

## Planos de contingência e coordenação estadual do SUS na pandemia de covid-19

*Contingency plans and state coordination in the COVID-19 pandemic*

Ana Cassia Cople Ferreira<sup>1</sup>, Luciana Dias de Lima<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241429229P

**RESUMO** O artigo analisa a atuação dos estados na coordenação da resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) à pandemia de covid-19. Trata-se de pesquisa documental tendo como fonte os 26 planos de contingência estadual, publicados entre fevereiro de 2020 e outubro de 2021. Os governos estaduais atuaram na maioria das dimensões analisadas: coordenação da emergência sanitária, articulação federativa, regulação, apoio técnico, comunicação, planejamento integrado, prestação de serviços, financiamento e cooperação. Os resultados sugerem o protagonismo dos governos estaduais no plano da gestão do SUS, com destaque para a busca de integração, alinhamento e cooperação entre os setores implicados, assim como para a tomada de decisões baseada em orientações e evidências científicas. Num contexto de polarização e disputa federativa, a experiência estadual valorizou a autonomia federativa, o caráter cooperativo e as capacidades institucionais no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saúde. Planos de contingência. Sistema Único de Saúde. Covid-19.

**ABSTRACT** *The article analyzes the role of the states in coordinating the response of the Unified Health System (SUS) to the COVID-19 pandemic. This documentary research was based on the 26 state contingency plans published between February 2020 and October 2021. The state governments acted in most dimensions analyzed: health emergency coordination, federative articulation, regulation, technical support, communication, integrated planning, service provision, financing, and cooperation. The results suggest the leading role of state governments in SUS management, emphasizing the search for integration, alignment, and cooperation between the sectors involved, besides decision-making based on scientific guidance and evidence. In a context of polarization and federative dispute, the state experience valued federative autonomy, a cooperative stance, and the institutional capacities in the SUS.*

**KEYWORDS** *Health policy. Contingency plans. Unified Health System. COVID-19.*

<sup>1</sup>Ministério da Saúde (MS), Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (Sems-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [anacople@yahoo.com.br](mailto:anacople@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

O debate acerca da coordenação de políticas públicas ganhou destaque na pandemia de covid-19. Análises comparativas desenvolvidas identificaram características, determinantes e lições extraídas das respostas de diferentes países<sup>1-5</sup>. Tais estudos sugerem a existência de determinados fatores que influenciaram as experiências mais bem-sucedidas, como as fortes capacidades estatais e das lideranças políticas na coordenação nacional das respostas<sup>3</sup>.

As implicações da coordenação no desempenho de federações foram igualmente abordadas na literatura. Isso porque responder às crises que resultaram da pandemia, tanto na saúde quanto na economia, exigiu intervenções de todos os níveis de governo. Os países com melhores resultados foram aqueles que desenvolveram mecanismos mais robustos de articulação e cooperação intergovernamentais<sup>1</sup>. Assim, faz-se necessário analisar as interações e os papéis das esferas subnacionais para a compreensão da coordenação da resposta à pandemia em contextos federativos.

A literatura sobre a coordenação de políticas públicas apresenta o conceito de maneira ampla, definindo-o como uma dimensão fundamental da atuação do Estado. Envolve articulação e direcionamento de organizações de natureza diversa para atingir objetivos comuns, buscando a produção de serviços coerentes e integrados, a otimização de recursos, a eliminação de duplicações e a satisfação dos usuários<sup>6-8</sup>.

No Brasil, a fragilidade da coordenação nacional e as relações estabelecidas entre o executivo federal e os entes subnacionais foram documentadas, indicando a existência de disputas e conflitos intergovernamentais<sup>9</sup>. Como fatores condicionantes, por um lado, destacam-se o fortalecimento da agenda neoliberal e as mudanças no papel exercido pela Presidência e pelo Ministério da Saúde, e suas consequências para a ruptura do arranjo prévio

de coordenação federativa do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>10,11</sup>. Por outro, a crise de coordenação do Estado na pandemia é interpretada como produto das características do sistema federativo, da existência de desigualdades socioespaciais e do acirramento de tensões políticas entre governos<sup>12</sup>.

Estudos direcionados para os governos estaduais enfatizam os conflitos políticos com o Poder Executivo federal e seus desdobramentos para a resposta à pandemia<sup>13,14</sup>. Outras pesquisas tratam das políticas estaduais de distanciamento social e da implementação de intervenções não farmacológicas<sup>15</sup>, da atuação dos consórcios interestaduais<sup>16</sup> e da situação fiscal<sup>17</sup>. Em comum, esses estudos sugerem o protagonismo dos governadores, a atuação conjunta e a velocidade de resposta dos governos estaduais, considerando o conjunto das políticas públicas.

Particularmente, trabalhos que abordam a resposta estadual na política de saúde enfatizam especificidades de determinadas áreas ou a atuação de alguns governos<sup>18-20</sup>, restando lacunas à compreensão da forma como a gestão estadual do SUS atuou na coordenação de políticas e ações, de forma nacional e abrangente.

Partimos do entendimento que a coordenação é função prioritária em emergências sanitárias, e que o plano de contingência é o instrumento central de preparação e resposta. Os planos de contingência da covid-19 são documentos públicos que contêm as diretrizes da política de saúde em diferentes contextos territoriais. Como ressaltado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), eles refletem a diversidade de realidades locais e expressam esforços de articulação entre diferentes atores na formulação e implantação de medidas de controle da pandemia, e de comunicação com a sociedade<sup>21</sup>.

Este artigo analisa os planos estaduais de contingência da covid-19, caracterizando o modo como os gestores estaduais do SUS atuaram na coordenação da resposta à pandemia.

