

GOVERNANÇA E COORDENAÇÃO NO SUS

Aprendendo com a pandemia de Covid-19

<http://dx.doi.org/10.25091/S01013300202300020001>

VERA SCHATTAN P. COELHO*

GERRY BLOOM**

RÔMULO PAES-SOUSA***

DANILO CESAR FIORE****

ANA LUIZA VIANA*****

NELSON IBAÑEZ*****

GLAUCO ARBIX*****

GUILHERME MELLO*****

MARIANE CERON*****

RESUMO

Sistemas de saúde plurais enfrentam de forma recorrente o desafio de coordenar múltiplos setores e níveis de governo na busca do interesse público. Investigamos como esse desafio foi enfrentado pelo SUS durante a pandemia de Covid-19. Identificamos o protagonismo dos atores subnacionais, a cooperação entre setores e a saúde digital como inovações que potencializaram essa coordenação. Discutimos sua emergência, as possibilidades que oferecem para o aperfeiçoamento do SUS e como sustentá-las.

PALAVRAS-CHAVE: *SUS; governança; Covid-19; público e privado; saúde digital*

Governance and Coordination in the Brazilian Health Care System: Learning from the Covid-19 Pandemic

ABSTRACT

For plural health systems, promoting coordination between multiple sectors and governments levels is a permanent challenge. This study explores how the SUS dealt with this challenge during the Covid-19 pandemic, identifying proactive subnational actors, cross-sector cooperation and digital health as innovations that enhanced this coordination. Their emergence, the possibilities they represent for improving the SUS and how they can be sustained are discussed.

KEYWORDS: *SUS; governance; Covid-19; public and private; digital health*

[*] Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap), São Paulo, SP, Brasil. E-mail: veraspc@uol.com.br

[**] Institute of Development Studies, Brighton, UK. E-mail: g.bloom@ids.ac.uk

INTRODUÇÃO

Em 2020, a falta de governança emergiu como desafio global no enfrentamento da Covid-19 (Davies, 2021). No Brasil, no período inicial da pandemia, houve não só falta de governança no

SUS, como também desconfiança entre os três níveis de governo, à medida que o governo federal fomentava o conflito e a descoordenação entre eles. Nesse cenário, os governos subnacionais e a sociedade passaram a se envolver ativamente no enfrentamento da pandemia, buscando captar recursos e promover a coordenação entre atores estatais e inúmeros setores que até então atuavam de forma atomizada no dia a dia do SUS.

A pandemia, ao ser reconhecida como o “inimigo comum”, criou um foco que permitiu que atores subnacionais, até então pouco comprometidos com os rumos do SUS, reordenassem suas prioridades e privilegiassem o enfrentamento da doença. Eles também passaram a contar com informações atualizadas sobre a efetividade de suas ações, na medida em que os dados sobre o número de contaminações, internações e mortes eram publicados diariamente. Naquele cenário dramático, houve experiências incomuns, nas quais múltiplos setores se alinharam na busca do interesse público, superando problemas recorrentes no SUS, como falta de coordenação e de mecanismos *enforcement*.

As respostas subnacionais variaram: alguns governos subnacionais e arranjos de governança foram mais bem-sucedidos que outros no combate à Covid-19. Neste artigo, investigamos essas respostas perguntando o que podemos aprender com essas variações para manter, para além da pandemia, o foco, a coordenação entre os atores e a disposição para as correções de rota.

O artigo apresenta resultados de pesquisas, coordenadas pelos autores e outros pesquisadores, que enfocaram a pandemia. Essas pesquisas envolveram entrevistas, observação participante, pesquisa documental, grupos de discussão com gestores, profissionais de saúde, empresários, representantes de usuários e acadêmicos, coleta e análise de dados.¹ Os resultados dessas pesquisas foram apresentados e discutidos no seminário “Pesquisa e política(s) de saúde em contextos de rápida transformação”,² tendo posteriormente sido reelaborados para este artigo.

Na próxima seção, apresentamos inovações que aconteceram durante a pandemia e facilitaram o alinhamento e a coordenação de múltiplos setores que atuam no SUS. Na terceira seção, inspirados por essas inovações, procuramos identificar mudanças que poderiam ser estimuladas no interior dos principais mecanismos de coordenação hoje presentes no SUS. Na conclusão, sintetizamos esse balanço, buscando apontar estratégias que contribuam para fomentar o alinhamento e a coordenação entre os inúmeros atores e instituições que atuam no sistema de saúde, discutindo como concretizá-las e indicando atores que podem ter interesse em seu avanço.³

[**] Fiocruz Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: romulo.paes@fiocruz.br

[***] Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: danilofiore@gmail.com

[****] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: analuizaviana@usp.br

[*****] Instituto Butantan, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: nelsonibanez48@gmail.com

[*****] Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: glaucoarbox@gmail.com

[*****] Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: gdotmello@gmail.com

[*****] Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: mariane.ceron@spdm-pais.org.br

[1] O artigo apresenta resultados dos projetos “Atenção Primária à Saúde, Governança e Pandemia”, desenvolvido como parte das atividades do CEM com apoio da Fapesp (processo 2013/07616-7); “Saúde São Paulo”, com apoio do SindHosp; “Reconstrução, Comunidades e Intersetorialidade: Trabalhando com Respostas Comunitárias e Colaborações Intersetoriais para Promover avanços na Saúde e na Justiça Alimentar durante e após a Pandemia de Covid-19”, com apoio da Fapesp (processo 2021/07841); e “Governança do SUS, os desafios de cooperação e coordenação em um sistema plural”, com apoio da NIHR (processo 150146), coordenados por Vera Schattan P. Coelho; e “Mudanças das Estratégias de Gestão Regional no Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Estado de São Paulo”, com apoio Fapesp (processo 2020/12140-5), coordenado por Nelson Ibañez.

[2] O seminário “Pesquisa e política(s) de saúde em contextos de rápida transformação” foi promovido pelo Cebrap e pelo Institute of Development Studies (IDS) e realizado no Cebrap em 15 de junho de 2022.

