



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

POLIANA BRITO BARBOSA

**Cooperação interfederativa no Brasil no contexto da pandemia: o caso da Prefeitura de Salvador
com o Governo do Estado da Bahia no combate a COVID-19**

Dissertação de mestrado apresentada ao Núcleo de...

Orientador: Prof. Dr. Antônio Sérgio Araújo Fernandes

Coorientador: Prof. Dr. Marco Antônio Carvalho Teixeira

Salvador-BA
2021

POLIANA BRITO BARBOSA

Cooperação Interfederativa no Brasil no contexto da pandemia: o caso da Prefeitura de Salvador com o
Governo do Estado da Bahia no combate a COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração:
Políticas e Gestão Pública.

Linha de Pesquisa:
Políticas Públicas e Governança

Orientador:
Antônio Sérgio Araújo Fernandes, Prof. Dr

Coorientador:
Marco Antônio Carvalho Teixeira, Prof. Dr.

Escola de Administração - UFBA

B238 Barbosa, Poliana Brito.

Cooperação interfederativa no Brasil no contexto da pandemia:
o caso da Prefeitura do Salvador com o Governo do Estado da Bahia
no combate a COVID – 19 / Poliana Brito Barbosa. – 2021.

91 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Sérgio Araújo Fernandes.

Coorientador: Prof. Dr. Marco Antônio Carvalho Teixeira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia,
Escola de Administração, Salvador, 2021.

1. Cooperação intergovernamental – Bahia. 2. Federalismo –
Brasil. 3. COVID – 19. 4. Saúde pública – Administração - Bahia.
5. Política de saúde – Brasil. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil).
I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 342.042

POLIANA BRITO BARBOSA

**COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA NO BRASIL NO CONTEXTO DA
PANDEMIA: O CASO DA PREFEITURA DE SALVADOR COM O GOVERNO DO
ESTADO DA BAHIA NO COMBATE A COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, Escola de Administração, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 11 de junho de 2021

Banca Examinadora

Prof. Dr. Antônio Sérgio Araújo Fernandes - Orientador
Doutor em Ciência Política pela Universidade de São Paulo
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Teixeira - Coorientador
Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Fundação Getúlio Vargas - SP

Prof. Dr. João Martins Tude
Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Alex Bruno Ferreira Marques do Nascimento
Doutor em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Universidade Federal de Campina Grande

AGRADECIMENTO

Ter encarado essa grande e difícil tarefa não foi nada fácil. Alguns perguntaram para quê? Outros perguntaram por quê? Outros afirmaram que era puro diletantismo! O que me motivou mesmo foi a curiosidade! Isso é que move a ciência. Todo pesquisador é um curioso! Mas, quem aguçou de fato essa vontade foi meu Orientador, Prof. Antônio Sérgio, brilhantemente em suas aulas, estimulando nossa curiosidade, instigando seus alunos a aprenderem sempre mais para se tornarem Pesquisadores de qualidade! Tive o privilégio de conhecê-lo e ter a oportunidade de ser orientada por esse grande Cientista!

Junto com essa experiência, vieram os colegas de 2019 que transformaram essa árdua tarefa, premiada com uma Pandemia, em algo mais leve e suportável.

Não posso deixar de fazer a menção especial aos colegas da bancada do Fantástico, “irmãos” Magno e Alana, filhos de “Papi”, sempre ao lado, dando força e trilhando juntos essa travessia.

Agradecimento aos meus pais, Paulo e Nocy, sempre incentivando o conhecimento e ajudando na labuta do dia a dia, a meu esposo Márcio, pela compreensão e divisão das tarefas com nossos filhotes, Rafaela e Marcelo, aos amigos que sempre estiveram ao meu lado, confiantes e me dando força.

À FAPESB, pela oportunidade de obtenção da Bolsa, à SESAB, que através de minha Chefa, Dra. Cláudia Moura me proporcionou mais essa oportunidade de aprender e de me tornar uma Servidora Pública melhor.

Enfim, aos muitos que direta ou indiretamente contribuíram nessa caminhada acadêmica que está só começando, o meu MUITO OBRIGADA!

“Sem o SUS, é a barbárie. A universalidade dos serviços de saúde é uma das bases de um país civilizado. Mais do que equipamentos caros, precisamos de pessoas aptas a cuidar, ou seja, médicos, enfermeiras, nutricionistas. Saber ouvir e acolher”.

(Gonzalo Vecina Neto, médico e ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo, 2003–2004).

BARBOSA, P. B. Cooperação intergovernamental no Brasil no contexto da pandemia: o caso da Prefeitura de Salvador com o Governo do Estado da Bahia no combate a COVID-19. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestre em Administração

RESUMO

Este trabalho analisa o processo de cooperação inter federativa entre o Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura do Município de Salvador durante a pandemia de COVID-19. O caso é a precisado a partir da Teoria dos Recursos Comuns (CPRs). Tal abordagem tem como metodologia de análise o quadro Institutional Analysis Development *Framework*, a partir de três eixos: variáveis externas, arena de ação e resultados alcançados. A natureza do método dessa pesquisa foi classificada como exploratória e qualitativa. A cooperação interfederativa é um elemento importante no âmbito das políticas públicas, sobretudo na Política de Saúde. O Sistema Único de Saúde, cujas bases colaborativas já se encontram em seu desenho, desde sua origem no texto constitucional por meio dos princípios de hierarquização e regionalização dos serviços foi um dos precursores da cooperação interfederativa nas políticas públicas brasileiras. O SUS é um modelo que supõe articulação federativa nacional, com importante papel coordenador, indutor e financiador da União, mas que mantém relevante autonomia dos governos subnacionais. Fatores internos e externos provenientes da instabilidade política e econômica Brasileira no contexto atual da pandemia induzem mudanças na forma de execução de políticas públicas, notadamente na área da saúde. Assiste-se na conjuntura atual da COVID-19 que a política de saúde no Brasil tomou uma condução descoordenada federativamente por parte do Poder Executivo Federal. Desta forma tornou-se algo francamente desafiador para estados e municípios frente à pandemia, cuidarem dos seus cidadãos por si. Deste modo, a grande maioria dos governos subnacionais, atuando por meio da cooperação interfederativa, desenvolveram ações comprovadamente eficazes no combate à COVID-19, em consonância com a comunidade científica nacional e internacional e, às prescrições da Organização Mundial de Saúde, em contraposição ao Governo Federal, que desde o início da pandemia posição contrária às evidências científicas e às prescrições da Organização Mundial da Saúde. O trabalho do ponto de vista metodológico utilizou a análise de conteúdo com a utilização do *software* Nvivo12.

Palavras-Chave: Cooperação intergovernamental vertical. COVID. Política Pública.

BARBOSA, P. B. Intergovernmental cooperation in Brazil in the context of the pandemic: the case of the City of Salvador with the Government of the State of Bahia in the fight against COVID-19. Dissertation presented to the Graduate Program in Business Administration of the Federal University of Bahia to obtain the title of Master in Business Administration

ABSTRACT

This paper analyzes the process of inter-federative cooperation between the Government of the State of Bahia and the City Hall of the Municipality of Salvador during the COVID-19 pandemic. The case is based on the Theory of Common Resources (CPRs). This approach is based on the Institutional Analysis Development *Framework*, based on three axes: external variables, arena of action and results achieved. The nature of the method of this research was classified as exploratory and qualitative. Inter-federative cooperation is an important element in the scope of public policies, especially in Health Policy. The Unified Health System, whose collaborative bases are already in its design, since its origin in the constitutional text through the principles of hierarchization and regionalization of services, was one of the precursors of interfederative cooperation in Brazilian public policies. The SUS is a model that presupposes national federative articulation, with an important role in coordinating, inducing and financing the Union, but which maintains relevant autonomy from subnational governments. Internal and external factors arising from the Brazilian political and economic instability in the current context of the pandemic induce changes in the way public policies are executed, notably in the area of health. In the current COVID-19 situation, health policy in Brazil has taken an uncoordinated federal approach by the Federal Executive Branch. In this way, it has become frankly challenging for states and municipalities, in the face of the pandemic, to take care of their citizens by themselves. Thus, the vast majority of subnational governments, acting through inter-federative cooperation, have developed proven effective actions in the fight against COVID-19, in line with the national and international scientific community and the prescriptions of the World Health Organization, in contrast to the Federal Government, which since the beginning of the pandemic has taken a position contrary to scientific evidence and the prescriptions of the World Health Organization. From the methodological point of view, the study used content analysis using Nvivo software¹².

Key words: Vertical intergovernmental cooperation. COVID. Public Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Evolução de casos diários de COVID Brasil	22
Figura 2 - Vacinação no mundo	23
Quadro 1 - Ações implementadas entre 28/01/2020 e 31/05/2020	28
Figura 3 - <i>Institutional Analysis and Development – IAD Framework</i>	35
Figura 4 - Número de óbitos confirmados por Covid-19, residentes em Salvador,	44
Quadro 2 - Evolução das medidas provisórias publicadas até 12/06/2020	47
Quadro 3 - Perfil dos entrevistados.....	61
Quadro 4 - Categorias e sub-temas	62
Quadro 5 - Categorias de análise	63
Quadro 6 - Subcategorias de Análise.....	65
Quadro 7 - Principais características da metodologia da pesquisa	69
Figura 5 - Relação das palavras com maior frequência nos textos transcritos. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.....	71
Quadro 8 - Relação das palavras ou repetição de ideias mais frequentes encontradas nas variáveis de referência para entrevistas segundo unidade de registro e de contexto.....	72
Figura 6 - Relação das palavras com maior frequência na Categoria variáveis externas.....	73
Figura 7 - Relação das palavras com maior frequência na Categoria resultados e benefícios.....	74
Figura 8 - Relação das palavras com maior frequência na Categoria padrões de interação e fluxo de comunicações	75
Figura 9 - Relação das palavras com maior frequência na Categoria arena de ação.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores em reais	48
--	-----------

LISTA DE SIGLAS

AGU – Advocacia Geral da União

CF – Constituição Federal

CONSAD – Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração

CPR – Common Pool Resources

IAD – Institutional Analysis Development

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LCP – Lei dos Consórcios Públicos

LC – Lei Complementar

MPU – Ministério Público da União

PAC – Plano de Aceleração do Crescimento

PIB – Produto Interno Bruto

RM – Região Metropolitana

SUS – Sistema Único de Saúde

TSE – Tribunal Superior Eleitoral

UFPE – Universidade Federal do Pernambuco

SUMÁRIO

1. Introdução	
2. Objetivos do estudo	
3.1 Geral.....	
3.2 Objetivos específicos.....	
3. Justificativa.....	
4. Marco Teórico	
5.1 Teoria do <i>Common Pool Resources</i> (CPRs) e Ferramenta IAD <i>Framework</i>.	
5. Contexto da Pesquisa	
6.1 Política de Saúde no Brasil (SUS)	
6.2 Cooperação intergovernamental na Política de Saúde no Brasil	
6.3 O caso de Estudo - Cooperação intergovernamental do Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura de Salvador no Combate à COVID-19	
6.4 O financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo	
6.5 A conjuntura Política local e as Eleições durante a Pandemia	
6. Estratégia metodológica	
7. Resultados e discussão	
8. Considerações finais	
Referências.....	
Apêndice A – Roteiro de Perguntas para entrevista	

1.1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objetivo analisar o processo de cooperação inter-federativa entre o Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura do Município de Salvador durante a pandemia de COVID-19. Está incluída no campo das políticas públicas de saúde, tendo como tema a cooperação interfederativa. Sabe-se que o Brasil tem o maior programa de política pública de saúde do mundo, o Sistema único de Saúde, (SUS). Seu reconhecimento nacional e internacional vem desde sua criação em 1988.