## Competências da gestão estadual do SUS na coordenação de emergências sanitárias

A Constituição Federal de 1988 inaugurou uma nova fase nas relações federativas brasileiras, assumindo o modelo cooperativo na gestão da política de saúde. Tal proposta alterou a distribuição de competências entre as esferas de governo e reforçou o papel dos municípios na política de saúde<sup>22</sup>. O papel dos estados também se alterou significativamente, com destaque para o planejamento regional, a gestão e a prestação de serviços de atenção especializada<sup>23</sup>.

Com as bases estabelecidas, ao longo das primeiras décadas do SUS, um arranjo político-institucional particular se conformou. O federalismo brasileiro caminhou para a centralização da autoridade política e regulatória no nível federal, sustentando ampla competência legislativa, principalmente com relação à definição de políticas nacionais, em detrimento da plena autonomia das demais esferas<sup>24</sup>. O governo federal historicamente esteve no centro das relações federativas, controlando o processo decisório e induzindo a implantação de políticas específicas<sup>25,26</sup>.

Apesar do protagonismo da União na coordenação de políticas sociais, os governos subnacionais não atuaram como meros reprodutores da política nacional, pois a divisão de competências na federação convive com vários centros de poder, embora com capacidades desiguais<sup>27</sup>. Além disso, as esferas subnacionais contam com margem de atuação própria, sobretudo no processo de implementação. Assim, o governo federal passou a reconhecer a necessidade de estabelecer uma cultura de negociação, buscando legitimidade junto aos governos subnacionais no processo de implementação da política de saúde. A institucionalização de espaços de negociação intergestores – com representação das três esferas de governo (âmbito nacional) e das esferas estaduais e municipais (âmbito estadual) – teve papel fundamental, tornando a

experiência do SUS uma das mais avançadas com relação à articulação interfederativa<sup>28</sup>. Apesar disso, a literatura que trata do papel dos estados identifica inúmeros impasses na execução de suas funções<sup>23</sup>.

Entende-se que as regras atuais não impedem a atuação dos estados em políticas como a saúde, a educação e a assistência, mas não os induzem a efetivar suas responsabilidades<sup>29</sup>. O desenho institucional e fiscal pós-Constituição Federal de 1988 influenciou a participação relativamente baixa dos estados na governança das políticas sociais. Na prática, foram ‘contornados’ pela União, processo facilitado pelas políticas de caráter universal e pela ausência de alinhamento partidário entre os presidentes eleitos e os governadores<sup>30</sup>.

Lima et al.<sup>23</sup> analisaram as competências e atribuições dos governos estaduais na regulamentação do SUS, a partir das funções de formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços. Destacam que a priorização da descentralização de cunho municipalista e o caráter tardio da regionalização, que demanda maior protagonismo estadual, impactaram a realização da coordenação pelos estados, cujo papel permaneceu inespecífico e restrito a algumas áreas.

Em emergências, calamidades públicas ou epidemias, as três esferas, nos seus respectivos âmbitos administrativos, devem responder e planejar ações, podendo requisitar bens e serviços privados, conforme estabelecido na Lei nº 8.080/1990. O Ministério da Saúde deve apoiar os entes federados, sendo da Secretaria de Vigilância em Saúde a competência para a coordenação da preparação e resposta das ações nas emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, em articulação com autoridades sanitárias internacionais, como a OMS.

Dos nove pilares descritos no Plano Estratégico de Resposta à Covid-19 da OMS<sup>21</sup> – documento de referência internacional para planejamento operacional dos países –, o primeiro é ‘coordenação nacional, planejamento e

monitoramento'. A partir desse documento, os países foram orientados a desenvolver planos de contingência ou adaptar seus planos para influenza. Nesse primeiro pilar, são consideradas medidas como o estabelecimento de mecanismos de gestão e coordenação de emergências em saúde, envolvendo autoridades relevantes e níveis de governo; definição da resposta a ser tomada por cenário de transmissão e nível de governo; implementação de ações para conter a transmissão do vírus; mitigação das consequências sociais e econômicas; estabelecimento de plataforma de informações atualizada e comunicação assertiva junto às populações afetadas; e garantia de logística, equipamentos, equipe treinada e porta-vozes designados. Esses são exemplos de iniciativas a serem tomadas no âmbito da coordenação da resposta na saúde, que se expressam nos planos de contingência nacionais e locais.

Anexada ao Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2020, foi publicada a primeira versão do Plano Nacional de Contingência para a covid-19<sup>31</sup>. Nele, recomendou-se que as secretarias de saúde dos estados e municípios elaborassem seus respectivos planos de contingência. No entanto, a falta de alinhamento político no nível nacional dificultou a integração entre atores e coordenação da resposta, especialmente nos meses iniciais de 2020.

Em contrapartida, as iniciativas dos conselhos nacionais de secretarias municipais e de secretários estaduais de saúde (Conasems e Conass, respectivamente) e da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) foram marcantes no período, sendo destaque a publicação do 'Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia'<sup>32</sup>. Esse material foi publicado, inicialmente, em maio de 2020, e, apenas um ano depois, na quarta edição, o Ministério da Saúde passou a constar na autoria. Mesmo premidos pelas pressões e crises postas no contexto da pandemia, os gestores estaduais e municipais responderam à covid-19 em seus âmbitos de administração e por meio de suas representações nacionais.

Com base nesse referencial, este artigo priorizou a análise das diferentes dimensões da coordenação estadual do SUS expressas nos planos de contingência da covid-19.

## Material e métodos

Trata-se de estudo exploratório com base em pesquisa documental<sup>33</sup> que utilizou como fonte os planos estaduais de contingência da covid-19. Entende-se que os documentos possibilitam a realização de reconstruções de processos vividos, pois retratam o período e o conhecimento disponível, sendo de grande importância para a análise de políticas. No caso desta pesquisa, são instrumentos fundamentais para a compreensão do modo como as esferas estaduais de gestão do SUS coordenaram ações de resposta à covid-19.