[3] Agradecemos a Alex Shankland, Arilson Favareto, Matias Alencastro e Laila Kontic pela organização da série “Agendas de Pesquisa em Ciências Sociais e Desenvolvimento no Brasil e no Mundo”, promovida pelo Cebrap e pelo IDS, a Dirceu Barbano a participação e contribuições ao Seminário e aos pareceristas anônimos os valiosos comentários e sugestões.

[4] Depoimento colhido durante o seminário “Pesquisa e política(s) de saúde em contextos de rápida transformação”, já citado.

INOVAÇÕES, COORDENAÇÃO E GOVERNANÇA DURANTE A PANDEMIA

Pandemias ou epidemias catastróficas expõem os sistemas de saúde a enormes pressões, acentuando deficiências e ao mesmo tempo impelindo inovações. Todas as funções estruturantes do sistema são tensionadas: serviços, força de trabalho, sistemas de informação, medicamentos essenciais, financiamento e governança (WHO, 2010). Em tempos de “batalha”, a racionalidade é pressionada pelas emergências e, como ficou evidente, ela esteve longe de se resumir às especificidades técnicas e estruturais, pressionando os sistemas de saúde e explicitando seu papel enquanto componentes de sistemas sociais complexos e multiescalares em que as soluções foram enormemente complicadas pela conjuntura política dos países.

Nelson Ibañez, refletindo sobre esse período, em que o Brasil perdeu mais de 600 mil vidas e apareceu entre os países com pior desempenho no enfrentamento da pandemia, apontou para um fato paradoxal: “O SUS ‘melhorou’ na pandemia. Durante a tragédia, houve uma apropriação do sistema de vigilância e melhoras nas relações intersetoriais e entre estados e municípios. Ampliou-se a governança assistencial”.⁴

Sem soluções programadas para imprevistos, a realidade testou a resiliência do sistema. Diante da política desfavorável ao técnico e ao científico, duas funções estruturantes se destacaram, apoiando melhorias: uma previsível e outra extraordinária. Era esperado o fortalecimento de ações remotas, já experimentadas em outros setores, mas ainda tímidas na saúde. Porém, mudanças na governança, promovidas por inovações nas relações federativas e sociais, sucederam de forma inesperada. A seguir exploramos essas inovações.

AMPLIAÇÃO DO PROTAGONISMO DOS GOVERNOS ESTADUAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE

O negacionismo do governo federal em face da gravidade da pandemia e a falta de liderança do Ministério da Saúde abriram espaço para que os estados assumissem maior protagonismo na coordenação da política de saúde. Esse movimento foi registrado em várias análises que apontaram uma nova dinâmica federativa, com o fortalecimento do papel dos estados na gestão do SUS durante a pandemia, bem como a diversidade de iniciativas que estes lideraram (Abrucio et al., 2020; Vieira; Servo, 2020; Souza; Fontanelli, 2021; Lima et al., 2021; Shimizu et al., 2021; Carvalho et al., 2022).

O Fórum de Governadores e o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio Nordeste) são exemplos disso: ambos desafiaram a política federal e assumiram a responsabilidade pela integração regional. O Consórcio inovou em

várias áreas, destacando-se seu papel na institucionalização de um tipo de diplomacia incipiente, referida por diferentes autores como “paradiplomacia”, “diplomacia das unidades constituintes” ou “diplomacia federativa” (Salomón; Nunes, 2007). Nesse caso, situando os governos estaduais como compradores de insumos e equipamentos para a área da saúde, consubstanciou uma chancelaria (consorciada) estadual (Rocha et al., 2021; Viana et al., 2023). O Comitê Científico do Consórcio Nordeste, formado por cientistas e acadêmicos de diversos estados, complementou essa iniciativa (Rossi; Silva, 2020; Shimizu et al., 2021). A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI n. 6.341), de abril de 2020, reforçou esse movimento, sustentando a competência dos estados no enfrentamento da pandemia.

Estudo de Ana Luiza Viana et al. (2023) mostrou que a ativa participação do governo da Bahia na regionalização e construção de equipamentos regionalmente distribuídos beneficiou a coordenação intergovernamental e o combate à Covid-19. Inovações similares explicam um melhor desempenho na região Nordeste, mesmo considerando-se a maior vulnerabilidade social (Viana et al., 2023).

Sandra Gomes et al. (2022), analisando o caso do Rio Grande Norte, apontaram a proatividade do governo estadual, que durante a pandemia emitiu normas amplas e abrangentes de coordenação e indução para seus municípios e instituições públicas e privadas. Conquanto tenham existido conflitos entre estado e municípios na implementação dessas normativas, o estado buscou superar uma situação histórica de falta de articulação com os municípios na gestão da política de saúde.

O governo de São Paulo destacou-se na aquisição centralizada de anestésicos durante a “segunda onda” da pandemia, efetuando uma compra internacional de mais de 9 milhões de ampolas para distribuição a unidades de saúde. Essa compra foi dirigida não apenas aos hospitais estaduais sob administração direta, mas também a unidades gerenciadas por organizações sociais, hospitais municipais, filantrópicos e de administração indireta (como hospitais universitários). Com isso, coordenou um esforço centralizado de abastecimento de insumos em um momento crítico para os serviços de saúde, independentemente de vinculação institucional. Essencial para tanto foi o papel da instância de pactuação regional, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que deliberou critérios de ressarcimento por meio de “compensações” nos mecanismos de financiamento entre estados e municípios aderentes.⁵

Em sentido inverso, autores como Diego Xavier et al. (2022), bem como Gustavo Fernandes e Ivan Fernandes (2022), chamam a atenção para o fato de que estados e municípios governados por partidos alinhados ao governo federal teriam privilegiado a manutenção da ati-

[5] No caso das unidades contratualizadas – por exemplo, hospitais estaduais sob contrato de gestão com organizações sociais da saúde (OSS) ou hospitais filantrópicos habilitados para atendimento no SUS, responsáveis pela aquisição rotineira de seus insumos –, pactuou-se o ressarcimento nos instrumentos futuros de contratualização (como contratos de gestão e convênios) (Ofício CIB 19/2021; Deliberação CIB 43/2021; Deliberação CIB 57/2021; Nota Técnica CAF 21/2021).

vidade econômica, evitando adotar políticas ativas de enfrentamento da pandemia e contribuindo para elevar as taxas de mortalidade.