O tema da cooperação federativa tornou-se fundamental na agenda política e de pesquisa no Brasil. Isso ocorre porque a dicotomia centralização *versus* descentralização mostra-se cada vez mais desgastada como chave para entender a dinâmica do federalismo brasileiro. Parte importante dos estudos internacionais e nacionais realçam a necessidade de construir mecanismos de coordenação e parceria entre os níveis de governo para resolver dilemas de ação coletiva e problemas das políticas públicas (ABRÚCIO; FRENZENSE, 2010; ABRÚCIO; SANO, 2013; AGRANOFF, 2001; FERNANDES et al., 2020b; GRIN; SEGATTO; ABRUCIO, 2016; NASCIMENTO; FERNANDES, 2015; STRELEC, 2017). Em uma federação, as ações articuladas envolvendo algum grau de cooperação entre as unidades constituintes podem ocorrer tanto nas relações verticais quanto nas horizontais. Em ambos os casos, a cooperação dificilmente surge de forma espontânea e diferentes mecanismos de coordenação e cooperação foram desenvolvidos no âmbito de diferentes políticas públicas. Segundo Wright (1997)¹, existe três modelos distintos no padrão das relações governamentais, o da autoridade inclusiva, o da autoridade coordenada e o da autoridade superposta, sobre o qual trataremos nessa pesquisa. Para o autor, constitui-se um paradigma nos quais se produzem complexas relações interorganizacionais, destacando-se a necessidade da negociação como principal instrumento de interação intergovernamental, já que essa seria naturalmente a forma mais correta de evitar conflitos e promover a imprescindível cooperação entre os níveis de governo.

Alguns temas da agenda dos governos também demandam trabalho cooperado e coordenado em sua implementação, como aqueles de responsabilidade partilhada. Entre

¹ Embora Wright (1997) tenha considerado em sua análise o contexto norte-americano, considera-se como pertinente sua observação para aplicações em outros contextos.

eles, as políticas de desenvolvimento regional e urbano e as políticas que funcionam de forma sistêmica, ocorrendo principalmente em áreas como saúde, resíduos sólidos e transportes. A constatação de que as prefeituras sozinhas não conseguem formular e implementar todas as políticas públicas têm norteado os municípios a procurarem soluções cooperativas, como os consórcios (ABRÚCIO; HIRONOBU; SYDOW, 2011; ABRUCIO; SOARES, 2001; CALDAS, 2007; CUNHA, 2014; NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005). Foi apenas em 2005 com a Lei 11.107/2005, ou Lei dos Consórcios (BRASIL, 2015), que institucionalizou-se a figura dos consórcios públicos no Brasil, contudo, verifica-se a existência de mecanismos de consorciamento anteriores a esta data (GALINDO et al., 2014).

Fatores internos e externos provenientes da instabilidade política e econômica Brasileira induzem mudanças na forma de execução de políticas públicas, notadamente na área da saúde. Dentre esses fatores, destacam-se a incerteza política, os impactos das sucessivas crises financeiras, as exigências dos usuários e, adicionalmente, as pressões internas das próprias organizações. Tais fatores podem induzir ao comportamento cooperativo. Contudo, somente será preponderante se ocorrerem de forma isolada ou simultânea três situações: a existência de uma forte identidade regional, que será mais sólida se alicerçada em instituições duradouras, sejam estatais ou societárias; uma atuação indutiva do governo estadual ou federal, oferecendo incentivos para a colaboração ou garantindo recursos apenas se houver parcerias; e, por fim, fóruns ou árbitros federativos que tomem decisões em prol da cooperação (ABRÚCIO; FRENZENSE, 2010; ABRÚCIO; SANO, 2013; AGRANOFF, 2001; FERNANDES et al., 2020b; GRIN; SEGATTO; ABRUCIO, 2016; NASCIMENTO; FERNANDES, 2015; STRELEC, 2017). Práticas cooperativas, no campo das políticas públicas e no plano territorial, não constituíram regra no início da década de 1990. Algumas mudanças iniciadas no final dos anos 1990 e que ganharam maior força na primeira década do século 21 começaram a alterar parte do padrão mais compartimentalizado do federalismo brasileiro. Em destaque, três aspectos: o Governo Federal aumentou suas ações de coordenação federativa, em particular no campo das políticas públicas (FERNANDES et al., 2020b; GRIN; SEGATTO; ABRUCIO, 2016; NASCIMENTO; FERNANDES, 2015; STRELEC, 2017), aumentaram as parcerias intergovernamentais no plano territorial, em especial os consórcios intermunicipais com a retomada de arranjos metropolitanos; e, por fim, a crise financeira dos estados os obrigou a buscar novas saídas, sendo uma delas a constituição de fóruns interestaduais setoriais descentralizando a gestão. Foi então criada a lei dos

consórcios, Lei n. 11.107 de 6 de abril de 2005, que passaria a diferenciar os consórcios públicos de convênios e, com isso, as relações passaram a ser os tipos de relações intergovernamentais, ou seja, convênio passou a ser a relação intergovernamental em que um ente delega funções a outro ente, podendo haver transferência de recursos; e consórcio público é quando, obrigatoriamente, se cria um arranjo organizacional com personalidade jurídica própria para a cooperação intergovernamental (RIBEIRO; LOSADA, 2013).

Somente quando a União na segunda metade da década de 1990 resolveu atuar mais firmemente em termos de coordenação federativa é que a descentralização passou a ser reordenada, iniciou-se a mudança e começaram a proliferar os arranjos cooperativos. Também faltavam estímulos políticos, institucionais e financeiros à cooperação, tanto a vertical quanto a horizontal. A cooperação intergovernamental horizontal ocorre quando há cooperação entre entes de um mesmo nível de governo. Podendo ser classificado ainda entre: intermunicipal, interestadual e internacionais. Ainda segundo esses autores, a cooperação intermunicipal pode ocorrer entre municípios em dimensão regional microrregional, inclusive entre municípios de Estados diferentes. Já a Cooperação intergovernamental vertical pressupõe a ocorrência entre diferentes níveis de governo. Podendo ser do tipo Intergovernamental: quando diferentes níveis de governo cooperam entre si e Intragovernamental: quando diferentes setores de política pública cooperam com diferentes setores de outras esferas de governo (NASCIMENTO, 2019).

A coordenação e a cooperação intergovernamental ganharam terreno a partir de formas de colaboração federativa. Uma delas foi estabelecida no âmbito do desenho das políticas públicas e teve como precursor o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases mais colaborativas já estavam no texto constitucional e foram reforçadas pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 (BRASIL, 1990), por meio dos princípios de hierarquização e regionalização dos serviços. O fato é que a coalizão sanitária tinha uma visão mais equilibrada no que se refere à descentralização, em boa medida porque continha atores políticos com posições de poder nas esferas nacional e subnacionais. Nas últimas duas décadas foram produzidas pelo menos quatro grandes normatizações nacionais para resolver demandas como os problemas de coordenação federativa² (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015). O ponto central do SUS é a ideia de sistema federativo de políticas públicas. Trata-se de um modelo que supõe uma articulação federativa nacional, com importante papel coordenador, indutor e financiador

²NOAS 95/2001; NOAS 373/2002; NOB 93; NOB 96.

da União, mas que mantém relevante autonomia nas mãos dos governos subnacionais, tanto na implementação quanto na produção do consenso sobre a política. Para o Brasil realizar esta produção contínua de consenso e ações colaborativas, o sistema depende de duas coisas: capacidade institucional de o governo federal atuar na área (o que envolve igualmente uma decisão política para ser mais atuante) e a existência de fóruns intergovernamentais de discussão e deliberação, na forma de conselhos horizontais – entre os mesmos níveis de governo – e verticais. Nesta linha, estão os fóruns bipartite e tripartite dentro do SUS (verticais); e os conselhos de secretários estaduais de saúde (horizontais). O Conselho Nacional das Secretarias de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. O CONASS e o CONASEMS são entidades que têm como foco promover a articulação dos estados e do Distrito Federal para debater questões de interesse comum, elaborar estratégias de ação coordenada e influir nas políticas que vêm do governo federal (ABRÚCIO; HIRONOBU; SYDOW, 2011; GRIN, 2016). Como exemplo de cooperação horizontal, temos o Consórcio Interestadual de Saúde Pernambuco-Bahia, que foi criado em abril de 2009 para a gestão do Hospital de Urgências e Traumas de Petrolina. Conta com o apoio do Ministério da Saúde e a participação das prefeituras das cidades de Petrolina e Juazeiro (ABRUCIO; SANO, 2011; NASCIMENTO, 2019). Como exemplo de cooperação vertical, temos os consórcios interfederativos do Ceará (JULIÃO; OLIVIERI, 2020).

Na literatura sobre cooperação intergovernamental, um tema relevante é identificar como se produzem arranjos políticos, institucionais e administrativos que podem conviver com relações mais conflitivas ou cooperativas entre o nível central e os governos subnacionais. Sendo o federalismo um sistema pautado pela distribuição territorial de poder, o desacordo em torno dos níveis de autoridade entre as esferas de governo é sempre uma possibilidade, o que pode atrapalhar a ocorrência da cooperação. Esse processo envolve mais do que definir competências administrativas, pois rearranjos dessa ordem colocam em questão a organização de esferas de poder no jogo federativo. Nesse sentido, a descentralização em países latino-americanos redefiniu níveis de autoridade entre as esferas centrais e os governos subnacionais. Um dos efeitos desse processo se deu na forma e na dinâmica das relações intergovernamentais (RIGs), que, por sua vez, promoveu um redesenho em diversas arenas de políticas públicas (ABRUCIO et al., 2020; GRIN, 2016).

A atual conjuntura da política de saúde no Brasil toma uma condução desafiadora frente à pandemia: governos subnacionais, atuando por meio da cooperação interfederativa, defendendo uma política em ações já comprovadamente eficazes no combate a COVID-19 (CARNEIRO; PITTA, 2020), traduzidas através da chamada Política Influenciada por evidências, onde o propósito é informar os gestores sobre as estratégias disponíveis, bem como indicar as melhores evidências da literatura científica para ajudar na tomada de decisão, devendo o gestor escolher as estratégias que melhor se adequem à sua janela de oportunidade, modificando-as sempre conforme o seu contexto (RAMOS; SILVA, 2018).

Na prática clínica, as evidências insuficientes são menos comuns do que na gestão, em virtude da vasta quantidade de literatura e das diversas fontes de informação disponíveis. No caso da gestão e na formulação de políticas, geralmente, os gestores dispõem de dados empíricos e de nenhuma ou de poucas evidências científicas para realmente identificar e analisar os impactos de uma política, ação ou programa de saúde, mas devem, ainda assim, tomar decisões. Admitir a existência de dados inconsistentes na sustentação de políticas pode reduzir riscos políticos, pois isso permite que os gestores desenvolvam estratégias para alterar o curso, caso tais políticas não obtenham o resultado esperado.

A incerteza é uma constante no processo de tomada de decisão. São necessárias realização de uma análise e avaliação crítica do contexto, das evidências disponíveis, dos possíveis impactos e dos custos associados.