Na primeira etapa da análise, realizou-se um exame crítico preliminar dos planos, considerando os elementos de contexto, autores, autenticidade, confiabilidade, natureza, conceitos-chave e lógica interna do texto. Para garantir a representatividade, foram selecionados os planos de contingência dos vinte e seis estados, publicados no período de fevereiro de 2020 a outubro de 2021. Considerando a autenticidade e a confiabilidade, foram coletadas as versões finais dos planos disponíveis em acesso público, tanto nas páginas oficiais das secretarias estaduais de saúde quanto do Ministério da Saúde. Nos estados nos quais havia mais de uma edição do plano, foi considerada a mais atual, dentro do período do estudo, pois os planos com mais atualizações apresentaram mais informações. O Distrito Federal não foi incluído por não apresentar relações intergovernamentais com os municípios.

Por serem instrumentos de planejamento que se adequam às diferentes realidades político-institucionais e à dinâmica da pandemia, a estrutura e o conteúdo dos planos de contingência se diferenciaram. Por exemplo, a frequência de atualização dos planos variou em cada estado, identificando-se que 20 dos

26 planos selecionados informaram ter sido atualizados, sendo possível verificar planos com até 15 atualizações. Tais ajustes foram justificados considerando a incorporação de novos conhecimentos e protocolos sobre a covid-19 e a situação epidemiológica e assistencial do estado.

Após a análise preliminar, procurou-se ‘reunir todas as partes’<sup>33</sup>, articulando-as com os elementos teóricos e a problemática de estudo, tendo em vista a interpretação dos resultados. Para orientar o agrupamento e a análise das informações, foi elaborado o *quadro 1*, que teve por base referências que tratam do papel da esfera estadual na política de saúde<sup>23,29</sup>, as orientações nacionais aos

estados e municípios para o enfrentamento da covid-19<sup>32</sup>, assim como as diretrizes da OMS para o planejamento operacional<sup>21</sup>.

Os planos foram lidos em sua totalidade por três vezes, e cada leitura permitiu a concretização de uma etapa da análise. A primeira leitura permitiu o levantamento e a sistematização das informações gerais dos planos. Na segunda, houve a categorização, e, na terceira, a interpretação das categorizações, resultando na descrição das ações encontradas por dimensão e alimentação de um quadro com as evidências de cada estado. As etapas de leitura, levantamento e sistematização do material foram realizadas pelo mesmo autor.

Quadro 1. Dimensões e ações da coordenação estadual do SUS em resposta à covid-19

Dimensões	Ações
Coordenação da emergência sanitária	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Estruturação de centros de operações de emergências, comitês de crise ou equivalentes, exclusivos do setor saúde ou intersetoriais, deliberativos ou consultivos, com liderança da secretaria estadual de saúde.</li> <li>b) Composição de comitês ou gabinetes de crise no âmbito do governo do estado.</li> <li>c) Integração com o controle social do SUS.</li> <li>d) Reconhecimento do papel estadual na coordenação.</li> </ul>
Articulação federativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Participação de representantes dos conselhos de secretarias municipais de saúde (Cosems) estaduais em grupos técnicos e comitês de crise.</li> <li>b) Articulação com o Cosems referida amplamente.</li> <li>c) Contribuição do Cosems na elaboração do plano de contingência.</li> <li>d) Discussão e pactuação das medidas em fóruns deliberativos do SUS.</li> <li>e) Destaque para a atuação conjunta das três esferas de governo.</li> </ul>
Regulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Orientações às centrais de regulação estaduais e aos serviços envolvidos.</li> <li>b) Definição dos fluxos de acesso aos serviços do SUS e divulgação de informações sobre a rede de atenção disponível.</li> <li>c) Uso de ferramentas e sistemas de informação próprios para a regulação.</li> <li>d) Uso de ferramentas para cálculo da necessidade de leitos.</li> <li>e) Grupos para gestão de leitos de covid-19.</li> <li>f) Experiências de regulação com países de fronteira.</li> </ul>
Apoio técnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Assessoramento e orientação de técnicos(as) e gestores(as) municipais nas ações de resposta à pandemia.</li> <li>b) Realização de visitas técnicas.</li> <li>c) Oferta de capacitações.</li> <li>d) Ações educativas em parceria com instituições de ensino.</li> <li>e) Atuação das unidades regionais das secretarias de saúde estaduais.</li> <li>f) Atuação de apoiadores(as) institucionais.</li> <li>g) Uso de sistemas de informação próprios ou ferramentas para o monitoramento da covid-19.</li> <li>h) Elaboração de resumos, tradução e síntese de achados de artigos científicos.</li> </ul>

Quadro 1. Dimensões e ações da coordenação estadual do SUS em resposta à covid-19