Em resumo, as iniciativas descritas apontam para o protagonismo estadual, uma novidade na governança do SUS, antes liderada pelo Ministério da Saúde, tendo estados não alinhados ao governo federal, com estruturas regionais mais robustas, como São Paulo e Bahia, sido proativos na implementação de medidas de enfrentamento da pandemia.

COOPERAÇÃO ENTRE SETORES

A capacidade do SUS de enfrentar a Covid-19 cresceu à medida que diferentes mecanismos de coordenação foram organizados. No âmbito governamental, diversos estados e municípios criaram comissões, comitês ou estruturas análogas, de caráter extraordinário, para propor medidas preventivas, discutir cenários epidemiológicos e fazer recomendações sanitárias para o enfrentamento da pandemia. A título de exemplo, no estado de São Paulo, o Centro de Contingência do Coronavírus reuniu diferentes especialistas em infectologia e epidemiologia para assessorar as autoridades estaduais (Resolução SS 27/2020; Resolução SS 131/2021). Iniciativas similares aconteceram em outros estados, como Rio de Janeiro, e municípios, como Niterói, Belo Horizonte, Fortaleza, Pelotas e Juiz de Fora. De tais iniciativas participaram, em geral, especialistas e servidores públicos, e sua relevância foi maior em 2020 e no início de 2021, quando houve uma demanda imediata de orientações para as estratégias de prevenção da doença. Os comitês ajudaram estados e municípios a legitimar as medidas de restrição de mobilidade da população e o uso de máscaras diante de parcelas da população que ofereciam resistência (Coelho et al., 2021; Tasca et al., 2022; Abrasco, 2022).⁶

As organizações prestadoras de serviços de saúde também organizaram seus comitês. A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM-Pais),⁷ uma das maiores organizações sociais de saúde (OSS) do país, formou um comitê de crise para gerenciar protocolos de saúde, equipamentos de proteção individual, inovações no mercado de produtos de saúde e estratégias de gestão e comunicação dos conhecimentos sobre a Covid-19 por meios digitais.⁸

Em paralelo, houve várias iniciativas intersetoriais de saúde, segurança alimentar e assistência social em todo o país. Em São Paulo, como exemplo dessas iniciativas, podemos citar a Brigada pela Vida de Sapopemba e o Comitê das Favelas de Paraisópolis. Ambos buscaram articular localmente lideranças comunitárias, gestores da saúde, da educação e da assistência social e foram importantes para informar a população e promover redes de apoio para a distribuição

[6] Com o advento das vacinas, essas estruturas perderam progressivamente relevância e boa parte de suas funções foi absorvida pelas secretarias de saúde (como no estado de São Paulo) ou extintas (como em Belo Horizonte). Em outros lugares, como em Niterói ou Juiz de Fora, os comitês deixaram de ser mobilizados, embora não tenham sido formalmente extintos.

[7] A SPDM atua no SUS por meio de contratos de gestão em São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza, Diadema, Santo André, Santos e Praia Grande.

[8] Depoimento ao projeto “Atenção Primária à Saúde, Governança e Pandemia”, agosto de 2021.

de alimentos, equipamentos de proteção e ações locais (Coelho et al., 2021; Roy; Coelho; Szabzon, 2022).

Experiências como o “Todos pela Saúde”, de iniciativa do Itaú Unibanco, que mobilizou a sociedade civil e o setor privado para captar recursos e direcioná-los a iniciativas públicas, aumentaram a aproximação entre os setores público e privado. Na área assistencial, houve transferência de protocolos e capacitações de profissionais envolvidos no enfrentamento da pandemia. Setores públicos e privados colaboraram com universidades e empresas no intercâmbio de conhecimento, na organização de ensaios clínicos de vacinas, testes de antivirais, dosagem de anestésicos e de vários tratamentos utilizados para amenizar e controlar os impactos da doença provocada pelo novo coronavírus (SindHosp; Cebrap, 2022).

Já o “Todos Juntos pela Saúde”, uma iniciativa do BNDES em parceria com doadores privados, apoiou iniciativas municipais no Norte e Nordeste, onde a dificuldade de acesso e tecnologia mostrou-se maior. A capacidade de entrega de insumos e estruturas assistenciais, bem como a inovação, a tecnologia e as estratégias de telemedicina, foram priorizadas nessa experiência. O fundo, que perdura até hoje, consolidou-se como um tipo de financiamento complementar às verbas de custeio assistenciais do SUS na realidade desses municípios, gerando impacto social (Abrasco, 2022).

Universidades e empresas também responderam positivamente aos apelos a uma ação emergencial e esforçaram-se para superar a limitação de recursos, a vulnerabilidade de suas cadeias de fornecimento e os frágeis laços entre a pesquisa científica e a inovação nas empresas. A indústria, que diante da Covid-19 se empenhou no desenvolvimento de vacinas, testes diagnósticos e equipamentos, mostrou que novos caminhos de cooperação são viáveis. Um bom exemplo dos resultados desses esforços são os ventiladores de baixo custo e alta portabilidade desenvolvidos pelo Instituto de Pesquisas Tecnológicas da Universidade de São Paulo (IPT/USP), por intermédio do Projeto Inspire: trata-se de equipamentos especialmente adequados para utilização em hospitais de campanha e áreas remotas (SindHosp; Cebrap, 2022).

A capacidade de mobilizar voluntários, captar recursos e coordenar ações durante a pandemia foi surpreendente. Identificar as redes políticas, associativas e religiosas que viabilizaram a comunicação e a mobilização desses vários setores permitirá avançar na discussão sobre a sustentabilidade desses processos no pós-pandemia.

