades, destacam-se: o financiamento de ações e serviços públicos de saúde compreendidos por ações de atenção primária à saúde, vigilância, média e alta complexidade; aquisição e distribuição de medicamentos, insumos, e equipamentos; contratação de serviços de saúde; contratação temporária de pessoal; divulgação de informações à população; entre outras despesas necessárias para o enfrentamento da pandemia.

São observadas também, de forma geral, orientações acerca de ações de enfrentamento, como atualizações no Plano de Contingência Estadual, que estabelece medidas orientativas para o manejo da crise no âmbito da vigilância e assistência à saúde, como para níveis de atenção específicos. Um exemplo de normativas nesse sentido são as resoluções das CIBs, instâncias instaladas no âmbito de cada estado, constituídas por representantes de gestores da saúde estadual e de gestores municipais indicados. Assim, estas se mostram como um efetivo mecanismo voltado principalmente à promoção de coordenação entre os estados e seus municípios.

O modelo sobreposto de relações intergovernamentais, de atuação simultânea entre os entes federados (Agranoff & Radin, 2015), pode ser identificado nas normativas que criam gabinetes de crise e grupos de trabalho especiais para decidir ações de combate à pandemia. Nesses grupos, a cooperação entre os entes é substancial para que os objetivos sejam pactuados e concluídos da melhor forma possível. Apesar dos já existentes, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), novas equipes destinadas a temas específicos geram mais esforços para que o enfrentamento ocorra a partir de um plano e de responsabilidades bem definidas.

Outra questão diz respeito aos Consórcios intermunicipais de saúde. Muitas portarias habilitam o trabalho destes grupos para atuação complementar diante da pandemia, o que também demonstra uma preocupação dos estados em trabalhar de forma integrada com os municípios. Os consórcios se tornaram uma alternativa para o enfrentamento à doença (Fernandez & Pinto, 2020), com destaque para o “Conectar – Consórcio Nacional de Vacinas das Cidades Brasileiras” com o objetivo de trabalhar em prol das vacinas. Nele, qualquer município interessado pôde solicitar a sua participação.

## Conclusões

Com o avanço da pandemia, e diante do crescente número de casos e mortes, os esforços entre estados-municípios e estados-união precisaram ocorrer de forma compulsiva, e tal questão pôde ser vista a partir das normativas sobre “grupos de trabalho”, “comunicação entre os entes” e “ações de enfrentamento”, pois sintetizam a necessidade

de enfrentar o problema de forma direta, como o fechamento do comércio, a contingência de leitos, a instituição de serviços eletivos na saúde, e também a partir do diálogo entre os entes, o estudo das melhores maneiras de desenvolver as ações e a necessidade de um trabalho alinhado às urgências do povo.

Manter um serviço informacional também ocorreu, primordialmente na categoria “mapeamento de risco”, na qual foram apresentados os municípios com maior incidência ao vírus, assim como as regiões que mereceram maior atenção epidemiológica. Tais balanços são importantes para o estabelecimento de decretos sobre o funcionamento do comércio, por exemplo, mas também servem como um boletim de conscientização para a população.

No mais, um instrumento importante para a cooperação entre os entes também observado no estudo é a questão dos repasses financeiros, sejam da União para estados ou dos estados para os municípios. Esses repasses, na maioria dos casos, estão ligados à realocação de fundos destinados à saúde, conhecidos como repasses fundo a fundo, que foram fortalecidos desde o Pacto pela Saúde.

É perceptível a necessidade em manter as relações de colaboração frente a uma ameaça global como a que apresentou a pandemia de Covid-19. Diante de tantos problemas como falta de leitos de UTI, escassa testagem, falta de insumos e aparelhos para respiração mecânica, por exemplo, todos os esforços precisaram ser feitos para garantir a sobrevivência da população. Apesar de o sistema brasileiro ser regido sob a ótica federalista e necessitar de uma agenda cooperativa bem alinhada aos interesses do país, a colaboração nem sempre acontece da maneira correta.

## Referências

Abrúcio, F., Franzese, C., & Sano, H. (2010). Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. En A. dos Santos Cunha, B. Abreu de Medeiros, & L. M. de Aquino (Eds.), *Estado, Instituições e Democracia: república* (pp. 177–212). Brasília: IPEA. Recuperado de <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5802-liv-ro09estadoinstituicoesdemocraciavol1.pdf>

Abrúcio, F. & Grin, E. (2015). From decentralization to federative coordination: the recent path of intergovernmental relations in Brazil. En: *International conference on public policy 2*. Milán: Catholic University, Milan. Recuperado de <https://bit.ly/2JLnnv6>

Abrúcio, F. L., Grin, E. J., Franzese, C., Segatto, C. I., & Gonçalves, C. (2020). Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 663–677. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354x>

Agranoff, R. & Radin, B. A. (2015). Deil Wright's overlapping model of intergovernmental relations: The basis for contemporary intergovernmental relationships. *Publius: The Journal of Federalism*, (45)1, 139-159. <https://doi.org/10.1093/publius/pju036>

Anderson, G. (2009). *Federalismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: FGV.