Dimensões	Ações
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Disponibilização de páginas e painéis eletrônicos para transparência das ações.</li> <li>b) Oferta de meios de comunicação, como linhas telefônicas, aplicativos de mensagens, plantões de atendimento e centrais de atendimento.</li> <li>c) Uso das mídias sociais institucionais.</li> <li>d) Parcerias com a imprensa local.</li> <li>e) Medidas de comunicação com os municípios.</li> <li>f) Divulgação de sites confiáveis.</li> <li>g) Monitoramento de mídias e de notícias falsas.</li> <li>h) Divulgação de resultados de indicadores em plataformas.</li> <li>i) Alinhamento entre as assessorias de comunicação dos órgãos envolvidos.</li> </ul>
Planejamento integrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Planejamento das ações considerando a capacidade instalada e situação epidemiológica.</li> <li>b) Planejamento das ações considerando o desenho regional.</li> <li>c) Apoio e disponibilização de materiais norteadores para a elaboração dos planos municipais.</li> <li>d) Apresentação do plano de contingência estadual como norteador dos planos municipais.</li> <li>e) Referência à articulação com os gestores municipais na implementação dos planos.</li> <li>f) Monitoramento dos planos municipais.</li> <li>g) Elaboração de planos de contingência por macrorregião de saúde.</li> <li>h) Alinhamento entre o plano estadual e os planos de contingência municipais.</li> </ul>
Prestação de serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atuação de serviços de saúde sob gestão estadual, como centros de informações estratégicas em vigilância em saúde, centrais de regulação, laboratórios centrais de saúde pública, unidades de farmácia de medicamentos especiais e unidades assistenciais.</li> <li>b) Enfoque nas medidas de contenção da doença e do aumento das internações, apoio logístico na disponibilização de insumos, equipamentos e medicamentos e apoio complementar ao transporte de alta complexidade.</li> </ul>
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Aquisições de equipamentos de proteção individual, insumos e medicamentos, pagamento de diárias de leitos hospitalares e contratação de profissionais.</li> <li>b) Realização de investimentos, como compra de equipamentos, transporte sanitário, estruturação de unidades, reformas, ampliação de espaços físicos e construção de estruturas temporárias.</li> <li>c) Cofinanciamento estadual para indução de ações nos municípios.</li> <li>d) Investimentos seguindo diretriz de regionalização.</li> </ul>
Cooperação	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Articulação com o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste para a aquisição de vacinas.</li> <li>b) Atuação de consórcios na prestação de serviços assistenciais.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria.

## Resultados

A análise dos planos buscou elementos das dimensões da coordenação estadual do SUS, cujas principais ações estão sistematizadas no *quadro 2*, por estado.

Na dimensão de ‘coordenação da emergência sanitária’, foram encontrados diversos arranjos de condução estadual do enfrentamento à covid-19. Entre os planos, 21 referiram estruturas coordenadas pelas secretarias estaduais de saúde; em geral, denominadas centros de

operações de emergências ou comitês de crise, exclusivos do setor saúde ou integrando outras áreas da política pública. Concomitantemente a esses espaços, cinco estados mencionaram outros comitês ou equivalentes no âmbito do governo do estado, com participação do governador e de órgãos estaduais implicados. Ressalta-se que o papel de coordenação estadual foi assumido em todos os planos, assim como a importância de estruturar as ações no âmbito das esferas estadual e municipal de gestão.

Na dimensão de ‘articulação federativa’ houve detalhamento variado sobre a participação dos municípios e a integração com as instâncias intergestores do SUS. Em 14 planos, foi referida a participação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) – órgão de representação dos municípios nos estados – nos centros de operações de emergências ou equivalentes. Outros sete estados mencionaram a participação e articulação com os municípios de forma ampla. A necessidade de promover ações integradas entre as três esferas de gestão foi destacada em 15 planos de contingência. A pactuação das medidas de resposta à pandemia em fóruns deliberativos do SUS (comissões intergestores bipartite e regionais) foi mencionada em 14 planos. Especialmente, foi identificada a atuação desses fóruns com determinados temas, como: pactuação regional de serviços; garantia da logística e insumos; habilitação de leitos; alocação de recursos; organização da vacinação; e retomada gradual das atividades. Nesse sentido, a maioria dos planos enfatizou a importância da fundamentação das decisões em orientações técnicas considerando o avanço do conhecimento científico sobre a doença.

Destacou-se, na dimensão de ‘regulação’, o fato de que todos os planos trouxeram orientações para os diferentes atores envolvidos na regulação de serviços de saúde. A descrição dos fluxos de acesso, a definição de protocolos e as informações sobre a rede de referência disponível se apresentaram em 16 planos. A utilização de ferramentas e sistemas de informação próprios para a regulação foi abordada por três estados.

Na dimensão de ‘apoio técnico’, todos os estados apresentaram medidas de assessoramento aos municípios, considerando as necessidades de adaptação impostas pela pandemia, especificamente, nas áreas de vigilância em saúde e atenção primária. Os planos apresentaram sugestões de estratégias para execução das ações nos municípios e divulgaram materiais de orientação aos serviços de saúde. Especificamente, destacaram-se

ações de educação permanente voltadas aos municípios, mencionadas em 19 planos, e a atuação das unidades regionais da secretaria de saúde, apontada em nove planos.

A dimensão de ‘comunicação’ evidenciou que todos os estados desenvolveram ou adaptaram páginas específicas e painéis informativos para promoção da transparência das ações. As medidas de comunicação com os municípios foram apresentadas em 22 dos planos, como através da divulgação de informes, relatórios e notas técnicas. Além disso, a maioria dos planos mostrou estratégias para fortalecer os canais de comunicação oficiais. Dos planos analisados, 20 apontaram parcerias com a imprensa, oito disseram monitorar mídias e notícias falsas, e três divulgaram sites confiáveis.

Considerando o ‘planejamento integrado’, todos demonstraram haver o planejamento das ações considerando elementos como capacidade instalada e a situação epidemiológica. Por sua vez, o desenho regional se destacou nos planos de 19 estados. O apoio aos planos municipais foi marcante, sendo que 19 apresentaram medidas para a construção dos planos e dez afirmaram monitorá-los. A integração e o alinhamento das prioridades entre os instrumentos estaduais e municipais constaram em 7 planos.

A dimensão da ‘prestação de serviços’ se apresentou em todos os planos, nas mais diversas áreas da rede de atenção à saúde, da execução direta de serviços ao apoio logístico, complementando a oferta municipal e fornecendo serviços de alta complexidade. Ao mesmo tempo que havia a ênfase nos serviços de vigilância em saúde, a assistência hospitalar se destacou. Todos os estados demonstraram ampla atuação das unidades assistenciais sob gestão estadual, que, em muitos casos, foram referência para o atendimento de casos graves. Com vistas a conter o aumento das internações, destacaram-se atividades como o monitoramento da ocupação de leitos, projeção de casos, suspensão das cirurgias eletivas, implantação da telemedicina, abertura de leitos e instalação de hospitais de campanha.