INOVAÇÕES DIGITAIS

A pandemia destacou a necessidade de se aprimorar os serviços de saúde. Nesse cenário, o Brasil avançou na implantação de tecnolo-

gias digitais de saúde, como atendimento pré-clínico não presencial, agendamento on-line, telemedicina, canais de chat e treinamento de recursos humanos, ampliando a capacidade de resposta do sistema de saúde, público e privado (Celuppi et al., 2021).

Telessaúde

Durante a pandemia, o uso da telemedicina no Brasil e na Europa ganhou impulso. Superaram-se entraves históricos à sua difusão, como a falta de marco regulatório, modelo de precificação, resistência das entidades médicas, insegurança dos pacientes quanto à privacidade e confidencialidade da consulta (Garattini; Martini; Zanetti, 2021).⁹ Com a autorização legal do uso da telessaúde, várias experiências foram implementadas para atender, realizar exames e capacitar à distância, deixando claro que, embora boa parte das inovações estivesse acontecendo no setor privado, abria-se um enorme espaço para a transformação do sistema público de saúde (SindHosp; Cebrap, 2022).

Em 2020, secretarias estaduais regulamentaram o uso da telessaúde em caráter emergencial. Por exemplo, a Secretaria da Saúde de São Paulo autorizou a realização excepcional de procedimentos ambulatoriais à distância nos serviços sob sua gestão, inclusive consultas médicas via telefonia e outras tecnologias, desde que houvesse interação efetiva entre o profissional de saúde e o usuário (ou seja, de maneira síncrona) e com prévia anuência deste. Os sistemas de registro e agendamento de consulta foram adaptados para a inclusão dessas novas modalidades de atendimento (Resolução SS 98/2020; Resolução SS 167/2021). Nesse mesmo ano, a secretaria começou a implementar o projeto “Matriciamento”, executado a partir dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMES).¹⁰ O projeto visa qualificar a assistência prestada na atenção básica (Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de Saúde da Família, entre outros) por meio de retaguarda especializada e, em muitos casos, digital, fortalecendo o trabalho em rede. Assim, os AMES¹¹ passaram a operar como “hubs” de apoio aos serviços municipais de seu território de abrangência.¹²

Levantamento realizado por Bousquat et al. (2021) na atenção primária do setor público mostrou que as UBS fizeram acompanhamento à distância dos pacientes com Covid-19 e crônicos por diversos meios. A maioria utilizou telefonemas (85%), tendo a região Nordeste se destacado pelo uso de videochamadas (27%) e WhatsApp (73%), superando a média nacional (respectivamente, 21% e 66%).

Uma experiência abrangente e bem-sucedida de uso da telessaúde no enfrentamento da pandemia em territórios vulnerabilizados ocorreu em duas favelas situadas na Zona Norte do Rio de Janeiro: Maré e Mangueiras. A iniciativa “Conexão Saúde — De Olho na

[9] Resolução CFM n. 2.314, de 20 de abril de 2022. (Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.) Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>>. Acesso em: 21/8/2023.

[10] Os AMES são unidades ambulatoriais de caráter secundário, referenciados (ou seja, não atendem demanda espontânea de usuários, apenas mediante agendamento), com perfil de média complexidade para oferta de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos (hospital-dia) em diferentes especialidades. Dentre seus objetivos, destaca-se a resolutividade, sendo seu papel atuar como instância intermediária entre a Atenção Básica municipal e, se necessário, os serviços de maior complexidade regional (hospitais). Há atualmente 64 AMES no território paulista.

[11] Contratos de gestão — AMES. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em 21/8/2023.

[12] Depoimento ao projeto “Governança do SUS, os desafios de cooperação e coordenação em um sistema plural”, em novembro de 2022.

Covid”, que articulou 95 colaboradores fixos e mais de 600 voluntários, atuou na divulgação de medidas preventivas, detecção e isolamento de casos e organizou o atendimento em telessaúde para moradores da região. Foram realizadas consultas em 35 especialidades, dentre as quais pediatria, clínica geral, ginecologia, cardiologia, dermatologia, ortopedia, oncologia, psicologia e psiquiatria. As consultas de telessaúde realizadas por médicos e enfermeiros e outros profissionais da saúde estavam amparadas na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e incluíam acompanhamento diário de pacientes com Covid-19 e outras doenças crônicas. Moradores da Maré e de Mangueiras integraram a equipe do projeto (Conexão Saúde, 2022).

Na alta complexidade, destaca-se a UTI respiratória do Incor, em São Paulo, que implantou consultoria à distância e contribuiu para a redução do tempo de internação e das taxas de mortalidade (SindHosp; Cebrap, 2022).

Após o período crítico da pandemia, observou-se maior abertura para estratégias de educação à distância voltada para profissionais da saúde. Foram impulsionadas e validadas iniciativas e projetos de requalificação do acesso a médicos de família e especialistas à distância nas unidades que têm dificuldades para contratar médicos.

A incorporação de tecnologias para atendimento remoto deu-se de forma heterogênea nos subsistemas de saúde do país. Uma pesquisa conduzida pela Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale), em 2021, apontou uma incorporação mais rápida da telemedicina nos serviços privados, o que teria facilitado a manutenção do atendimento aos seus pacientes oncológicos, enquanto os pacientes do setor público teriam ficado desassistidos (Cepas, 2021). Também houve desigualdades regionais na incorporação de tecnologias, com defasagens notáveis na região Norte (Abrasco, 2022).

Informatização

Durante a pandemia, a informatização teve avanços importantes. Em 2020, o Senado aprovou um projeto de lei para a criação de uma plataforma digital que unificava os prontuários dos pacientes das redes públicas e privadas, reforçando as condições para o compartilhamento de dados como prescrições, encaminhamentos e laudos de exames. Ainda assim, houve somente experiências pontuais, como o Censo Covid-19 em São Paulo, que consolidou informações sobre leitos, pacientes, altas e óbitos (Resolução SS 111/2020). Outro exemplo foi o banco de dados dos testes de Covid-19, que consolidou todos os resultados no país. Apesar da legislação favorável, os desafios para avançar nessa direção incluem disponibilidade de infraestrutura e normativas legais, além de interesse e disposição das instituições

para utilizar e compartilhar ferramentas digitais (Coelho et al., 2021; SindHosp; Cebrap, 2022).