No enfrentamento da pandemia de COVID-19, tais ações, baseadas em estudos científicos como o do Imperial College (WALKER, 2020) se traduziram como ações a seguir: distanciamento e isolamento social, testagem ampla da população, incremento no número de leitos e de leitos de UTI, ampliação do número de respiradores, uso obrigatório de máscaras, higienização das mãos (ADHANOM, 2020). Entretanto, no Governo Federal, terminou prevalecendo no Ministério da Saúde (MS), após longos conflitos com os dois últimos Ministros da Saúde³, ações baseadas na opinião e vontade do Presidente

³O ex-ministro da Saúde Henrique Mandetta foi exonerado em 16/04/2020 porque mantinha a política de isolamento social indo de encontro com o que o Presidente queria, que era o relaxamento da quarentena. O ex-ministro saúde Nelson Teich pediu exoneração Nelson Teich a pedir demissão em 15.05.2020, após ser desautorizado pelo Presidente sobre não utilização da Cloroquina como medicamento que deveria ser prescrito no tratamento de COVID-19. Sobre isso ver, <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/04/16/bolsonaro-mandetta-coronavirus-cloroquina-isolamento.htm>; https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/05/16/interna_politica,855426/uso-da-cloroquina-no-tratamento-da-covid-19-provocou-saida-de-teich.shtml

da República que, de modo imprudente, recomendava uso do chamado “kit” covid, composto por um coquetel de medicamentos (sem nenhuma evidência científica de efetividade) composto por cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, nitazoxanida, além do estímulo a quebra de isolamento social e desdenhando do uso de máscaras, contrariando os estudos robustos sobre o assunto^{4,5}. Há quase 1 ano, o Ministro da Saúde foi um General (da ativa), bem como todo seu *staff* formado por oficiais do exército⁶, os quais não tem nenhuma experiência com Política e Gestão de saúde. Em recente documento publicado pelo TCU, auditoria revela erros em série do governo federal no enfrentamento à COVID-19⁷, além de o ministro estar respondendo a um inquérito na Polícia Federal sobre a recente tragédia do oxigênio em Manaus⁸. A desarticulação do Ministério da saúde provocou uma crise federativa e culminou na adoção de medidas descoordenadas por governadores e prefeitos⁹. Toda essa pressão e desgaste levou à troca do Ministro da Saúde.

Alguns fatos explicitaram de maneira concreta as complexidades e as consequências das dificuldades de coordenação federativa no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil, dentre eles a criação do Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus, cujo objetivo era prestar um auxílio financeiro por parte da União de 125 bilhões de reais a estados, Distrito Federal e municípios, entre repasses diretos aos governos subnacionais, associados à suspensão de pagamentos e obrigações por período determinado. O trâmite da proposta provocou embates políticos entre deputados federais, que tiveram a iniciativa de propor a medida, e senadores, que adotaram uma estratégia

⁴Sobre o isolamento social e sua ação represadora de disseminação da COVID-19, o estudo do Imperial College de Londres, intitulado “The Global Impact COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression”, analisou o efeito do isolamento social em mitigar a contaminação do vírus, concluindo que “uma ação rápida, decisiva e coletiva pode impedir bilhões de infecções e salvar milhões de vidas em todo o mundo”. Sobre este trabalho ver, <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gidafellowships/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020.pdf>; No que se refere a ineficácia no uso de Cloroquina para tratamento da COVID-19 ver o recente estudo do grupo recovering da University Oxford, <http://www.ox.ac.uk/news/2020-06-05-no-clinical-benefit-use-hydroxychloroquine-hospitalised-patients-covid-19>.

⁵<https://domtotal.com/noticia/1471586/2020/09/governo-bolsonaro-quer-distribuir-kit-covid-com-cloroquina-e-ivermectina/>

⁶<https://epoca.globo.com/guilherme-amado/nenhum-dos-12-militares-nomeados-na-saude-por-ministro-fez-medicina-1-24437696>

⁷Auditoria do TCU aponta erros em série do governo no combate à Covid-19

⁸<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55820489>

⁹<https://www.estadao.com.br/infograficos/politica,bolsonaro-x-estados-e-municipios-cada-um-por-si-contra-a-covid,1154754>

legislativa para assumir protagonismo na discussão e dar a redação final do texto, aprovada em 6 de maio de 2020.

Contudo, a despeito do apelo de governadores e prefeitos pela urgência da necessidade de recomposição das receitas perdidas pela queda na arrecadação de tributos estaduais e municipais, a sanção presidencial ao projeto de lei foi feita apenas no último dia do prazo legal, e sem um indicativo claro de quando o primeiro dos quatro repasses de recursos federais seria efetivado (CARNEIRO; PITTA, 2020).

Estes momentos críticos, como é o caso da Pandemia da COVID-19, conduzem a novas configurações temporais que causam o realinhamento de crenças, preferências e escolhas estratégicas dos agentes em relação aos arranjos institucionais existentes, ocasionando mudanças. Evidente que em condições normais, instituições mudam gradual e continuamente e envolvem decisões estratégicas. Mas, a incerteza do contexto atual, eleva sensivelmente o potencial para produzir mudança. A cooperação tem inúmeros fatores e depende de outros aspectos, como a estrutura de incentivos, o grau de homogeneidade dos atores, o desenho institucional, entre outros (BRITO, 2018).

Importante ressaltar que esta postura de cooperação, induzida pela possibilidade de obtenção de benefícios comuns, parece estar sendo efetiva e já trouxe alguns resultados importantes no combate à COVID-19 no Estado da Bahia e na cidade de Salvador. Entretanto, o que deveria parecer ser um comportamento cívico de cooperação de todos os Governantes de seus estados com relação aos municípios, ou seja, esquecer das disputas e focar apenas no combate a pandemia, não foi observado em estados brasileiros importantes, como é o caso de Minas Gerais. Em contraposição ao que ocorre na relação de cooperação entre o Governo da Bahia e a Prefeitura de Salvador, há em Minas Gerais conflitos entre o Governador do Estado Romeu Zema (Novo) e o Prefeito de Belo Horizonte Alexandre Kalil (Partido Social Democrático - PSD), que em meio ao combate da COVID-19 trocaram mútuas críticas, acusações e contradições sobre a conduta da crise epidemiológica no estado¹¹.

¹¹Sobre a acirrada briga travada entre o Prefeito de Belo Horizonte Alexandre Kalil e o Governador de Minas Gerais no que se refere às divergências no combate à COVID-19, ver https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/05/06/interna_politica,1144909/muita-falacao-e-pouca-acao-diz-zema-sobre-kalil.shtml; https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/04/09/interna_politica,843434/disputa-politica-entre-zema-e-kalil-trava-hospital-de-campanha-em-mg.shtml; <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/03/18/em-minas-gerais-kalil-e-zema-nao-se-entendem-sobre-como-combater-o-virus.ghtml>.

Com o objetivo de sintetizar as principais ênfases da literatura sobre Consórcios Públicos e cooperação intergovernamental, Grin, Segatto e Abrúcio (2016) afirmam que há um conjunto de quatro aspectos principais para o estudo do consorciamento e, portanto, da cooperação: 1) Formais (jurídicos, organizativos e gerenciais); 2) Econômicos (escala, eficiência e racionalidade); 3) Políticos (coordenação e cooperação intergovernamental, responsividade e *accountability*); e 4) Gerenciais (ampliação da capacidade de gestão e planejamento regional). O presente estudo terá com o foco a cooperação interfederativa ocorrida em um momento único, a pandemia de COVID-19.

Pesquisas que tratam de políticas públicas com a cooperação interfederativa em situações de emergências sanitárias e pandemias ainda são inéditas. Durante a revisão de literatura, percebeu-se também que os estudos sobre cooperação interfederativa são mais focados nas teorias utilizadas para analisar a influência das instituições no comportamento de cooperação dos atores, como postulados sobre teorias de ação coletiva, destacando a teoria dos *Common Pool Resources* (CPRs). Como já bem sabido, pesquisa liderada pela Profa. Elinor Ostrom (1990), pretendeu mostrar não só a influência das instituições no comportamento dos atores, como também a arena de decisões, a interação entre eles e os resultados alcançados. A inovação no uso dessa teoria se justifica pelo fato de pesquisas com o CPRs utilizam-se de grupos com vários atores, no caso estudado sendo apenas 2 atores (com alguns integrantes), e a obtenção de benefícios comuns parece ter funcionado como um estímulo e não como um resultado para a ação coletiva.

Essa dissertação propõe avaliar a cooperação interfederativa ocorrida entre o Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura do Município de Salvador no combate à Pandemia da COVID-19, por meio de ações coletivas para a obtenção de um bem comum: o uso da política pública de saúde, sem seu esgotamento.

A área de saúde, como efeito da regulamentação do SUS – Lei 8080/90 (art.10)¹², já possuía a previsão de cooperação através do consorciamento entre municípios, visando ações de prestação de serviços de saúde. Observou-se, desde então, a formação não apenas de consórcios, mas de pactos, agências, redes, associações e fóruns intermunicipais. Ao adotarem mecanismos de cooperação interfederativa, abria-se espaço para canais de parceria e instrumentalização de uma articulação mais colaborativa entre

¹²Lei 8080/90 em seu Art. 10: “Art. 10 - Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”

os governos locais e entre os Governos locais e o Governo estadual e federal(NASCIMENTO; FERNANDES, 2015).

O Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura de Salvador, a partir da percepção de que poderia haver um grande número de mortes decorrentes da Pandemia de COVID-19e o provável esgotamento da capacidade de atendimento de pacientes no SUS, adotaram a política de cooperação intergovernamental vertical (JULIÃO; OLIVIERI, 2020). Isso levando em conta a previsão do trágico impacto social e político da pandemia, amparados na Portaria nº 188/GM/MS, de 4 de fevereiro de 2020, que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e na Lei Federal nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre medidas a serem adotadas para o enfrentamento da emergência. Para esse fundamento, foi elaborado o Decreto nº 19.529 de 16 de março de 2020 que regulamentou no Estado da Bahia as medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Desde então, as disputas partidárias entre o governo da Bahia e a Prefeitura de Salvador ficaram em 2º plano, estando o gestor estadual e o gestor municipal focados em ações coordenadas e em vários níveis para o enfrentamento da doença, tais como: contratação e capacitação de mão de obra, proteção da renda dos profissionais da saúde, ações para preservação da vida, aquisição de EPIs, insumos, medicamentos, respiradores, equipamentos, manejo de pacientes que evoluíram ao óbito, e, principalmente, na criação de leitos de terapia intensiva e hospitais de campanha, para atendimento de pacientes portadores da COVID-19¹³.

O sinergismo das ações vêm se mantendo até a chamada “segunda onda”. As ações coordenadas entre o estado e o município, mesmo na pior fase da pandemia¹⁴, não levaram o estado ao colapso na saúde. Mais leitos foram criados, inclusive com o estado entrando com ação judicial obrigando o Governo Federal a repassar os recursos para o custeio e habilitação de novos leitos, suspensos após o fim do ano passado¹⁵.

Paralelamente, estados e municípios encontram inúmeras dificuldades no relacionamento e apoio do Governo federal, seja na liberação de recursos para enfrentamento da

¹³<http://www.secom.ba.gov.br/2020/03/152898/Entenda-as-medidas-de-combate-ao-coronavirus-na-Bahia.html>

¹⁴ <https://www.cartacapital.com.br/saude/segunda-onda-de-covid-19-tende-a-ser-pior-do-que-a-primeira-diz-cientista/>

¹⁵ <http://www.saude.ba.gov.br/2021/02/28/stf-atende-pedido-do-estado-da-bahia-e-determina-que-uniao-volte-a-custear-leitos-de-uti-na-bahia/>

pandemia, seja na habilitação e custeio de leitos de terapia intensiva para o enfrentamento da doença¹⁶ e até mesmo na mensagem passada pelo governo federal, que vem de encontro a medidas como o isolamento, já provada como fundamental e instituída por países acometidos pela doença que tiveram êxito no combate à Pandemia¹⁷. A busca através da cooperação federativa em nível subnacional se impôs aos prefeitos e governadores, sobretudo, para suprir as lacunas deixadas por uma gestão do Governo federal errática, instável e na maior parte das vezes caótica, como na atual descoordenação na condução do plano vacinal¹⁸.

Em direção oposta, o Governo Federal optou por ir contra as evidências científicas e as boas práticas internacionais de países que lograram êxito em mitigar a COVID-19 de modo mais rápido¹⁹. Recentemente, o Brasil vem mantendo a maior média móvel de óbitos²⁰, estando o Brasil, novamente como o centro mundial da pandemia²¹, chegando a inacreditáveis 312.000 mortos no Brasil.