Na dimensão de ‘financiamento’, foi possível identificar ações em todos os planos, seja com relação às funções do ente estadual ou em cooperação junto aos municípios. No custeio, foi relevante a aquisição de medicamentos e insumos, especialmente, materiais de testagem e equipamentos de proteção individual, assim como a contratação de leitos e o pagamento de pessoal. Foram abordados investimentos na rede própria, com a aquisição de bens, como ambulâncias, e equipamentos permanentes, como os usados para a ampliação de leitos. Foram relatadas construções e reformas, seja de estruturas temporárias, como hospitais de campanha e centros de testagem, ou permanentes, como a ampliação dos laboratórios centrais de análise de amostras. Cabe apontar que, embora houvesse dois planos com ampla menção à priorização de investimentos na rede

própria e seguindo a diretriz de regionalização, esse foi ponto pouco abordado no conjunto dos estados. No âmbito do apoio financeiro aos municípios, quatro estados informaram haver cofinanciamento, com foco na melhoria dos serviços da atenção primária e no complemento do custeio dos leitos.

Por fim, somente três planos de contingência referiram medidas de cooperação horizontal, sendo que o estado do Acre relatou a articulação com o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste para a aquisição de vacinas, quando se iniciavam as negociações no País para a compra do imunizante, e o estado de São Paulo mencionou a atuação de consórcios na prestação de serviços assistenciais. O plano de contingência da Bahia não descreveu a forma de atuação dos consórcios do estado.

Quadro 2. Ações da coordenação estadual da resposta à covid-19, segundo dimensões de análise dos planos de contingência

Dimensões / Ações	Norte							Nordeste							Centro-Oeste			Sudeste				Sul			
	AC	AM	AP	PA	RO	RR	TO	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	GO	MS	MT	ES	MG	RJ	SP	PR	RS
Coordenação da Emergência Sanitária	a																								
	b																								
	c																								
	d																								
Articulação Federativa	a																								
	b																								
	c																								
	d																								
	e																								
Regulação	a																								
	b																								
	c																								
	d																								
	e																								
	f																								



Quadro 2. Ações da coordenação estadual da resposta à covid-19, segundo dimensões de análise dos planos de contingência

Dimensões / Ações	Norte							Nordeste							Centro-Oeste			Sudeste				Sul						
	AC	AM	AP	PA	RO	RR	TO	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	GO	MS	MT	ES	MG	RJ	SP	PR	RS	SC		
Apoio técnico	a	■							■							■			■				■					
	b	■							■							■			■				■					
	c	■	■		■		■	■		■		■	■		■	■			■		■	■		■				
	d	■							■							■			■				■					
	e	■			■		■		■		■	■		■	■			■		■	■		■	■		■		
	f	■			■		■		■		■	■		■	■			■		■	■		■	■		■		
	g	■			■		■		■		■	■		■	■			■		■	■		■	■		■		
	h	■			■		■		■		■	■		■	■			■		■	■		■	■		■		
	i	■			■		■		■		■	■		■	■			■		■	■		■	■		■		
Comunicação	a	■							■							■			■				■					
	b	■							■							■			■				■					
	c	■							■							■			■				■					
	d	■	■		■		■	■		■		■	■		■	■			■		■	■		■				
	e	■	■		■		■	■		■		■	■		■	■			■		■	■		■				
	f	■	■		■		■	■		■		■	■		■	■			■		■	■		■				
	g	■			■		■		■		■	■		■	■			■		■	■		■	■		■		
	h	■			■		■		■		■	■		■	■			■		■	■		■	■		■		
	i	■			■		■		■		■	■		■	■			■		■	■		■	■		■		
Planejamento Integrado	a	■							■							■			■				■					
	b	■							■							■			■				■					
	c	■							■							■			■				■					
	d	■							■							■			■				■					
	e	■							■							■			■				■					
	f	■							■							■			■				■					
	g	■							■							■			■				■					
	h	■							■							■			■				■					
	i	■							■							■			■				■					
Prestação de Serviços	a	■							■							■			■				■					
	b	■							■							■			■				■					
Financiamento	a	■							■							■			■				■					
	b	■							■							■			■				■					
	c	■							■							■			■				■					
	d	■							■							■			■				■					
Cooperação	a	■							■							■			■				■					
	b	■							■							■			■				■					

Fonte: elaboração própria. Nota: a identificação das ações se encontra no quadro 1.

## Discussão

A análise dos planos de contingência evidenciou uma resposta marcada pela consolidação das funções preconizadas ao ente estadual e o fortalecimento dos dispositivos institucionais do SUS, ainda que as diferenças interestaduais e regionais se apresentem.

A composição ampliada das estruturas de coordenação da emergência sanitária sugere a busca de alinhamento, cooperação e agilidade nas medidas, envolvendo diferentes segmentos na resposta estadual, assim como de unicidade das mensagens transmitidas à população, ainda que não tenha sido avaliado o nível de articulação setorial ou de centralização das decisões. O reconhecimento, em todos os planos, do papel de coordenação estadual indica uma inflexão da trajetória histórica da coordenação federativa no SUS, direcionada pelo nível federal, sobretudo em demandas de cunho nacional. Assim, reforça o protagonismo dos governos estaduais, especificamente dos governadores, na condução das ações de combate à pandemia<sup>13,34</sup>.