O avanço da telessaúde e da informatização abriu vastas possibilidades para a expansão do acesso e o treinamento dos profissionais em ambos os setores, público e privado. Pesquisas futuras poderão investigar detalhes das experiências bem-sucedidas em saúde digital, revelando estratégias que contribuíram para respostas ágeis aos desafios da pandemia.

Em resumo, esse conjunto de esforços possibilitou, em poucas semanas, que prestadores de serviços, organizações civis, gestores públicos e privados, acadêmicos e industriais se alinhasssem para expandir a capacidade de atendimento crítico, realocar milhares de funcionários, reorganizar serviços, disponibilizar leitos, distribuir alimentos, máscaras e produtos de higiene e veicular informação científica, mitigando a perda de vidas e o sofrimento da população.

REPENSANDO OS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO DO SUS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DA PANDEMIA

As inovações discutidas anteriormente ajudaram a aprimorar a coordenação no SUS, intensificando a integração entre: governos estaduais e municipais; diferentes níveis de atenção; setores público e privado; burocracias públicas, sociedade civil, indústria e academia. A questão explorada nesta seção é o que podemos aprender com essas inovações para coordenar os atores e instituições no SUS, tanto na definição de objetivos coletivos quanto nas rotinas diárias.

Mecanismos de coordenação no SUS

O sistema público de saúde utiliza três mecanismos principais para promover a coordenação: fóruns deliberativos, contratos e regulação. Os fóruns, como as comissões intergestores (CIB, CIT, CIR) e conselhos (nacionais, estaduais, municipais, Conass, Conasems), asseguram comunicação, troca de experiências e definição de prioridades. Os contratos estabelecem relações entre entes federados e prestadores de serviços, garantindo transparência, eficiência e monitoramento. A regulação organiza o acesso dos usuários aos serviços de saúde, incluindo encaminhamento, classificação de risco e fluxos para organizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde (primários, secundários e terciários) em toda a sua complexidade, sendo pactuada nas comissões intergestores (Decreto 7.508/2011).

Esses mecanismos de coordenação continuaram sendo utilizados durante a pandemia, tendo sido até mesmo reforçados pelo senso de urgência imposto por ela. Conselhos, como o Conselho Nacional de Saúde, o Conass e o Conasems, mostraram-se ativos em promover

a comunicação, a troca de informações e a padronização das orientações, afirmando a ciência como base de respostas à pandemia, enquanto os contratos entre entes federados e, sobretudo, entre estes e prestadores e fornecedores foram cruciais para garantir a ampliação da oferta de serviços em tempo hábil. Já a regulação foi essencial para gerenciar a disponibilidade de leitos e organizar o encaminhamento dos doentes entre serviços de diferentes níveis de complexidade.

A seguir, refletiremos como “produzir coordenação” em tempos “normais”, relacionando as inovações descritas na seção anterior aos mecanismos de coordenação no SUS.

Fóruns, objetivos coletivos, cooperação e coordenação entre setores

A coordenação política entre governadores, prefeitos e secretários de saúde é favorecida pelas comissões (CIR, CIB, CIT) e conselhos, enquanto a coordenação assistencial é facilitada pela regulação. A pandemia evidenciou a importância não só de se aproximar gestão política e assistencial, como também de se incluir ativamente a indústria — de infraestrutura e farmacêutica — e a sociedade nos mecanismos de governança do SUS. Discutimos a seguir *se* e *como* os atuais fóruns — comissões e conselhos — podem desempenhar um papel ativo, seja na aproximação entre esses atores, seja na pac-tuação de projetos, seja ainda na promoção de coordenação para sua implementação.

A resposta da indústria e centros de pesquisa à Covid-19 mostrou que novas formas de cooperação são viáveis e podem contribuir para promover a inovação no país. As inovações biomédicas e digitais sublinharam a crescente importância da tecnologia no setor da saúde, com novos atores emergindo. Passado o estágio de emergência provocado pela pandemia, é vital que esses atores participem dos fóruns do SUS, tornem-se mais visíveis e disponíveis para lidar com os problemas públicos e, com isso, possam contribuir para a articulação entre o investimento público e o privado.

Da perspectiva dos usuários, o avanço das tecnologias digitais poderá ser um forte aliado no fortalecimento de sua participação nos fóruns do SUS, uma vez que não ficarão mais restritos aos fóruns locais, passando a participar também daqueles que apresentam maior centralidade política. Ao participar desses fóruns, poderão trazer seus testemunhos sobre a realidade local da prestação de serviços e expressar suas preferências por políticas e ações de saúde. Essa participação combinada com o uso da inteligência artificial na análise de dados demográficos e epidemiológicos poderá, por sua vez, contribuir para a identificação e a caracterização de problemas locais, gerando novas referências para os processos de organização e dimensionamento do sistema (Negri Filho, 2022).

A concretização dessas possibilidades demandará aproximar esse complexo universo de atores, socializar seus projetos, fortalecer seu poder de decisão no encaminhamento de questões (tanto de natureza política quanto clínica), buscar denominadores comuns sobre aspectos do sistema de saúde a serem desenvolvidos e identificar os recursos necessários à sua implementação. Os desafios para que um projeto dessa natureza avance são, no entanto, grandes. Seja porque os custos de transação para envolver atores com visões muito variadas e, por vezes, divergentes são altos, seja porque há risco de captura dos fóruns pelos grupos que detêm mais recursos organizativos, seja ainda porque os projetos acordados podem não contar com respaldo político para serem implementados (Coelho, 2013).

Sugerimos cinco condições para enfrentar esses desafios: 1) organizar fóruns coordenados por autoridades com experiência em facilitação e comprometidas com o SUS; 2) investir em infraestrutura virtual, o que contribuirá para reduzir o tempo e os custos envolvidos na organização, ampliando e democratizando as oportunidades de participação; 3) estabelecer um processo de priorização dos problemas a serem tratados; 4) assegurar recursos vinculados à implementação dos projetos considerados prioritários; 5) reger a liberação de recursos por contratos com indicadores de desempenho.