Figura Evolução de casos diários de COVID Brasil

¹⁶<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/02/28/rosa-weber-determina-que-o-governo-federal-reative-leitos-de-uti-para-covid-19-em-sao-paulo-e-no-maranhao.ghtml>

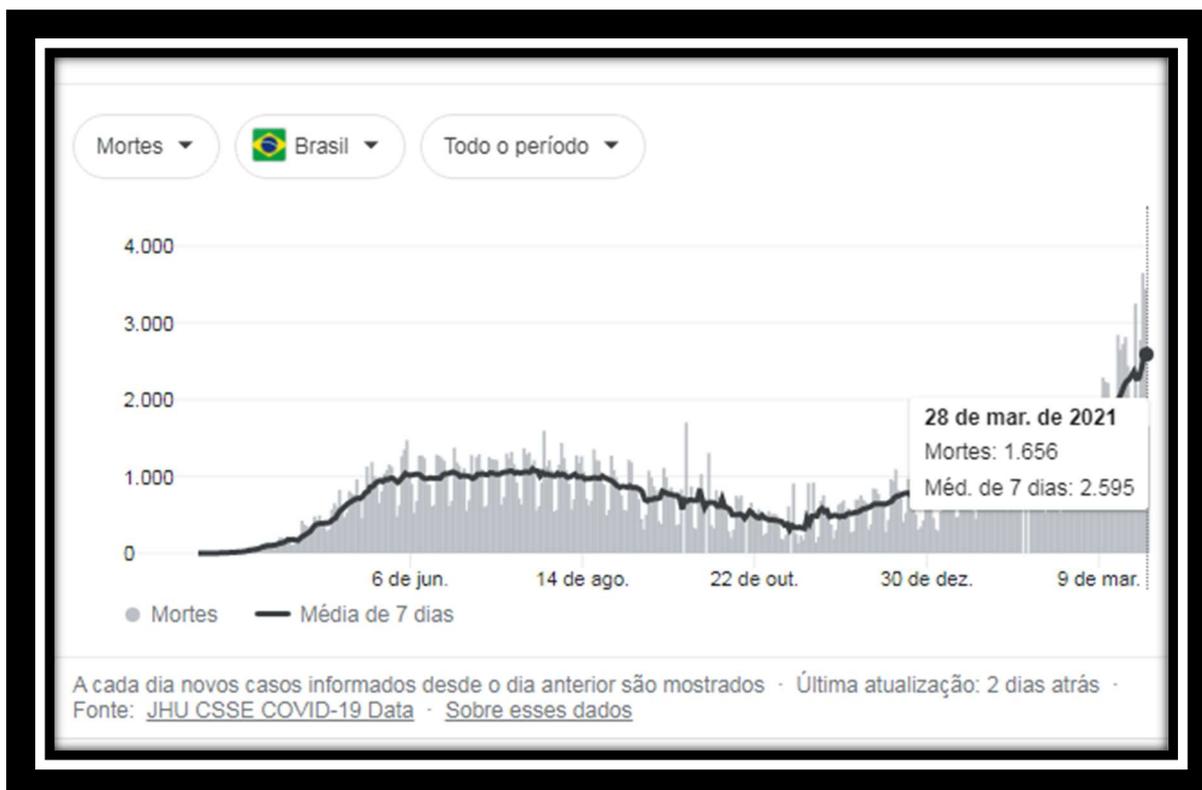
¹⁷ (<https://www.agazeta.com.br/es/politica/comportamento-do-governo-federal-atrapalha-afirma-casagrande-0420>).

¹⁸<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/02/23/stf-tem-maioria-para-permitir-que-estados-e-municipios-comprem-vacinas-contr-covid-19-se-uniao-descumprir-planejamento.ghtml>

¹⁹<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-55550798>

²⁰ https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/especiais/coronavirus/2021/02/778682-brasil-tem-maior-media-de-mortos-por-covid-19-desde-julho-mostra-consorcio-de-imprensa.html

²¹ <https://extra.globo.com/noticias/brasil/brasil-tem-maior-media-diarria-de-mortes-por-covid-19-do-mundo-indice-mais-do-que-dobro-do-registrado-nos-estados-unidos-24938648.html>



Fonte: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>. Acesso em 29/03/2021

Tal decisão fez com que os governadores se articulassem em grupo e passassem a praticamente ignorar o Governo Federal, considerando-o apenas como ente capaz de fornecer recursos. Os governadores dos 26 Estados brasileiros e do Distrito Federal programaram-se organizaram-se em reuniões virtuais, criando assim o Fórum Nacional dos Governadores para discutir a crise e elaborar uma nota conjunta contra a posição do presidente²². A questão de estados e municípios decidirem exclusivamente sobre as medidas de combate a pandemia foi decidida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que julgou os governadores como tendo autonomia exclusiva para promover o isolamento social visando o combate a COVID-19 nos Estados e Municípios, através da ADI 6341²³. Situação essa exacerbada quando da chegada das primeiras vacinas e a postura de

²²Sobre a criação do Fórum dos Governadores ver, <https://congressoemfoco.uol.com.br/governo/governadores-vao-discutir-posicao-conjunta-em-relacao-a-bolsonaro/>. A nota conjunta denominada de “Carta Aberta à Sociedade Brasileira em Defesa da Democracia” foi assinada por 21 dos 27 governadores. Não assinaram a nota os Governadores: Romeu Zema (MG), Gladson Cameli (Acre), Wilson Lima (Amazonas), Ibaneis Rocha (Distrito Federal), Ratinho Júnior (Paraná), Marcos Rocha (Rondônia) e Antônio Denarium (Roraima). Ver a carta aqui: https://static.poder360.com.br/2020/04/18_04_Carta_aberta_a_sociedade_brasileira_em_defesa_da_democracia.pdf.

²³<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>

descaso demonstrada pelo Governo federal, fazendo com que Governadores e Prefeitos tenham que sair em busca da vacina, independente da União e da ANVISA ²⁴.

Com relação à vacinação, o país ainda caminha a passos lentos, mas com a mudança no Ministro, e com a importância política que a vacina vêm assumindo, a tendência é que mais doses sejam disponibilizadas²⁵ e mais vacinas aprovadas.

Figura: Vacinação no mundo



Fonte: <https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&state=7&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419>

Acesso em: 29/03/2021

²⁴ <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/12/08/flavio-dino-pede-para-stf-liberar-vacinas-sem-aprovacao-da-anvisa.htm>

<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/12/08/pazuello-diz-que-acordo-com-apfizer-preve-85-milhoes-de-doses-no-1-semester.htm>

<https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/12/08/governador-do-rs-diz-que-fez-contato-com-butantan-para-aquisicao-da-coronavac.ghtml>

<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/prefeito-eleito-de-salvador-diz-que-vai-comprar-vacina-contracovid-19>

<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/prefeito-eleito-de-salvador-diz-que-vai-comprar-vacina-contracovid-19/>

²⁵ <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/03/27/queiroga-diz-que-governo-federal-distribuirá-11-milhoes-de-vacinas-aos-estados-na-proxima-semana.ghtml>

Os fatores que marcam a crise do combate à COVID-19 no caso brasileiro, a partir da inação do Governo Federal, apontam basicamente em três pontos críticos: federativo, com a descoordenação e recursos insuficientes para expandir o sistema de saúde; gasto público insuficiente para atender pessoas e micro e pequenas e médias empresas; e uma crise política por parte do presidente, que devido à sua opinião pessoal sobre a forma como a política pública da COVID-19 deve ser conduzido têm levado o enfrentamento à pandemia numa crise sem fim (TEIXEIRA et al., 2020).

No estado da Bahia, manteve-se a postura cooperativa entre o Governo do Estado e a Prefeitura do Município de Salvador – capital e maior cidade do estado, durante a pandemia de COVID-19, mesmo as duas esferas de gestão sendo governadas por líderes de coalizões partidárias opositoras; o Governo do Estado, comandado por Rui Costa, do Partido dos Trabalhadores (PT); e a Prefeitura de Salvador, comandada por ACM Neto, do Democratas (DEM). Tal cooperação vêm ocorrendo sob a forma de um conjunto de ações tomadas em comum acordo entre os dois governos. Essas ações se iniciaram em 20/03/2020, divulgadas após reunião entre o Prefeito de Salvador, ACM Neto, e o Governador da Bahia, Rui Costa, visando o planejamento de ações contra a COVID-19, que até aquele momento tinha apenas 34 casos confirmados em todo estado, sendo desses 18 casos em Salvador²⁶. Os secretários de saúde do município de Salvador e do estado da Bahia também participaram da reunião, cujo objetivo foi traçar metas de forma imediata para o combate à proliferação do vírus, o que se deu desde então²⁷.

Importante ressaltar que essa postura de cooperação, como será tratado adiante, vem sendo efetiva e trouxe resultados importantes no combate à COVID-19 no Estado da Bahia e na cidade de Salvador.

Esse problema será analisado a luz da teoria dos *Common Pool Resources* (CPRs), (1990; 1994), apoiado em conceitos empregados nos estudos sobre cooperação interfederativa que serão detalhados no referencial teórico.

A estrutura da dissertação foi composta por cinco capítulos. O capítulo de apresentação, que é este próprio, com introdução, objetivo e justificativa. O segundo trará informações sobre o conjunto teórico relacionado aos recursos de propriedade comum, incluindo desenvolvimento histórico, apresentação do modelo e contextualização. O terceiro capítulo está relacionado à apresentação dos direcionamentos metodológicos

²⁶ <http://www.saude.ba.gov.br/2020/03/20/bahia-confirma-34-casos-de-covid-19/>

²⁷ <https://www.metro1.com.br/noticias/saude/89233,rui-e-neto-se-reunem-para-decidir-aco-es-conjuntas-contr-a-coronavirus>

construídos para o alcance dos objetivos traçados. Estarão presentes nesse terceiro capítulo a apresentação da pesquisa, apresentação do caso, técnicas de coleta e análise de dados de campo e limitações da pesquisa. O quarto capítulo apresentou os resultados e discussões da dissertação, com especial atenção às regras formais e informais. Por fim, o quinto capítulo elaborou as considerações finais do trabalho e apresentou uma agenda de pesquisa.

Nessa direção, a **questão que norteia esta pesquisa é: quais elementos e de que modo se dá o processo de cooperação interfederativa entre o Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura do Município de Salvador, no combate a pandemia de COVID-19, visando a construção de benefícios comuns?**

Como referência teórica adotar-se-á perspectiva da cooperação intergovernamental, especialmente sua vertente política e econômica (GRIN; SEGATTO; ABRUCIO, 2016) e postulados sobre teorias de ação coletiva, destacando a teoria dos *Common Pool Resources* (CPRs), de Elinor Ostrom (1990; 1994). A proposta aqui foi aplicar o modelo IAD Framework de Ostrom, Gardner e Walker (1994).

Além disso, buscamos identificar como regras influenciam as interações e auxiliam na criação de ambientes de governança entre os atores, de tal forma que direcionem os resultados dessa interação para caminhos que evitem a competição pelo uso do recurso comum, ou ainda, impeçam a exaustão do recurso, no caso a Política Pública de Saúde. A possibilidade de aplicação do modelo de *Common Pool Resources* ocorreu pelo fato de caracterizarmos a política pública de saúde como um recurso de propriedade comum com direito de propriedade estatal. Nesse sentido, o uso do modelo foi viabilizado tendo o papel e o comportamento das instituições se tornado centrais dentro desta dissertação.

Escolhemos, dessa forma, o caso de Cooperação Intergovernamental entre o estado da Bahia e o município de Salvador durante a pandemia de COVID-19, uma vez que se trata de situação única, onde houve a necessidade de cooperação afim de não se esgotar o uso de um recurso comum.