Segundo reflexão de Freeman e Maybin<sup>35</sup> sobre a análise documental, a característica-chave do documento de política é a forma como é produzido e usado coletivamente, sendo fonte para refletir o posicionamento da autoridade pública e veículo para comunicar compromissos oficiais. Nesse sentido, especificamente com relação à articulação federativa, ressalta-se a colaboração intergovernamental presente nas diferentes medidas, como na participação dos municípios na elaboração dos planos de contingência estaduais ou na ampla atuação das comissões intergestores do SUS.

Ainda que não seja possível precisar o grau de participação dos municípios ou a efetividade dos espaços colegiados, os planos mostraram a relação da tomada de decisões compartilhada com temas relevantes, como na definição das estratégias de vacinação. Tais aspectos reforçam as instâncias de pactuação como espaços

fundamentais para formalizar ações de cooperação e construção de consensos, na promoção de respostas alinhadas. Também demonstram que os planos foram instrumentos técnicos para respaldar posicionamentos dos gestores do SUS, como, por exemplo, sobre o uso de medicamentos para a covid-19. Esses achados convergem com estudos que verificaram que os governadores atuaram de forma autônoma no tocante às medidas de contenção da covid-19, mesmo aqueles que apoiaram politicamente o então Presidente Jair Bolsonaro, seguindo as recomendações técnicas e evidências fornecidas pelas secretarias estaduais de saúde<sup>15</sup>.

A regulação, historicamente estabelecida como uma função estadual, sofreu os impactos da pandemia, uma vez que as evidências científicas, ainda no início de 2020, apontavam para o esgotamento da capacidade de atendimento hospitalar e para a necessidade de redução da velocidade de propagação da doença, reorganização da oferta e expansão do número de leitos, principalmente nas regiões de vazios assistenciais<sup>36</sup>. Verificou-se que os planos de contingência trouxeram informações técnicas para orientação dos serviços envolvidos, mas, principalmente, deram transparência sobre os procedimentos e critérios na logística e na destinação de leitos. Cabe apontar que, nesse contexto, os estados eram pressionados a dar respostas à população e, ao mesmo tempo, lidavam com altas ocupações hospitalares, além dos históricos déficits de leitos<sup>36</sup>.

A regulação nos estados levanta aspectos da ausência de coordenação nacional, como na organização de uma possível fila única, tema que se tornou pauta do Poder Legislativo federal em 2020, em várias proposições de projetos, mas que pouco avançou<sup>37</sup>. Embora o Ministério da Saúde tenha promovido – mediante mobilização e autorização do Legislativo – a expansão das habilitações de leitos e o aumento dos valores pagos pelas diárias, sabe-se que a distribuição desigual da oferta de recursos hospitalares no País não foi alterada, além de

ter havido resistência às propostas de integração entre serviços públicos e privados<sup>38,39</sup>.

Destacaram-se, no apoio técnico, a amplitude de temas que os estados atenderam durante a emergência sanitária e as estratégias utilizadas, sobretudo, para conter o avanço da doença e a sobrecarga dos serviços. Os resultados sugerem que estados com estrutura institucional desenvolvida e desconcentrada nas regiões de saúde, possivelmente, promoveram ações de maneira próxima e integrada aos municípios. Destaca-se a experiência exitosa da Bahia no apoio institucional e na coordenação da atenção primária junto aos municípios<sup>40</sup>. Por outro lado, análise sobre os planos de contingência estaduais identificou a superficialidade nas ações propostas para a educação permanente, apontando a necessidade de inclusão de medidas de qualificação dos trabalhadores do SUS nas agendas estratégicas<sup>41</sup>. Cabe ponderar que, embora as evidências deste estudo apontem para a oferta de apoio aos municípios em todos os estados, houve variações na descrição do tipo e da complexidade do suporte oferecido – aspectos não avaliados neste estudo.

Na comunicação, a atenção especial às estratégias de divulgação de informações oficiais e combate à disseminação de notícias falsas dialoga com avaliação sobre a transparência das informações dos estados, que mostrou haver maior ênfase na publicação de informações sobre dados da pandemia e para o auxílio à tomada de decisão do que informações financeiro-orçamentárias<sup>42</sup>. Em contrapartida, análise sobre a adequação das estratégias de comunicação desenvolvidas pelos três entes na pandemia apontou fragilidades e a necessidade de maior articulação interfederativa e superação de práticas comunicativas autoritárias<sup>43</sup>.

A situação encontrada no planejamento integrado e o amplo apoio dado aos planos de contingência municipais exemplificam a busca de alinhamento das ações e o reconhecimento da necessária colaboração com os municípios no sentido de alcançar o objetivo comum de salvar vidas, por meio de medidas

de contenção do vírus e redução da gravidade dos casos. Por outro lado, a integração efetiva entre os instrumentos estaduais e municipais foi pouco referida, sugerindo a fragilidade do planejamento ascendente e integrado. Houve referência ao relato da experiência do estado do Paraná no apoio e na avaliação dos planos de contingência municipais, verificando limitações na capacidade de organização no território, mas, também, ao potencial do processo de qualificação dos instrumentos<sup>44</sup>.

Na prestação de serviços, os planos relacionaram medidas para promover a prevenção e a detecção de casos, reduzindo a velocidade de transmissão da doença. A literatura que trata sobre a atuação dos governos estaduais apontou o protagonismo nas medidas preventivas e de contenção do vírus, a partir dos decretos estaduais<sup>45</sup>, e destacou que foram fundamentais nos esforços do Brasil para desacelerar a taxa de transmissão<sup>46</sup>. Por outro lado, foi marcante na análise dos planos a ênfase nas ações para aumentar a capacidade de atendimento hospitalar e evitar a falta de leitos, evidenciando o peso da assistência hospitalar nos serviços estaduais.