O desafio é imenso. Trata-se de socializar a discussão e pactuar os objetivos do sistema e os papéis a serem desempenhados pelos diferentes participantes e, ainda, incluir novos atores na definição de como será gasta uma parcela do orçamento. Porém, também aqui a pandemia trouxe lições, como a possibilidade de compatibilizar recursos públicos e doações privadas, o que apontaria para a construção de relações inovadoras de coordenação e cooperação entre os vários setores envolvidos com o SUS, a política e a economia brasileira.

Governos estaduais e municipais, guiados por seu conhecimento da realidade e dos atores regionais, podem desempenhar um papel importante no fortalecimento desses fóruns ao reconhecer as redes, mobilizá-las, conectá-las e incluí-las enquanto parceiras no esforço de construir e consolidar sistemas de saúde efetivos.

Digitalização, governança assistencial e regulação

Incentivar a telessaúde no setor público pode reduzir desigualdades ao facilitar o acesso a exames e consultas remotos e a formação de equipes multiprofissionais. Áreas com difícil provisão de profissionais se beneficiarão da interconsulta médica especializada remota, permitindo que a assistência local foque na atenção básica, com a participação destacada da enfermagem. Esse movimento fortalecerá as redes assistenciais, promovendo o acesso em áreas remotas ou de baixa cobertura. O uso intensivo de plataformas digitais também

capacitará profissionais em todas as regiões, promovendo maior homogeneidade na oferta de serviços no sistema público e nos subsistemas complementares (Naylor; Kurtzman, 2010; Bodenheimer; Smith, 2013; Dahrouge et al., 2014; Donelan et al., 2013).

A implantação dessas tecnologias, no entanto, requer processos complexos, profissionais qualificados, equipamentos, infraestrutura segura e um marco regulatório favorável, referência para as atividades operacionais e dimensões éticas. A rápida incorporação da telessaúde e da informatização da saúde significará também um envolvimento crescente de empresas de tecnologia da informação no sistema e na política de saúde.

Dadas as dimensões do país e seu grau de desigualdade e pobreza, é vital enfrentar essas dificuldades, aproveitando a capacidade das novas tecnologias de operar à distância e integrar serviços, fortalecendo o SUS e elevando o padrão de atendimento à saúde no Brasil.

Informatização, compartilhamento de dados, inteligência artificial e contratos

A heterogeneidade dos dados no Brasil, sua coleta e tratamento diferenciados e a tensão entre os interesses envolvidos ilustram a dificuldade da implantação, com privacidade e segurança, de sistemas baseados em grandes *datasets*. No país, além das dificuldades de reunião e compatibilização de dados, do baixo investimento e da carência de profissionais, há a desconfiança de médicos, pacientes e órgãos reguladores em relação a essas tecnologias. Experiências públicas e privadas de produção e divulgação de dados em tempo real sobre o comportamento da Covid-19 e o desempenho dos serviços durante a pandemia mostraram, no entanto, que é possível avançar (SindHosp; Cebrap, 2022).

Durante a pandemia, a informatização e o compartilhamento de dados entre os setores público e privado avançaram, abrindo novas possibilidades para a organização de bancos de saúde populacional e a ampliação do conhecimento sobre o funcionamento e desempenho dos sistemas de saúde. O uso de inteligência artificial na análise desses dados poderá promover ganhos de produtividade, financeiros e não financeiros, como simplificação de processos, identificação de padrões e maior previsão. Esses avanços deverão contribuir para o aprimoramento dos sistemas de administração, monitoramento e avaliação, melhorando qualidade, acesso e atendimento.

Avanços na informatização e disponibilidade de dados poderão favorecer a medicina baseada em valor (MBV), um sistema em que a remuneração leva em conta a qualidade, e não apenas a produção de procedimentos (*fee-for-services*), prática hoje predominante tanto no setor público quanto no privado.

Reconhecendo as potencialidades da saúde digital, devemos considerar as implicações do envolvimento das grandes corporações digitais na saúde e assegurar sua presença nos fóruns participativos do SUS, aumentando a visibilidade de suas estratégias e preferências, bem como negociando alternativas capazes de aproximá-las do interesse público.

Em suma, a pandemia apontou caminhos inovadores na cooperação e coordenação entre setores e na governança assistencial. Se capitalizadas pelo SUS, essas inovações podem fortalecer significativamente o sistema. Governos municipais e, sobretudo, estaduais, que tiveram seu protagonismo ampliado recentemente, estão estrategicamente posicionados para aproveitar essas inovações, avançando na coordenação colegiada do planejamento e da implementação da política de saúde.

CONCLUSÃO: DO “INIMIGO COMUM” AO “PROJETO COMUM”

O SUS é um sistema complexo e em transformação. Sua estrutura pode promover agilidade e inovação, mas também comportamentos atomizados ou contrários ao interesse público. Durante a pandemia, o foco no “inimigo comum” facilitou a solidariedade, a ação intersectorial e a disposição para mudar. Sugerimos ainda que certas condições favoreceram a resiliência do SUS, por exemplo, a existência de redes regionais de saúde, bem como de redes sociais que articulavam diferentes atores e setores. Argumentamos que a experiência da pandemia apontou caminhos que podem contribuir para o aprimoramento dos mecanismos de participação, bem como para o avanço da saúde digital, contribuindo para o aperfeiçoamento dos sistemas de planejamento, contratação, regulação e avaliação.

Primeiro, inspirados por aquela experiência, sugerimos a importância de se ampliar a rede de atores que participam dos fóruns participativos do SUS. Atualmente a indústria, os centros de pesquisa, as companhias do setor de tecnologia e, em muitas situações, os usuários e até mesmo os profissionais da saúde não estão presentes nesses fóruns, o que não só os priva de acesso a informações importantes sobre o universo da saúde, como também os exclui da tomada de decisões acerca de prioridades, implementação e avaliação do SUS. A possibilidade de participação através de canais digitais poderá contribuir para a ampliação do arco de atores, interesses e posições representados nos fóruns participativos do SUS. Será necessário, no entanto, bem mais do que garantir a participação de um amplo leque de atores. A colaboração deve ir além e envolver todos na construção de um projeto comum que traduza as prioridades definidas em contratos que explicitem as ações, os recursos envolvidos e os resultados esperados.