A coleta de dados foi realizada a partir de 03 instrumentos: entrevistas semi-estruturadas, análise de documentos e de observação direta. As entrevistas semi-estruturadas, realizadas em número total de 15, centraram esforços no intuito de responder questionamentos propostos pelo IAD Framework. A análise do conteúdo foi realizada sobre os dados coletados pelos instrumentos, sendo que houve uma tentativa de transformar os dados qualitativos em quantitativos descritivos para melhor interpretação e avaliação dos resultados.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

A abordagem dos *Common Pool Resources* (CPRs) propõe que as instituições influenciam a ação dos atores. Sendo assim, desenhada metodologicamente por meio de uma proposta qualitativa, **o objetivo dessa pesquisa é compreender, a partir dos atores e instituições, como se deu o processo de cooperação intergovernamental vertical entre o Estado da Bahia e o município de Salvador durante a pandemia de COVID-19 em 2020 e identificar benefícios comuns extraídos desse processo.**

Para isso, destacam-se como etapas para se atingir o objetivo geral, os seguintes objetivos específicos: a) Qual foi o momento que fez com que os atores decidissem cooperar; b) Identificar os principais participantes que atuaram com os atores – Governo do Estado da Bahia e Prefeitura do Município de Salvador - durante a cooperação na pandemia; c) Mapear, com o uso do IAD *framework* a influência dos aspectos institucionais sobre os atores, bem como a cooperação; d) Enumerar limites e possibilidades de replicação de políticas de cooperação intergovernamental vertical na política pública de saúde.

Tendo apresentado os objetivos, a próxima seção tratará sobre justificativa do trabalho em sua forma teórico-metodológica e empírica.

3 JUSTIFICATIVA

Elinor Ostrom(1994), através do *Common Pool Resources* (CPRs)propõe que instituições influenciam atores, que por sua vez criam e moldam suas próprias instituições. Essas influenciam através de atributos locais físicos, culturais e através de leis, fazendo por iniciativa própria, interagindo entre si e gerando com isso benefícios para toda a população local.

As políticas públicas de saúde têm ocupado um lugar central na área da saúde coletiva. Dentre suas características, destacam-se a capacidade de constituir-se em um campo de conhecimento de práticas que envolvem perspectivas de análise e ao mesmo tempo permite avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015). O que chama atenção é que as políticas de saúde consistem em um campo do conhecimento da área das ciências humanas que estabelecem outro padrão de relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento que não aquele próprio das áreas das ciências biológicas e exatas. Vale dizer que trata da produção do conhecimento que busca estabelecer relações entre fenômenos criteriosamente coletados e selecionados (COHN, 2009).

Para autores tradicionais como Lynn, Peters e Dye, que se dedicam ao estudo do tema, política pública é definida como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, afirmando-a como um conjunto de ações de governo que irão produzir efeitos específicos. Ela expressa-se como um fenômeno complexo, que envolve uma série de decisões tomadas por pessoas e organizações dentro do governo, mas influenciadas por outros atores que operam dentro ou fora do Estado.

Na política pública de saúde, a coordenação tem origem no governo federal, contudo, conforme observou-se na condução da pandemia da COVID-19, a sua execução fora atribuída aos estados diante da ineficiência, incompetência e inércia do governo federal na condução e enfrentamento da pandemia. Tornando-se imprescindível a cooperação entre os atores para o alcance de benefícios para o enfrentamento da pandemia²⁸.

Essa pesquisa se justifica teoricamente à medida que propõe entender como as instituições influenciam os atores na tomada de decisão e ação, ao decidirem cooperar para a obtenção de um bem comum, que é a execução da política pública de saúde durante

²⁸<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/24/estados-e-municipios-tambem-podem-tomar-medidas-contrapandemia-diz-decisao-liminar-do-stf>

a pandemia, apoiado em conceitos empregados nos estudos sobre cooperação intergovernamental e dilemas de ação coletiva que serão detalhados no referencial teórico.

A observação preliminar de dados, referentes ao objeto em estudo reforçam as escolhas empírica e teórica, visto as ações já desenvolvidas.

Sobre as ações desenvolvidas pelos entes para o enfrentamento da Pandemia, percebe-se que foram ações estratégicas em diversas áreas: contratação e capacitação de mão de obra; proteção de renda dos profissionais da saúde; disponibilização de leitos em hotéis para profissionais da saúde que necessitassem de isolamento por conta de diagnóstico positivo para a doença; instalações para pessoas em situação de vulnerabilidade, quando da necessidade de isolamento ou não; ações para preservação da vida em bairros com elevada taxa de incidência tais como higienização de ruas, hospitais e ambientes de grande circulação. Seguindo com as ações junto à população e assistência: a busca e testagem de pacientes sintomáticos (em áreas de grande circulação após aferição de temperatura), testagens seriadas de profissionais da saúde; aquisição de EPIs, insumos, medicamentos, respiradores, equipamentos. Na assistência propriamente dita, foram focadas na criação de leitos de terapia intensiva, clínicos em hospitais de campanha ou dedicados para atendimento de pacientes portadores da COVID-19 e também de UPAs denominadas gripários. Por fim, manejo de pacientes que evoluíram ao óbito.

Quadro 1 - Ações implementadas entre 28/01/2020 e 31/05/2020

Alertas Sanitários
Antecipação de feriados
Boletins epidemiológicos diários
Decreto Nº 19.713, que regulamenta a Lei 14.264, que autorizou o Executivo a destinar recursos para pagamento de auxílio financeiro para pacientes infectados com o novo coronavírus, partilhado custeio entre o Estado e o município de Salvador.
34 Decretos Municipais
69 Notas Técnicas do COE
Nota Técnica Complementar: Atualizações à NT GASEC/COVID-19 nº 01
Nota Técnica GASEC/COVID-19 nº 01
Nota Técnica NECIH/COVIM/DIVISA nº 01/2020
Nota Técnica Divep/Suvisa/Sesab nº 02 –
Nota Técnica Divep/Suvisa/Sesab nº 01
Nota Técnica Conjunta SESAB/COSEMS/BASMS nº 02
Nota Técnica Conjunta nº 02/2020 DIVEP/LACEN – SUVISA/SESAB
Nota Técnica Conjunta Divep/Lacen/Sesab nº 01
Plano estadual de contingências
Plano estadual de Manejo de óbitos
Portarias

Projeto de lei municipal que estabelece a continuidade dos pagamentos para médico contratados em regime dePJ que forem infectados pelo COVID-19 e que precisam ficar afastados de sua função. Município
Lei Nº 14.266 de 22 de maio 2020 institui auxílio excepcional e temporário aos profissionais que atuam na rede pública estadual de saúde no combate ao novo coronavírus, causador da COVID-19, e dá outras providências. Estado
08 Hospitais de Campanha

Fonte: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/notas-tecnicas-e-boletins-epidemiologicos-covid-19/>

Além de ações conjuntas, as redes sociais do governo do estado e da prefeitura de Salvador se mantiveram constantemente atualizadas com as informações, orientações, alertas, decretos e últimas notícias no período de crise. Pode-se ver que o conteúdo e as orientações mantêm a coerência e a harmonia entre as medidas adotadas entre Estado e Prefeitura²⁹.

Já no início, os Governantes passaram a ter uma agenda semanal de conversas, enquanto seus secretários de Saúde se falavam diariamente para alinhar as medidas de controle da transmissão do vírus. Dentre as ações conjuntas, destaque para a defesa do isolamento social, restringindo a circulação de pessoas já na segunda semana de março, medida já comprovada por inúmeros estudos robustos, como a mais eficaz no controle da doença, assim como na diminuição da mortalidade e na pressão aos sistemas de saúde (FLAXMAN et al., 2020). De comum acordo, decidiram que o estado gerenciaria a distribuição dos leitos clínicos e de UTI tanto de sua rede quanto da municipal. Essa unificação de comando melhora a qualidade da informação, o planejamento e, conseqüentemente, o serviço prestado à população que, na hora da doença, não quer saber se o atendimento médico é da gestão estadual ou municipal. A prefeitura, por sua vez, comprometeu-se a atender em sua rede, os pacientes que viessem de outras cidades. A ocupação de leitos municipais e estaduais destinados a pessoas com Covid-19 está em torno de 43% em Salvador, depois de ter batido em 88%³⁰.

Tais ações coordenadas já se refletem em resultados. Segundo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, Salvador tem menos mortes por Covid-19 por 1 milhão de habitantes, enquanto outras capitais do Nordeste apresentam números bem

²⁹<https://veja.abril.com.br/brasil/adversarios-rui-costa-pt-e-acm-neto-dem-se-unem-contra-criese/>

³⁰Os dados de leitos ocupados por pacientes com COVID-19 sofrem mudanças contínuas em 10. <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2020/09/25/bahia-tem1810-novos-casos-de-covid-19-nas-ultimas-24h.ghtml> Acesso em 25/09/2020 as 18h

mais altos, como Recife e Fortaleza³¹ — nos dois casos, as cidades são administradas por aliados políticos dos governadores, contraponto com a realidade local. Assim, a cooperação intergovernamental insere-se num contexto de valorização da macro função de cooperação técnica entre gestores, caracterizada pela ação conjunta entre as esferas de governo, gestores e equipes técnicas, na busca de soluções solidárias para as dificuldades encontradas no enfrentamento da atual pandemia, de modo a reduzir iniquidades sócio-regionais e garantir o acesso da população à rede de atenção à saúde, em tempo oportuno e com um mínimo de qualidade e segurança.

Empiricamente, essa pesquisa se justifica ao analisar a experiência de cooperação em um contexto totalmente novo, de crise sanitária, com desafios nunca antes experimentados, nem pelos atores nem pelas instituições.

³¹ <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Boletim-epidemiologico-COVID-33-final.pdf>

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Teoria do *Common Pool Resources* (CPRs) e Ferramenta IAD *Framework*.

Como fundamentação teórica, essa pesquisa busca relacionar a influência das instituições no comportamento de cooperação dos atores no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em 2020. Serão trazidos os principais postulados sobre dilemas de ação coletiva, destacando a teoria dos *Common Pool Resources* (CPRs), de Elinor Ostrom(1990; 1994).

Para postular a teoria dos CPRs, Ostrom (1990) refutou três outras abordagens sobre os dilemas da ação coletiva que enfatizavam sua dificuldade e sugeriam que a superexploração dos recursos naturais comuns é inevitável. Para essas teorias, cada indivíduo era tido como um sujeito racional, egoísta, cuja estratégia selecionada o conduziria sempre ao melhor resultado para o seu interesse próprio. Essas abordagens são a “Tragédia dos Comuns”, proposto por Garrett Hardin (1968); o “Dilema dos Prisioneiros”, amplamente pesquisado pela Teoria dos Jogos(NEUMANN; MORGENSTERN, 1944) e o “Dilema da Ação Coletiva”, tendo como principal expoente Mancur Olson (1967).

A teoria dos CPRs não exclui ou reftuta completamente as outras abordagens, apenas sugere uma forma alternativa de se alcançar a ação coletiva – suas pesquisas foram aplicadas em casos de manejo de recursos naturais (OSTROM, 1990).Outro ponto de crítica aos modelos de Hardin e Olson, é a ideia de “*way one*”, ou caminho único. Trata-se de acreditar que a solução para os dilemas de ação coletiva se restringem a apenas uma escolha: ou o Estado regula com medidas de sanções legais ou o mercado mantém o equilíbrio das forças através dos direitos de propriedade e estímulos materiais.

O que Ostrom (1990) afirma não é a negação de ambas as propostas. O que a autora propõe é que, em alguns casos, quando o recurso natural, ou bem de capital, for um bem de propriedade coletiva – nesse caso a política pública de saúde - há a possibilidade de se constituir regras para o desfrutecoletivo sustentável, e isso sem elevar tanto os custos e ainda manter a preservação do respectivo bem coletivo.