Arretche, M. (2002). Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados*, (45)3, 431–458. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582002000300004>

Arretche, M. (2004). Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, (18)2, 17-26. <https://doi.org/10.1590/s0102-88392004000200003>

Atualização epidemiológica: Variantes de SARS-CoV-2 nas Américas 26 de janeiro de 2021. (2021). En *Organização Pan-Americana da Saúde*. Recuperado en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53234>

Castro, R. (2021). Boletim Observatório Covid-19. En *Fundação Oswaldo Cruz* (Fiocruz). Set.-out. Recuperado de [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim\\_covid\\_2021-semanas\\_39-40-2021.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_39-40-2021.pdf)

Consórcio Nacional de Vacinas das Cidades Brasileiras. Consórcio Conectar. <https://consorcioconectar.com.br/>

Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Artigos 18-30. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Correia de (2018). A coordenação assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto de vista dos atores principais. Medeiros, A. (Ed.). (2021). Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Novo Coronavírus COVID-19 [Semana Epidemiológica 40 3/10 a 9/10/2021]. Ministério da saúde. Recuperado de [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/18/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_84-final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/18/boletim_epidemiologico_covid_84-final.pdf)

Díaz, A. M. H. (2006). Relaciones intergubernamentales. *Espacios Públicos*, (9)18, 36–53.

Ferigato, Sabrina et al. (2020) The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, (396)10263, 1636. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32164-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32164-4)

Fernandez, M. & Pinto, H. (2020). Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Revista Saúde em Redes*, (6) Supl. 2, 7-21.



- Giovanella, L., Ruiz, D., Gagno L., J., & Bousquat, A. (2021). Los desafíos de la APS en el SUS en el enfrentamiento de la pandemia Covid-19 en Brasil. En *Salud Global y Diplomacia de la Salud* (pp. 139–158). Alasag. Recuperado de <http://alasag.org/wp-content/uploads/2021/09/salud-glob-al16-09-21.pdf>
- Jaccoud, L. (Org.) (2020). *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília: IPEA. <https://doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9>
- Lassance, A. (2013). Presidencialismo, Federalismo e Construção do Estado Brasileiro. En J. C. Cardoso Jr & G. Bercovici (Orgs.), *Diálogos para o Desenvolvimento - República, Democracia e Desenvolvimento contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo - volume 10* (pp. 63–92). Brasília: IPEA.
- Recuperado., Lages, I. & . (2018). As Redes Integradas de [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_republicademocracia.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_republicademocracia.pdf)
- Monteiro N., A. (2014). Governos estaduais no federalismo brasileiro : capacidades e limitações no cenário atual. En *Governos Estaduais no Federalismo Brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate* (pp. 21-62). Brasília: IPEA. Recuperado de [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_governos\\_estaduais.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_governos_estaduais.pdf)
- Nota Técnica n° 17, 08 de abril de 2021 Redes de Atenção à Saúde para Covid-19 e os desafios das esferas governamentais: Macrorregiões de Saúde e a curva que devemos “achatar.” (2021). En *Fundação Oswaldo Cruz* (Fiocruz). Recuperado de [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota\\_tecnica\\_17\\_monitoracovid19.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_17_monitoracovid19.pdf)
- Ribeiro, Ricardo Lodi. Do federalismo dualista ao federalismo de cooperação: a evolução dos modelos de estado e a repartição do poder de tributar. *Revista Interdisciplinar do Direito*, v. 16, n. 1, p. 335-362, 2018.
- Riker, W. (1975). Federalism. En F. I. Greenstein (Ed.), *Handbook of Political Science, Volume 5: Governmental Institutions and Processes* (pp. 93–172). Addison-Wesley.
- Stepan, A. (1999). Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. *Dados*, (42)2, 197-252. <https://doi.org/10.1590/S0011-52581999000200001>
- Souza, C. M. (2019). Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, (35)2. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046818>
- Vanini de B., E. S., Ferreira da S., M. R., & Vargas L., I. (2018). A coordenação assistencial nas redes de serviços de saúde sob o ponto de vista dos atores principais. En M. L. Vázquez Navarrete, I. Vargas Lorenzo, A. S. Mogollón-Pérez, M. R. Ferreira da Silva, J.-P. Unger, & P. de Paepe (Eds.), *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil Un estudio de casos* (pp. 223–248). Universidad del Rosario. Recuperado de <https://editorial.urosario.edu.co/pageflip/acceso-abierto/redes-integradas-de-servicios-de-salud-en-colombia-uros.pdf>
- Vargas Lorenzo, I., Ferreira da Silva, M. R., Lages, I. & Vásquez N., M. L. (2018). As Redes Integradas de Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. En M. L. Vázquez Navarrete, I. Vargas Lorenzo, A. S. Mogollón-Pérez, M. R. Ferreira da Silva, J.-P. Unger, & P. de Paepe (Eds.), *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil Un estudio de casos* (pp. 185–196). Universidad del Rosario. Recuperado de <https://editorial.urosario.edu.co/pageflip/acceso-abierto/redes-integradas-de-servicios-de-salud-en-colombia-uros.pdf>
- Zippelius, R. (1997). *Teoria geral do estado* (K. Praefke-Aires Coutinho & J. Gomes Canotilho, Trans.). Lisboa Fundação Calouste Gulbenkian.