Segundo, destacamos o avanço da telessaúde e da informatização no setor público durante a pandemia, ressaltando a necessidade de se manter e intensificar esse processo. Trata-se de aproveitar os investimentos globais em tecnologias digitais e inteligência artificial para melhorar a regulação, consolidar redes assistenciais e treinar equipes, ampliando a equidade e o acesso a serviços de qualidade.

Terceiro, os estados e os municípios podem desempenhar papel central no avanço de uma governança cooperativa. Podem atuar junto ao governo federal, promovendo os fóruns participativos e acelerando a digitalização e a informatização do SUS, em um movimento que dê suporte ao aperfeiçoamento do planejamento e da avaliação.

O SUS contribuiu para que, a partir dos anos 1990, assistíssemos tanto à melhora dos indicadores quanto à redução das desigualdades em saúde. E, o que não deixou de ser uma surpresa para muitos, no início dos anos 2020 o SUS foi ativo no combate à pandemia. Apesar dessas conquistas, há ainda muitos desafios que apontam para a importância de se avançar na sua consolidação, tais como o subfinanciamento do sistema público, as desigualdades regionais, o envelhecimento da população e a perspectiva de novas crises sanitárias em futuro próximo.

Neste artigo, exploramos as lições da pandemia de Covid-19 sobre a contribuição que mecanismos de coordenação podem dar ao enfrentamento desses desafios. Apontamos para a importância do diálogo e da aproximação entre os atores dos subsistemas de saúde e o potencial da telessaúde e da informatização no setor público para ampliar o acesso, reduzir as desigualdades e aprimorar o planejamento e a avaliação. Indicamos também o papel central que os governos estaduais e municipais podem ter na promoção desses processos. Essas várias estratégias devem contribuir para o fortalecimento de uma governança cooperativa ancorada no ideal de um SUS que seja efetivo no tratamento das doenças e, simultaneamente, na promoção da saúde, garantindo que o maior sistema público do mundo seja um instrumento efetivo de promoção da saúde, da cidadania e da redução de desigualdades.

Vera Schattan P. Coelho [<https://orcid.org/0000-0002-2000-6536>] é cientista social, pesquisadora sênior do Cebrap, onde coordena o Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento, professora no programa de pós-graduação em Políticas Públicas da UFABC e pesquisadora do CEM/USP. Suas áreas de interesse são: sistemas de saúde, política de saúde, governança, relações público-privado e participação social. Contribuiu com a conceptualização, pesquisa e análise e liderou a redação do artigo.

GERRY BLOOM [<https://orcid.org/0000-0002-7047-2412>] é médico, economista e pesquisador sênior do Instituto de Estudos de Desenvolvimento da Universidade de Sussex. Suas áreas de interesse são: governança dos sistemas de saúde em contextos de rápida transformação econômica, social e tecnológica, com foco em inovações institucionais. Contribuiu com a conceptualização, análise e revisão do artigo.

Editor responsável: Fernando Bee.

Recebido para publicação

em 23 de junho de 2023.

Aprovado para publicação

em 23 de agosto de 2023.

NOVOS ESTUDOS

CEBRAP

126, mai.–ago. 2023

pp. 227-243

RÔMULO PAES-SOUSA [<https://orcid.org/0000-0002-3384-6657>] é médico, especialista em epidemiologia (Universidade de Londres) e pesquisador da Fiocruz Minas. Foi secretário executivo do Ministério de Desenvolvimento Social e diretor do UNDP World Centre for Sustainable Development. Contribuiu com a análise, pesquisa e validação das informações e liderou a revisão do artigo.

DANILO CESAR FIORE [<https://orcid.org/0009-0007-2583-6057>] é servidor efetivo da carreira de Especialista em Políticas Públicas do Estado de São Paulo, com atuação na área de gestão e avaliação de serviços de saúde. Contribuiu com a análise, pesquisa, edição e revisão do artigo.

ANA LUIZA VIANA [<https://orcid.org/0000-0003-4498-899X>] é economista, professora aposentada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e professora visitante do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Suas áreas de interesse são regionalização, economia e governança dos sistemas de saúde. Contribuiu com a análise, pesquisa e validação das informações.

NELSON IBAÑEZ [<https://orcid.org/0000-0002-8459-4736>] é médico, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e pesquisador do Instituto Butantan. Suas áreas de interesse são: avaliação de serviços e sistemas de saúde, história da medicina e saúde pública, regionalização. Contribuiu com a análise e pesquisa.

GLAUCO ARBIX [<https://orcid.org/0000-0002-7078-4328>] é professor titular do Departamento de Sociologia da USP e coordenador da área de humanidades do Center for Artificial Intelligence da USP/Fapesp/IBM. Suas áreas de interesse são: inovação, novos arranjos institucionais e política industrial. Contribuiu com a análise e pesquisa.

GUILHERME MELLO [<https://orcid.org/0000-0001-5845-6463>] é médico e professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo. Suas áreas de interesse são: atenção primária, medicina de família, gestão em saúde. Contribuiu com a pesquisa e redação.

MARIANE CERON [<https://orcid.org/0009-0006-7939-7267>] é psicóloga, gerente de educação e sustentabilidade na organização social SPDM. Suas áreas de interesse são: parcerias público-privadas, saúde mental e saúde ambiental. Contribuiu com a pesquisa e redação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrasco. *Dossiê Abrasco: pandemia de Covid-19*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2022.

Abrucio, Fernando Luiz et al. “Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental”. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. 4, 2020, pp. 663-77.

Bodenheimer, Thomas S.; Smith, Mark D. “Primary Care: Proposed Solutions to the Physician Shortage without Training More Physicians”. *Health Affairs*, v. 32, n. 11, 2013, pp. 1.881-6.

Bousquat, Aylene et al. “Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS- 2021”. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2021.