Em suas pesquisas, Ostrom, Gardner e Walker (1994) mostraram que, quando instituições, exógenas ou endógenas, são acrescidas de elementos como a comunicação entre os atores, incorporação de regras bem definidas, acordos institucionais e

mecanismos de controle e sanções, os resultados de cooperação e eficiência tendem a ser mais positivos.

Ostrom postula que o comportamento dos indivíduos diante de uma situação de dilema social pode ser afetado por variáveis, dentre elas o tamanho do grupo e sua heterogeneidade. Portanto, quanto maior o grupo, maior a possibilidade de existir a desconfiança em relação ao outro. No caso em estudo, temos um grupo formado por 2 atores, o Governo e a Prefeitura, o que já traz inovação para essa pesquisa, visto que Ostrom trabalhou com grupos maiores, sendo o bem em questão a utilização da Política pública de Saúde para o enfrentamento da pandemia. Ao passo que a heterogeneidade está relacionada a questões étnicas, culturais, socioeconômicas, dentre outras. Aqui, vale pontuar que a heterogeneidade se dá pela diferença de Partidos sob os quais os Atores estão vinculados: o Estado, ao PT, e o município, ao DEM. Essas variáveis explicam a necessidade de compreensão do local e do desenvolvimento de normas e regras adequadas para o êxito de uma atividade (OSTROM et al., 2011).

Com isso, Polski e Ostrom (1999) chamam a atenção para o fato de que situações políticas são cenários complexos e que exigem um olhar multidisciplinar dos atores, situações essas que são governadas, positiva ou negativamente, por arranjos institucionais especificamente voltados para atender a uma demanda local em determinado tempo, lugar e contexto social - o que está de acordo com a situação posta na pandemia de COVID-19. Eles também postulam que as decisões compartilhadas, ou acordos entre pares, são criados (ou evitados) por indivíduos ou grupos a fim de tornar a interação mais previsível, removendo incertezas e reduzindo riscos. Por fim, eles afirmam que as instituições induzem a mudança social, sendo importantes porque criam incentivos para agir ou não agir em uma situação particular. Para isso, impõem restrições sobre a gama de comportamentos possíveis e as reformas factíveis. Interagindo com as condições físicas e culturais, as instituições criam incentivos para o comportamento social. Esse comportamento gera padrões observáveis de interação, que, por sua vez, produzem os resultados das políticas.

Na situação estudada, o grupo se utiliza de um recurso comum, a política pública de saúde, devendo fazer uso de regras e normas para que não houvesse o esgotamento dos recursos da política no enfrentamento da pandemia. Nesse sentido, a comunicação e a confiança tornam-se elementos essenciais na iniciação e manutenção da ação coletiva, demonstrando que a cooperação é maior do que a prevista pela teoria convencional em casos de dilemas sociais (OSTROM et al., 2011). O que Ostrom propõe é **que a própria**

iniciativa e interação dos atores pode ser um caminho para a cooperação. Com isso, observa-se um compartilhamento de direitos e obrigação na gestão do bem coletivo em um típico ‘autogoverno’, no qual os atores constroem legitimidade entre si para chegarem a uma ação coletiva.

No entanto, é preciso que regras claras sejam estabelecidas e que definam os processos de tomada de decisão. Além disso, a arena onde ocorre a ação coletiva precisa ser bem compreendida, pois é nela que surgem as negociações para a solução de disputas. Por fim, o local onde a ação se materializa influenciará a implementação e os efeitos das políticas públicas (FERNANDES et al., 2020a).

Experiências anteriores facilitam a cooperação para a prestação de serviços devido à confiança existente entre os atores envolvidos (CHEN; LEE, 2018). Feiock (2007), por exemplo, já apontava a confiança como uma variável central da cooperação. Assim, quando um governo local já está familiarizado com a participação em arranjos cooperativos, é provável que se envolva em mais iniciativas desse tipo (DI PORTO; PATY, 2018). No caso local, o governo estadual já vinha em uma tendência à cooperação desde o ano de 2015 (“O Planejamento Participativo Anual - Bahia”, 2015), além da experiência com o Consórcio do Nordeste (CLEMENTINO, 2019).

Para isso ela desenvolve ainda uma ferramenta para comprovar sua teoria, a qual chama de *Institutional Analysis Development (IAD) Framework*. Isso tudo para demonstrar que não só a influência das instituições no comportamento dos atores, como também a arena de decisões, a interação entre eles e os resultados alcançados.

A teoria dos *Common Pool Resources* será utilizada como fundamentação para essa pesquisa. Assim, o objetivo é **compreender, a partir dos atores e instituições, como se deu o processo de cooperação intergovernamental vertical entre o Estado da Bahia e o município de Salvador durante a pandemia de COVID-19 em 2020 e identificar benefícios comuns extraídos desse processo.**

Dessa maneira, Ostrom (2005) chegou a uma lista de oito princípios que sintetizam os fatores que favorecem a ação coletiva para a utilização de recursos de uso comum:

1. Limites bem definidos – clareza das regras para incentivar a cooperação e evitar as externalidades;
2. Equivalência entre custos e benefícios – benefícios associados ao recurso de uso comum na proporção das contribuições
3. Acordos de escolha coletiva – participação da maioria na elaboração e modificação das regras

4. Monitoramento – confiável, para que não haja desconfiança por parte dos usuários
5. Sanções graduadas – de acordo com a gravidade da violação, estimulando quem infringiu as regras a voltar a obedecê-las
6. Mecanismos de resolução de conflitos – que exponham os conflitos e sejam conhecidos pela comunidade
7. Reconhecimento mínimo dos direitos – o direito dos usuários criarem as próprias regras deve ser reconhecido
8. Empreendimentos aninhados – quando os recursos de uso comum são parte de um sistema maior, a intervenção do governo é necessária no sentido de coordenar a interdependência entre as unidades maiores e menores

Portando, a CPRs são um mecanismo que permite a criação de acordos de cooperação entre partes interessadas. Os atores em cooperação, por enfrentarem problemas sociais semelhantes, têm o potencial de obter vantagens em relação aos custos de transação, que são mitigados uma vez que a negociação, o monitoramento e o controle dos contratos são menos onerosos quando envolvem entes públicos atuando em parceria (FERNANDES et al., 2020a).

Para isso ela desenvolve ainda uma ferramenta para comprovar sua teoria, a qual chama de *Institutional Analysis Development (IAD) Framework*. O quadro IAD trabalha com variáveis externas aos indivíduos, que são elementos ou instituições que, de alguma forma, afetam as ações dos atores, seus processos políticos e os resultados na arena de ações.

Conforme Ostrom, Gardner e Walker (1994), a ferramenta IAD é dividida em 04 eixos:

- a) **Variáveis externas**, subdividida em: (i) atributos do mundo físico; (ii) atributos culturais da comunidade em que os atores estão inseridos; e (iii) regras de incentivos e restrições para determinadas ações;
- b) **Arena de Ação**, sendo: (i) Situação de Ação; e (ii) Atores ou Participantes;
- c) **Padrões de Interação e Fluxos de Comunicação**
- d) **Resultados e Benefícios**.

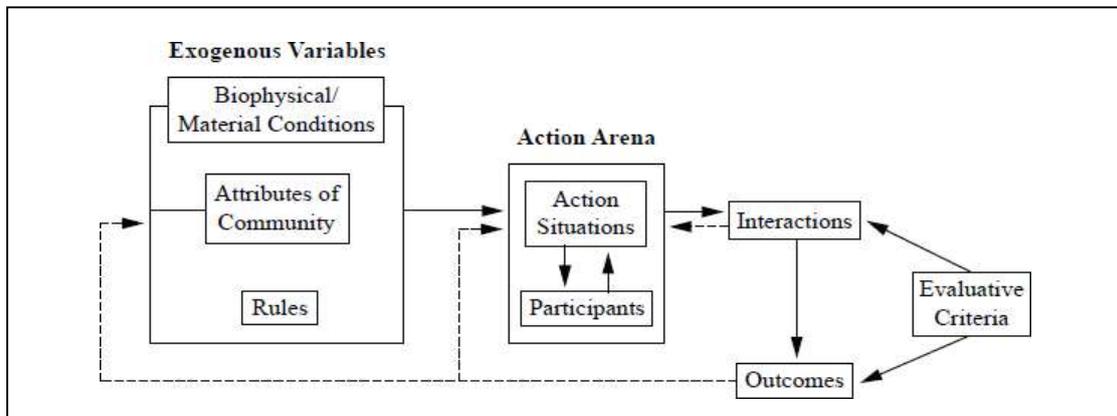
Durante a realização da pesquisa, serão definidos esses atributos, para, em seguida, o IAD ajudar a investigar situações políticas que são afetadas por um conjunto de fatores

derivados de um mundo físico, cultural e um conjunto de regras, bem como na forma como esses fatores, (entende-se como “instituições”), interferem no comportamento dos atores.

Um dos pontos a chamar a atenção no IAD é a análise de resultados e benefícios gerados pela política. Para isso, é preciso estabelecer rigorosos critérios de avaliação e comparação. Embora haja vários modelos, em geral, todos se concentram em seis preocupações de análise político-econômica: eficiência econômica, equivalência fiscal, equidade, prestação de contas, responsabilidade com a moral em geral e adaptabilidade (POLSKI; OSTROM, 1999).

Uma vez delineadas a arena de ação e a situação de ação é preciso relacioná-las e analisá-las junto às variáveis externas (atributos físicos, culturais e regras), em seguida aos padrões de interação, e por fim, aos resultados e benefícios gerados. Como está definido na figura abaixo por Ostrom, Gardner e Walker (1994):

Figura 01 – *Institutional Analysis and Development – IAD Framework*



Fonte: Ostrom, Gardner e Walker (1994)

5 CONTEXTO DA PESQUISA

6.1 Política de Saúde no Brasil (SUS)

Desde a IX Conferência Nacional de Saúde, o tema descentralização e municipalização da saúde no Brasil participa dos debates sobre gestão da Saúde.

Havia o entendimento de que o município, como célula mínima de estrutura político-administrativa brasileira, é teoricamente capaz de organizar um sistema de saúde mais adequado às necessidades de seus habitantes, por encontrar-se mais próximo do espaço concreto onde vivem as pessoas e mais sensível às pressões e reivindicações da população, após o desenvolvimento institucional destes (BUSS, 1991). Contudo, existem desafios para efetivar a regionalização, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões, para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020). Com a Constituição Federal de 1988, momento de consolidação do processo de democratização política no Brasil, foi adotado um Sistema Único de Saúde (SUS) inspirado no National Health Service, da Inglaterra, fundado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, com gestão descentralizada e participativa. A tentativa de reproduzir esse modelo numa federação de grandes dimensões reveste-se de grande complexidade, com divisões de competências administrativas e milhões de usuários. No nosso caso, na produção das políticas públicas a questão sobre “quem deve fazer” se sobrepõe à de “o que fazer” (ROCHA, 2016).

Atores importantes foram fundamentais na difusão dos esquemas de cooperação. Técnicos com profunda dedicação à causa da saúde pública, com capacidade de articulação política, mediaram as relações entre autoridades municipais de partidos variados, buscando convencê-las da relevância da cooperação para a produção das políticas públicas (ROCHA; FARIA, 2004). Esses *policy entrepreneurs* surgem no contexto de um movimento coletivo mais amplo, de âmbito nacional, que foi o movimento dos sanitaristas.

Nesse intuito, a Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990a, 1993, 1996) definiram uma política de descentralização do sistema de saúde no Brasil fomentando um significativo incremento das atividades e da participação dos municípios na provisão de serviços de saúde (NEVES; RIBEIRO, 2006). Contudo, a transferência de responsabilidades da União para

os estados e municípios veio acompanhada de dificuldades relacionadas com deficiências organizacionais e financeiras. O grande número de pequenos municípios, com pouca ou nenhuma disponibilidade de serviços de média e alta complexidade, evidencia que a descentralização precisa ser acompanhada por estratégias de coordenação e cooperação interfederativa. Para implementar a política de regionalização da saúde, cabe aos municípios incorporar formas inovadoras de gestão e organização de redes de serviços mediante construção coletiva institucional (KEHRIG; SOUZA; SCATENA, 2015), o que pode permitir a viabilização financeira de investimentos e contribui para a otimização da rede de assistência.