No financiamento, o pouco destaque à priorização de despesas seguindo a diretriz de regionalização remete à falta de diretrizes nacionais, que poderiam conduzir investimentos que atendessem a critérios conforme prioridades sanitárias, buscando reduzir disparidades em saúde. Influenciaram, ainda, tal cenário as dificuldades fiscais sofridas pelos governos estaduais desde 2014. Estudo mostrou que a descoordenação federativa na pandemia implicou resultados desiguais, insuficientes e ineficientes nas políticas de apoio financeiro federal aos estados<sup>17</sup>. Nesse sentido, o uso do instrumento de cofinanciamento se mostrou pouco expressivo nas ações de coordenação estadual.

Por fim, embora com menor expressão nos documentos analisados, sabe-se que os consórcios exerceram papel de grande importância no plano das relações intergovernamentais e da cooperação horizontal<sup>16</sup>.

## Considerações finais

Este estudo mostrou como se estruturou a coordenação estadual do SUS em resposta à pandemia, a partir dos planos de contingência da covid-19. Os resultados sugerem o protagonismo dos governos estaduais no plano da gestão do SUS. Embora com variações, os estados assumiram o papel de coordenação, buscando integração, alinhamento e cooperação entre os setores implicados. Houve atenção à necessidade de comunicação e transparência das ações, assim como à tomada de decisões baseada em orientações e evidências científicas. Ressalta-se o papel das comissões intergestores do SUS, como espaços que legitimaram as medidas empreendidas e fomentaram a colaboração intergovernamental. Por outro lado, a ausência federal na coordenação nacional, explorada pela literatura, refletiu nas funções do ente estadual e nas situações encontradas. Conclui-se que, num contexto macropolítico de polarização, disputa federativa e de descoordenação nacional, os planos foram usados pelos estados como instrumentos de direcionamento das ações e cooperação em torno de objetivos comuns.

Em que pese a maioria das dimensões ter sido contemplada nos planos, aponta-se a necessidade de estudos que analisem o estágio de desenvolvimento de cada uma delas nos estados. Nesse sentido, cabe registrar que incidem sobre os estados distintos condicionantes macroestruturais, evidenciando a existência de estados assimétricos, social e economicamente, e em diferentes estágios de desenvolvimento de capacidades institucionais; aspectos que certamente refletiram nas experiências analisadas.

Os resultados deste estudo corroboram o entendimento de que há um conjunto de ações

acessíveis no plano da coordenação estadual que precisa ser explorado. Dessa forma, outros estudos são necessários para elucidar, por exemplo, que tipos de coordenação se conformaram e como se efetivaram as ações previstas nos planos.

Registra-se, por fim, que este estudo se limitou às informações das edições dos planos selecionados, entendendo que esses documentos sofreram atualizações no decorrer do tempo. Portanto, as medidas definidas por cada estado não puderam ser comparadas linearmente ao longo do tempo.

Em uma conjuntura que combinou a complexidade e a urgência da pandemia com condições político-institucionais adversas, a experiência de coordenação estadual mostrou a importância de fortalecer a autonomia federativa, o caráter cooperativo e as capacidades institucionais no SUS.

## Agradecimentos

O artigo é um dos produtos da tese de doutorado de Ferreira ACC, desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz. Lima LD é bolsista produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Cientista do Nosso Estado da Faperj, e conta com o apoio dessas agências para o desenvolvimento de estudos sobre o tema.

## Colaboradoras

Ferreira ACC (0000-0003-2524-5234)\* e Lima LD (0000-0002-0640-8387)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Chattopadhyay R, Knüpling F, Chebenova D, et al. Federalism and the response to Covid-19: a comparative analysis [Internet]. New York: Routledge; 2021 [acesso em 2021 nov 22]. 341 p. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781003251217>
2. Greer SL, King EJ, Fonseca EM, et al. Coronavirus politics: The comparative politics and policy of COVID-19. Michigan: University of Michigan Press; 2021. DOI: <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>
3. Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Série Informação para ação na Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081594>
4. Peters BG, Grin E, Abrucio FL. American Federal Systems and COVID-19: Responses to a Complex Intergovernmental Problem [Internet]. 2021 [acesso em 2021 nov 22]. Disponível em: <http://public.eblib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=6730047>
5. Steytler NC, organizador. Comparative federalism and Covid-19: combating the pandemic. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge; 2022.
6. Peters BG. Pursuing horizontal management: the politics of public sector coordination. Kansas: University Press of Kansas; 2015. 197 p.
7. Bouckaert G, Peters BG, Verhoest K. The coordination of public sector organizations: shifting patterns of public management. Basingstoke [England]; New York: Palgrave Macmillan; 2010. 326 p.
8. Souza CM. Coordenação de políticas públicas [Internet]. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, ENAP; 2018 [acesso em 2021 maio 1]. 72 p. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3329/1/Livro\\_Coordena%20a7%20a3%20de%20pol%20adticas%20p%20bablicas.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3329/1/Livro_Coordena%20a7%20a3%20de%20pol%20adticas%20p%20bablicas.pdf)
9. Avritzer L, Kerche F, Marona MC, organizadores. Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política. Belo Horizonte, MG: Autêntica; 2021. 571 p.
10. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. Rev Adm Pública. 2020;54(4):663-677. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>
11. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. Saúde debate. 2020;44(esp4):100-113. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E406>
12. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. Cad Saúde Pública. 2020;36(7):e00185220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220>
13. Carvalho ALB, Rocha E, Sampaio RF, et al. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? Saúde debate. 2022;46(esp1):62-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E104>
14. Ramos EMB, Ramos PRB, Costa LLS. Pandemia e Federalismo: reflexões sobre as decisões do Supremo Tribunal Federal na apreciação de conflitos de competência entre os entes federativos no enfrentamento à COVID-19. CJSIURJ [Internet]. 2020 [acesso em 2023 maio 30];1(1):46-61. Disponível em: <https://revista.institutouniversitario.com.br/index.php/cjsiurj/article/view/7>
15. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio TS. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. Rev Adm Pública. 2020;54(4):678-696. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200323>
16. Clementino MLM, Queiroz JVR, Almeida LSB, et al. A colaboração em tempos de pandemia e o protagonismo do Consórcio Nordeste. Consórcio Nordeste