Carvalho, André Luís Bonifácio de et al. “Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro?”. *Saúde em Debate*, v. 46, n. especial 1, 2022, pp. 62-77.

Celuppi, Ianka Cristina et al. “Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil e no mundo”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021, e00243220, pp. 1-11.

Cepas, Tiago. “A pandemia não acabou: impactos e desafios da era Covid-19”. Trabalho apresentado no 8º Congresso Todos Juntos Contra o Câncer, 2021. Rio de Janeiro: Todos Juntos Contra o Câncer e CEE/Fiocruz, 2021.

- Coelho, Vera Schattan P. “What Did We Learn about Citizen Involvement in the Health Policy Process: Lessons from Brazil (MS #1255)”. *Journal of Public Deliberation*, v. 9, n. 1, 2013.
- Coelho, Vera Schattan P. et al. “Atenção primária à saúde, governança e pandemia no município de São Paulo”. Relatório de pesquisa, 2021.
- Conexão Saúde. “De olho na Covid. Maré e Manguinhos: uma experiência de inovação e mobilização em saúde durante a pandemia”. *Redes Maré*, 2022. Disponível em: <https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/RdM_MemoriaResultadosCS.pdf>. Acesso em: 21/8/2023.
- Dahrouge, Simone et al. “Roles of Nurse Practitioners and Family Physicians in Community Health Centers”. *Canadian Family Physician*, v. 60, n. 11, 2014, pp. 1.020-7.
- Davies, Gareth. “Initial Learning from the Government’s Response to the Covid-19 Pandemic: Cross-Government”. Report by the Comptroller and Auditor General. Londres: The National Audit Office, 19 May 2021. Disponível em: <<https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/37970/1/Initial-learning-from-the-governments-response-to-the-COVID-19-pandemic.pdf>>. Acesso em: 21/8/2023.
- Donelan, Karen et al. “Perspectives of Physicians and Nurse Practitioners on Primary Care Practice”. *The New England Journal of Medicine*, v. 368, n. 20, 2013, pp. 1.898-906.
- Fernandes, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; Fernandes, Ivan Filipe de Almeida Lopes. “Populism and Health. An Evaluation of the Effects of Right-Wing Populism on the Covid-19 Pandemic in Brazil”. *PLoS One*, v. 17, 2022, e0269349, pp. 1-13.
- Garattini, Livio; Martini, Marco Badinella; Zanetti, Michele. “More Room for Telemedicine after Covid-19: Lessons for Primary Care?”. *The European Journal of Health Economics*, v. 22, n. 2, 2021, pp. 183-6. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-020-01248-y>>. Acesso em: 21/8/2023.
- Gomes, Sandra et al. “A atuação coordenadora do Rio Grande do Norte no combate à Covid-19: inovação em tempos de crise?”. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 4, 2022.
- Lima, Luciana Dias de et al. “Covid-19 e coordenação de políticas de saúde no Estado Federativo Brasileiro”. Textos para Discussão, n. 65. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/06/PJSSaudeAmanha_Texto0065_v04-1.pdf>. Acesso em: 21/8/2023.
- Naylor, Mary D.; Kurtzman, Ellen T. “The Role of Nurse Practitioners in Reinventing Primary Care”. *Health Affairs*, v. 29, n. 5, 2010, pp. 893-9.
- Negri Filho, Armando de. “Saúde Digital, Brasil e América Latina: perspectivas da Opas”. Canal *Outras Palavras*, YouTube, 18 jan. 2023. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qbPx4u745oM&t=2s>>. Acesso em: 21/8/2023.
- Rocha, Rudi et al. “Effect of Socioeconomic Inequalities and Vulnerabilities on Health-System Preparedness and Response to Covid-19 in Brazil: A Comprehensive Analysis”. *The Lancet Global Health*, v. 9, n. 6, 2021, pp. e782-92.
- Rossi, Rinaldo de Castilho; Silva, Simone Affonso da. “O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de Covid-19”. *Espaço e Economia*, ano IX, n. 18, 2020. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/espacoeconomia/13776>>. Acesso em: 21/8/2023.
- Salomón, Mônica; Nunes, Carmen. “A ação externa dos governos subnacionais no Brasil: os casos do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre. Um estudo comparativo de dois tipos de atores mistos”. *Contexto Internacional*, v. 29, n. 1, 2007, pp. 99-147.

- Shimizu, Helena Eri et al. “Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas”. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 131, 2021, pp. 945-57.
- SindHosp; Cebrap. “Proposta Saúde São Paulo 2022: rumo ao acesso sustentável”. São Paulo: SindHosp, 2022.
- Souza, Celina; Fontanelli, Flavio. “Antídotos institucionais do federalismo brasileiro: a Covid-19 mudou a dinâmica federativa?”. In: Avritzer, Leonardo et al. (orgs.). *Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, pp. 135-50.
- Tasca, Renato et al. “Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar”. *Saúde em Debate*, v. 46, n. especial 1, 2022.
- Roy, Indrajit; Coelho, Vera Schattan P.; Szabzon, Felipe. “Feeling Like a Citizen: Hope Amid Social Exclusion in São Paulo During the Covid-19 Pandemics”. *Citizenship Studies*, v. 26, n. 8, 2022, pp. 1135-55.
- Viana, Ana Luiza et al. “Atuação dos estados no combate à pandemia de Covid-19: uma nova construção federativa? Reflexões desde a Bahia”. In: Palotti, Pedro et al. (orgs.). *E os estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo*. Brasília: Ipea, 2023.
- Vieira, Fabiola S.; Servo, Luciana M. S. “Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia”. *Saúde em Debate*, v. 44, n. especial 4, 2020, pp. 100-1.
- WHO (World Health Organization). “Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies [Internet]”. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>>. Acesso em: 21/8/2023.
- Xavier, Diego Ricardo et al. “Involvement of Political and Socioeconomic Factors in the Spatial and Temporal Dynamics of Covid-19 Outcomes in Brazil: A Population-Based Study”. *The Lancet Regional Health*, v. 10, 100221, 2022, pp. 1-16.