A Lei Orgânica da Saúde n. 8080/1990 afirmava a necessidade da regionalização como princípio de organização do sistema, mas não aprofundava seu significado, aspecto que, naturalmente, não foi efetivado. Posteriormente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) – SUS 1/2001 propunha a criação de regiões de saúde, só que de maneira formalista e rígida, sem resultar em avanços significativos. Em 2006, o Pacto pela Saúde, composto por um conjunto de portarias, foi mais realista, procurando induzir os entes federados a estabelecerem pactos visando a adoção de “regiões de saúde”, de gestão intergovernamental regional e de planejamento conjunto (ROCHA, 2016). Através do Decreto 7.508/2011, o Ministério da Saúde adotou o Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap), visando induzir acordos de colaboração firmados entre os três entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde da população no território (VIANA et al., 2008). No entanto, a saúde tem se mantido nos últimos anos como problema importante enfrentado no cotidiano pela população, sendo o subfinanciamento público do setor de saúde um dos fatores impeditivos para o cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral (CONASS, 2015).

Os consórcios de saúde são instrumentos de cooperação técnica e financeira entre municípios, estados e a União, que podem servir para a articulação de ativos, viabilizar cooperação em projetos de abrangência regional, obras e outras ações destinadas a promover o desenvolvimento de determinada região, como uma alternativa ao subfinanciamento. Embora a Lei 11.107/2005, ou Lei dos Consórcios (BRASIL, 2015), tenha institucionalizado a figura dos consórcios públicos no Brasil apenas em 2005, verifica-se a existência de mecanismos de consorciamento anteriores a essa data (GALINDO et al., 2014). Fageda e Mur (BEL; FAGEDA; MUR, 2014) encontraram

evidências de que os governos locais são mais propensos a cooperar quando diante de serviços de alto custo, de maneira a entregar tais serviços mesmo enfrentando escassez de recursos.

Nesta perspectiva, esta pesquisa procura demonstrar que ocorreu a cooperação intergovernamental vertical entre a Bahia e Salvador, como consequência das súbitas mudanças causadas por um conjunto de fatores políticos, econômicos e sanitários.

6.2. Cooperação interfederativa na Política de Saúde no Brasil

A estrutura hierárquica, regionalizada e interdependente do SUS facilita a formação de cooperação vertical, pois promove espaços de discussões interfederativas (JULIÃO; OLIVIERI, 2020). As relações interfederativas são mais institucionalizadas na política de saúde (ABRÚCIO; SANO, 2013), por esse motivo, deduz-se que o setor é o mais propício para a cooperação intergovernamental vertical.

A cooperação interfederativa é problemática ao exigir acordos entre atores que, pela lógica político-eleitoral, poderão ser concorrentes em potencial. Porém, na área da saúde, por características próprias, tende-se a demandar cooperação, pois a adequação da oferta dos serviços à necessidade de se gerar ganhos em escala exige organizar o sistema em um âmbito que extrapola os limites das divisões político-territoriais. Com os progressivos avanços científicos e a especialização cada vez mais presente na oferta dos serviços, a política de saúde apresenta aos governos grandes desafios, como o de traduzir na oferta dos serviços o crescente cardápio de especialidades. Esse desafio exige cooperação entre governos para ser enfrentado com algum sucesso (ROCHA, 2016). Como a sensibilidade do eleitorado para a qualidade da oferta dos serviços de saúde é alta, os prefeitos tendem a se sentir constrangidos e incentivados a superar os obstáculos oriundos de suas diferenças político-partidárias com governantes. Isso pelo custo político de se negar acesso à população de um direito estabelecido constitucionalmente. No caso em questão, a incapacidade de cooperação pode produzir situações nas quais todos os principais atores políticos acabam perdendo (ROCHA, 2016).

Na década de 1990, com o processo de municipalização da saúde, as secretarias estaduais passaram por uma grave crise de identidade, já que o governo federal passou a se relacionar diretamente com os municípios. Houve, portanto, uma fragmentação na produção das políticas de saúde, na medida em que os municípios passaram a ser vistos como unidades gestoras dos serviços e executoras da política de saúde. Desde então, como

forma de retomar papel relevante na política de saúde, os governos estaduais têm buscado intermediar e induzir a coordenação das ações municipais. De fato, isso foi feito a partir da constatação de que os municípios, mesmo sobre a forma de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) não dariam conta de fornecer serviços de saúde compatíveis com as demandas de suas populações. Alguns governos estaduais, como em Pernambuco, Ceará e mais recentemente na Bahia, passaram a desenvolver mecanismos de indução para a cooperação interfederativa vertical nas ações de saúde (JULIÃO; OLIVIERI, 2020).

Apesar de tratar-se de movimento razoavelmente novo, parcerias interfederativas no Brasil estão previstas desde a Constituição de 1891. Já os consórcios intermunicipais estão previstos no Brasil desde a Constituição de 1937 (BRASIL, 1937). Durante a década de 1980, à esteira da redemocratização pela qual o Brasil passava, essas associações começaram a ganhar mais corpo – especificamente no campo da saúde. Porém, sua sistematização e disseminação entre gestores públicos começou a se consolidar apenas a partir da década de 1990, quando a descentralização das políticas públicas, resultado do desenho institucional que a Constituição de 1988, conferida pelo nosso federalismo, instituiu aos governos locais dilemas de coordenação e cooperação.

Historicamente, temos o aparecimento dos primeiros consórcios a partir da década de 1960, com a criação do Consórcio de Promoção Social da Região de Bauru e, na década de 1970, o Consórcio de Desenvolvimento do Vale do Paraíba. Também em São Paulo foi constituído o consórcio intermunicipal de saúde, que posteriormente serviu de inspiração para um conjunto de outros municípios brasileiros – o Consórcio de Penápolis – organizado em 1986. Os consórcios favorecem a construção de sistemas regionais pactuados, respeitando o fluxo natural da demanda existente, facilitando o acesso e buscando conferir maior eficiência no uso dos serviços. Ademais, as coalizões feitas em torno dos consórcios, de uma maneira geral, têm aumentado a cooperação entre os participantes, mesmo de diferentes partidos políticos (NEVES; RIBEIRO, 2006).

Com a cooperação intergovernamental, os sistemas federativos de políticas públicas e as formas de associativismo territorial, em suma, têm buscado resolver o dilema básico das relações intergovernamentais brasileiras: de lidar com as desigualdades regionais e intermunicipais por meio da participação indutiva e colaborativa da União e dos estados (ABRÚCIO; HIRONOBU; SYDOW, 2011; FERNANDES et al., 2020b; GRIN; SEGATTO; ABRUCIO, 2016; NASCIMENTO, 2019).

Dallabrida (2010), por sua vez, realiza um estudo com base nos consórcios públicos, afirmando que esses são estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento e podem ser compreendidos como forma de estrutura de governança territorial. Todavia, haver objetivo comum não significa identidade de interesses, de onde podem emergir conflitos e fazer fracassar o empreendimento. No âmbito público, o potencial de interesses divergentes é ainda mais elevado, considerando: a fragmentação dos grupos de interesse na sociedade, as diferenças entre partidos e políticos, os níveis federativos etc. Conforme apresentam Machado e Andrade (2014) poucos estudos que se referem às relações intergovernamentais, principalmente quando se fala de consórcios públicos de cooperação vertical.

A utilização de cooperação e consorciamento traz diversos benefícios em escala. No que tange aos processos de aquisição de materiais e contratação de serviços, os consórcios têm mostrado melhor desempenho frente às compras individualizadas em cada um dos entes federativos. Amaral e Blatt (AMARAL; BLATT, 2011), ao estudarem o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itajaí (Santa Catarina), observaram uma redução aproximada de 48,0% no número de itens que apresentaram falta em pelo menos um dia, entre 2007 e 2009. Ferraes e Cordoni Júnior(2007; 2005) focaram sua análise no Consórcio Paraná Saúde e perceberam que, em 2000, a aquisição através desse ente apresentou um custo 29,7% inferior aos preços divulgados no Banco de Preços do Ministério da Saúde(FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

Na saúde, a cooperação horizontal tem apontado como uma escolha, para dar respostas aos principais problemas que afligem os entes federados mais frágeis: os municípios. Experiências nesse sentido foram desenvolvidas de forma intermunicipal e interfederativa, com a difusão dos consórcios de saúde por todo o Brasil. A Bahia foi um dos estados em que esse instrumento de cooperação intergovernamental teve uma expansão significativa, a partir de 2007, com uma indução importante do governo estadual (CARVALHO; XAVIER; PINTO, 2016).

São raros os casos em que um empreendedor político toma a dianteira no processo de articulação, tal como ocorreu no caso do Consórcio Regional do Grande ABC (ABRUCIO; SOARES, 2001) e como ocorre na cooperação entre o Estado da Bahia e o Município de Salvador, no enfrentamento da pandemia. Decorre, então, que a mera existência de uma legislação que preconize a cooperação intergovernamental pode não ser suficiente para de fato promover a articulação.

Como exemplo de pioneirismo e que conseguiu em grande grau de institucionalização, cita-se o Consórcio Intermunicipal do Grande ABC, que também influenciou a criação de regiões metropolitanas. As razões que explicam o sucesso deste empreendimento revelam os caminhos possíveis para fortalecer o consorciamento no Brasil, especialmente nas regiões metropolitanas (RMs). A primeira causa tem a ver com a construção de uma identidade regional, com bases sociais e culturais. Outra parte diz respeito à construção de capital social pelas associações civis, os sindicatos e a imprensa da região. Todavia, isso dependerá também de uma situação socioeconômica e mesmo cultural que atualmente existe apenas em poucas localidades do país. Porém, no caso do Grande ABC, também havia rivalidades históricas entre os municípios. Para isso se concretizar, foi preciso liderança política e um projeto institucional. Alguns fatores presentes foram determinantes, tais como, a identidade regional e o capital social lá presentes, porém escassos na imensa maioria das RMs. Porém, a cooperação com o governo estadual, o incentivo ao associativismo (formal e informal) entre os municípios, a criação de instituições federativas, o apoio do governo federal e a articulação com os sistemas de políticas públicas são replicáveis (ABRUCIO; HIRONOBU; SYDOW, 2008).

Entretanto, muitos estudos realçam as dificuldades para formar e manter fortes ou mesmo unidos os consórcios e outras formas de cooperação formal entre governos locais (ABRÚCIO; SANO, 2013; DIEGUEZ, 2011).