- [Internet]. 2020 maio 7 [acesso em 2021 maio 10]. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/a-colaboracao-em-tempos-de-pandemia-e-o-protagonismo-do-consorcio-nordeste/>
17. Peres UD, Santos FP. Descoordenação e desigualdades federativas no Brasil com a Covid-19: Análise da situação fiscal dos estados em 2020. *CGPC*. 2021;26(85):1-23. DOI: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v26n85.83742>
  18. Camargo M, Lisboa E, Mota S, et al. Recomendações para o fortalecimento da resposta do sistema de saúde à COVID-19: análise dos planos de contingência de oito estados brasileiros. *Nota Técnica / Rede CoVida – Ciência, Informação e Solidariedade* [Internet]. 2020 [acesso em 2021 abr 10];26. Disponível em: <https://redecovida.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/09/NT-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-o-fortalecimento-na-resposta-do-sistema-de-sa%C3%BAde-%C3%A0-COVID-19-1.pdf>
  19. Machado MF, Quirino TRL, Souza CDF. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. *Visa em Debate* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 mar 27];8(3):70-77. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1626>
  20. Santos TBS, Andrade LR, Vieira SL, et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(4):1407-1418. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>
  21. Organização Mundial da Saúde. COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan: operational planning guidelines to support country preparedness and response [Internet]. Geneva: OMS; 2020 [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m>
  22. Mello GA, Viana ALd'Á. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist Ciênc Saúde – Manguinhos*. 2012;19(4):1219-1239. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000400007>
  23. Lima LD, Machado CV, Baptista TWF, et al. O Pacto Federativo Brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: Ugá MAD, Sá MC, Martins M, et al., organizadores. *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 27-58. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415924.0003>
  24. Arretche M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415665>
  25. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo Perspec*. 2004;18(2):17-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>
  26. Lotta GS, Gonçalves R, Bitelman M. A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas. *Cadernos GPC*. 2014;19(64). DOI: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v19n64.5817>
  27. Souza CM. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: Hochman G, Faria CAP. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. p. 113-156.
  28. Sano H, Abrucio FL. Federalismo e articulação intergovernamental: os conselhos de secretários estaduais. In: Hochman G, Faria CAP. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. p. 272-314.
  29. Lício EC, Palotti PLM, Meneses AFP, et al. O que fazem – ou deveriam fazer – os governos estaduais na gestão das políticas sociais. *Texto para Discussão n. 2695* [Internet]. Brasília, DF; Rio de Janeiro: Ipea; 2021 [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&id=38530](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=38530)
  30. Borges A. Eleições presidenciais, federalismo e políticas sociais. In: Hochman G, Faria CAP. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. p. 157-193.

31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico 01 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2021 jan 10]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>
32. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR); Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conasems, Conass; 2020 [acesso em 2020 maio 25]. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/orientacao\\_ao\\_gestor/guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/](https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/)
33. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauries JP, Groulx LH, et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014. p. 295-316.
34. Sodré F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(3):e00302134. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00302>
35. Freeman R, Maybin J. Documents, practices and policy. *Evid Policy* [Internet]. 2011 [acesso em 2022 nov 4];7(2):155-170. Disponível em: <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/evp/7/2/article-p155.xml>
36. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00115320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
37. Rodrigues APN, Alves SMC, Delduque MC. Fila única de leitos e a pandemia de COVID-19: atuação do Poder Legislativo Federal no ano de 2020. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(3):685-697. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.13822022>
38. Costa DCAR, Bahia L, Carvalho EMCLD, et al. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde debate*. 2020;44(esp4):232-247. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.13822022>
39. Santos PPGV, Oliveira RAD, Albuquerque MV. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2022;46(esp1):322-337. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E122>
40. Aleluia ÍRS, Vilasbôas ALQ, Pereira GE, et al. Gestão estadual da atenção primária à saúde em resposta à COVID-19 na Bahia, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1341-1353. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.12732022>
41. Vieira SL, Souza SG, Figueiredo CF, et al. Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1377-1386. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11252022>
42. Almada MP, Aggio C, Amorim PK, et al. A transparência das informações epidemiológicas e financeiro-orçamentárias sobre a pandemia da COVID-19 nos governos estaduais brasileiros. *Galáxia (São Paulo)*. 2021;(46):e53076. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-2553202153076>
43. Santos MOSD, Peixinho BC, Cavalcanti AMC, et al. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021;25(sup1):e200785. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200785>
44. Oliveira ECV, Souza MG, Silva PR, et al. Planos de contingência para enfrentamento da COVID-19: Análise da resposta no estado do Paraná. *Rev Saú-de Públ Paraná*. 2021;3(2):147-157. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n2p147>
45. Schaefer BM, Resende RC, Epitácio SSF, et al. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. *Rev Adm*

Pública. 2020;54(5):1429-1445. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200503>

46. Barberia LG, Cantarelli LGR, Oliveira MLCF, et al. The effect of state-level social distancing policy stringency on mobility in the states of Brazil. *Rev Adm Pública*. 2021;55(1):27-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200549>

---

Recebido em 08/01/2024

Aprovado em 23/05/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a publicação contou com apoio do Programa de Fomento ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico Aplicado à Saúde Pública da Ensp/Fiocruz. A pesquisa contou com os seguintes auxílios: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, processo n. 309295/2021-1; Faperj - Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, processo SEI E-26/201.123/2021; Faperj - Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, processo n. E-26/010.002257/2019, Edital n. 14/2019 - Apoio a grupos Emergentes de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

**Editora responsável:** Jamilli Silva Santos