6.3 O Caso de Estudo – A Cooperação Intergovernamental do Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura de Salvador no Combate à COVID-19

Como exemplo mais recente da cooperação intergovernamental pode-se citar governos subnacionais, atuando por meio de cooperação intergovernamental, defendendo uma política em ações já comprovadamente eficazes no combate à COVID-19, tais como: distanciamento e isolamento social, testagem ampla da população, incremento no número de leitos e de leitos de UTI, ampliação do número de respiradores, uso obrigatório de máscaras, higienização das mãos (WHO, 2020). Entretanto, no Governo Federal terminou prevalecendo no Ministério da Saúde (MS), após longos conflitos com os dois últimos Ministros da Saúde, que saíram ações baseadas na opinião e vontades, indo de encontro às evidências científicas recentes³². No estado da Bahia, seguiu-se a orientação de

³²Sobre o isolamento social e sua ação represadora de disseminação da COVID-19, o estudo do Imperial College de Londres, intitulado “The Global Impact COVID-19 and Strategies for

cooperação entre o Governo do Estado e a Prefeitura do Município de Salvador – capital e maior cidade do estado, durante a pandemia de COVID-19, mesmo as duas esferas de gestão sendo governadas por líderes de coalizões partidárias opositoras; o Governo do Estado, comandado por Rui Costa, do Partido dos Trabalhadores (PT); e a Prefeitura de Salvador, comandada por ACM Neto, do Democratas (DEM). A escolha da Capital do estado se deu por 3 razões: a primeira tem a ver com o contingente populacional. Dados da população estimada do Brasil divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³³ revelam que cerca de 24% dos brasileiros residem em capitais, o que se observa também em Salvador, onde reside cerca de 20% da população baiana. A segunda diz respeito às peculiaridades do funcionamento do sistema de saúde do Estado, com uma grande concentração de Hospitais, especialistas, equipamentos e profissionais na capital. A terceira seria por conta da importância econômica das capitais. O conjunto de diferentes problemas urbanos, a concentração do Produto Interno Bruto (PIB), assim como a maioria das ofertas de bens e serviços culturais e acesso a conhecimento ocorrem majoritariamente nesses espaços territoriais. Estes elementos ampliam a importância política das capitais tanto em âmbito regional como no jogo político nacional. Ademais, no que se refere à COVID-19, as capitais são os municípios que apresentam o maior número de pessoas infectadas confirmadas e o maior número de óbitos também (FERNANDES; TEIXEIRA, 2020).

Tal cooperação vêm ocorrendo sob a forma de um conjunto de ações tomadas em comum acordo entre os dois governos. Essas ações se iniciaram em 20/03/2020, divulgadas após reunião entre o Prefeito de Salvador, ACM Neto, e o Governador da Bahia, Rui Costa, visando o planejamento de ações contra a COVID-19, que até aquele momento tinham apenas 34 casos confirmados em todo estado. Os secretários de saúde de Município de Salvador e do estado da Bahia também participaram da reunião, cujo objetivo foi traçar metas de forma imediata para o combate à proliferação do vírus e

Mitigation and Suppression”, analisou o efeito do isolamento social em mitigar a contaminação do vírus, concluindo que “uma ação rápida, decisiva e coletiva pode impedir bilhões de infecções e salvar milhões de vidas em todo o mundo”. Sobre este trabalho ver, <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gidafellows/Imperial-College-COVID19-Global-Impact-26-03-2020.pdf>; No que se refere a ineficácia no uso de Cloroquina para tratamento da COVID-19 ver o recente estudo do grupo recovering da University Oxford, <http://www.ox.ac.uk/news/2020-06-05-no-clinical-benefit-use-hydroxychloroquine-hospitalised-patients-covid-19>.

³³<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em 06 de janeiro de 2021.

atendimento dos doentes, o que se deu desde então³⁴. Por fim, como elemento contextual importante, o Fórum de Governadores e o Consórcio do Nordeste fortaleceram a cooperação horizontal e supriram lacunas deixadas pela União. A crise gerada pela pandemia da COVID-19 evidenciou a necessidade de maior colaboração e transformou essas arenas em contrapontos às iniciativas presidenciais, sobretudo porque os governadores foram mais aderentes ao isolamento social, em contraposição à omissão presidencial. Quanto ao legado da política pública, a pandemia contrapôs dois modelos de federalismo. A Saúde é a área que melhor representa o arranjo institucional desejado pela CF/88 na articulação entre política pública e federalismo: cooperação, transferência de recursos fundo a fundo, universalização da atenção e gratuidade. Este legado é posto à prova pela desordem bolsonarista de federalismo (ABRUCIO et al., 2020).

No PPA 2016-2019 da Bahia (“O Planejamento Participativo Anual - Bahia”, 2015), algumas diretrizes confirmavam a tendência cooperativista da Política pública de saúde:

“Na Saúde, um dos objetivos estratégicos é a ampliação da rede de atendimento no interior. Em parte, esse objetivo será alcançado com a construção de novos hospitais em cidades-pólo do Estado, promovendo uma distribuição mais equânime dos serviços e reduzindo a necessidade de deslocamento da população, inclusive para a capital. ***Outra estratégia adotada é a realização de consórcios em parceria com os Municípios, visando diversificar e ampliar a rede de serviços no interior***” (grifo nosso) (O PPA PARTICIPATIVO 2016-2019).

A utilização da cooperação intergovernamental traz diversos benefícios em escala. No que tange aos processos de aquisição de materiais e contratação de serviços, os consórcios têm mostrado melhor desempenho frente às compras individualizadas em cada um dos entes federativos. Como exemplo, o Consórcio do Nordeste é um arranjo institucional que reúne os nove estados da região e durante a crise sanitária criou um Comitê Científico de Combate ao coronavírus³⁵, liderado pelo neurocientista Miguel Nicolelis e pelo ex-ministro Sérgio Rezende. Essa instância objetiva o monitoramento da pandemia e condução de pesquisas que permitam maior sustentação para a tomada de decisão dos Governadores. O Comitê atua visando desenvolver iniciativas inovadoras, a partir de evidências científicas e ao mesmo tempo fornecendo informações e colaboração

³⁴<https://www.metro1.com.br/noticias/saude/89233,ruie-neto-se-reunem-para-decidir-acoes-conjuntas-contra-coronavirus>

³⁵ <https://www.comitecientifico-ne.com.br/>

governamental para o enfrentamento da pandemia, como compra conjunta de medicamentos com economia na aquisição destes.

O Consórcio Nordeste realizou sua primeira licitação para a aquisição coletiva de medicamentos, o que gerou uma redução de R\$ 48 milhões aos cofres dos governos estaduais. O valor global da aquisição de medicamentos que vão abastecer hospitais públicos da região seria de R\$ 166 milhões se cada estado adquirisse os produtos de forma individual. Com o mecanismo cooperativo, a quantia a ser empregada caiu para R\$ 118 milhões³⁶.

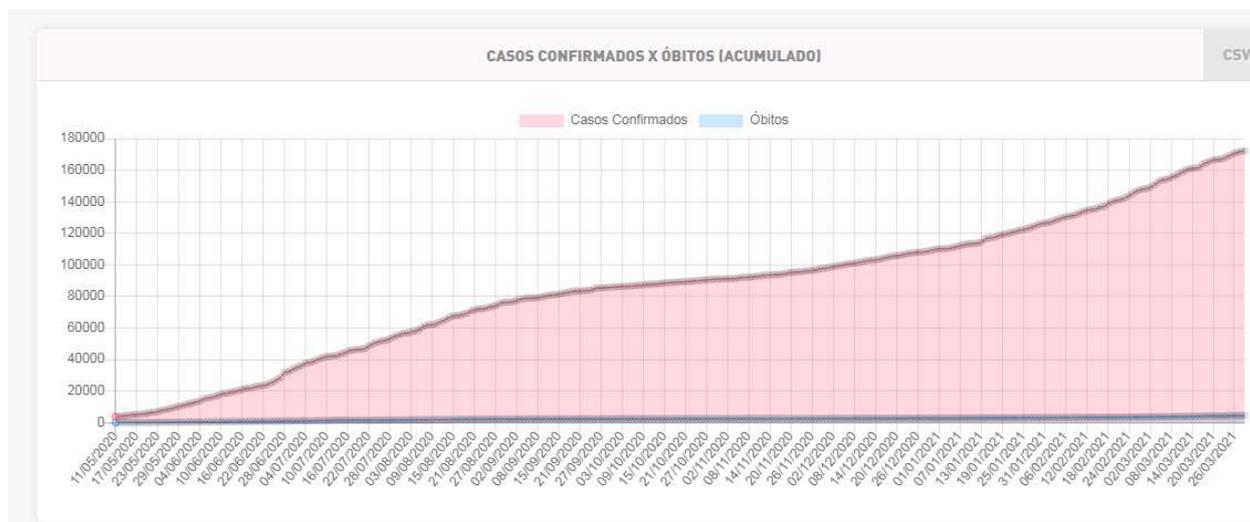
Por último, é importante ressaltar que a cooperação do Governo estadual da Bahia com a Prefeitura Municipal de Salvador já aponta para resultados positivos, pois as capitais na região Nordeste, (06/08/2020), comportam relativamente e em números absolutos o maior número de casos e o maior número de óbitos, sobretudo as maiores capitais da Região Nordeste – Fortaleza (134,4), Recife (130,5) e Salvador (65,8)³⁷, por 100 mil habitantes. A capital baiana até 03/10/2020 concentrava 27% dos casos confirmados e 40% dos óbitos do estado da Bahia por COVID-19³⁸. A capital baiana, em 2020, apresentou os seguintes números de óbitos.

Figura: Número de óbitos confirmados por Covid-19, residentes em Salvador,

³⁶<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/11/primeira-licitacao-do-consorcio-nordeste-tem-economia-de-30-na-compra-de-medicamentos.shtml>

³⁷ <https://graficos.poder360.com.br/FnJ55/1/>

³⁸ https://brasil.io/dataset/covid19/caso?search=&date=&state=&city=&place_type=city&is_last=&city_ibge_code=&order_for_place=. Acesso em 03/10/2020 às 11:20



Fonte: Indicadores COVID. Acesso em 29/03/2021.³⁹

Essas questões de liderança e gerenciamento são de natureza política, o que pode influenciar os relacionamentos cooperativos e o trabalho em parceria com outros nos setores público, privado e voluntário para contribuir para a promoção do bem-estar da comunidade e para atender às necessidades dos indivíduos (STOKER, 2006). Por esse motivo, é mais provável que os governos locais cooperem quando os governantes representam partidos políticos com afinidade ideológica (BEL; FAGEDA; MUR, 2014). O que também é uma característica inovadora no caso, visto que os governos estadual e municipal são de partidos políticos historicamente ‘rivais’, DEM (Municipal) e PT (Estadual), percebendo-se então que a política em questão é vista como mais ampla do que a política partidária (STOKER, 2006). Nessa nova forma de se encarar um problema público, a política é valorizada como mecanismo de coordenação social por pelo menos três razões. Primeiro, permite que as pessoas cooperem e façam escolhas com base em algo além do individualismo. Segundo, a tomada de decisão está sendo política e flexível; portanto, pode lidar com incertezas, ambigüidades e mudanças inesperadas. A política é um mecanismo de enfrentamento essencial em um momento incerto e imprevisível. Finalmente, a política pode ir além de uma distribuição de benefícios, para estabelecer um processo de produção social em que os interesses são reunidos para alcançar objetivos comuns (STOKER, 2006).

³⁹ <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/indicadorescovid/>.

6.4 O financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde, por força constitucional, é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. De todo modo, a recorrente redução do aporte do governo federal, especialmente após a Emenda Constitucional n. 95 (2016) acabou por pressionar os orçamentos dos demais entes, gerando a necessidade de fontes alternativas de receita (PEREIRA; OLIVEIRA JUNIOR; FALEIROS, 2019). Repasses federais têm sido fundamentais à execução dos serviços de saúde no âmbito do SUS, dada a fragilidade das fontes de recursos estaduais e municipais antes e na atual conjuntura da COVID-19. Transferências originadas de emendas parlamentares também têm sido uma fonte alternativa de recursos, contudo estudos como os de Baptista et al. (2012) apontam que os critérios seguem muito mais uma lógica política do que um planejamento dos serviços de saúde. Nesse sentido, Santos (2018) aponta a debilidade da ação do próprio MS na melhoria da coordenação.

O combate aos efeitos da COVID-19 tornou-se uma urgência global, com enorme impacto na economia e, sobretudo, em seus sistemas de saúde. Estas primeiras experiências deviriam ser modelos do que não / fazer para os países acometidos em seguida; entre eles, o Brasil. Alguns aprendizados vieram logo, como a percepção de que, em primeiro lugar, recursos financeiros adicionais são necessários para apoiar governos subnacionais. Em segundo lugar, o sub-financiamento em saúde prejudica sua capacidade tanto nos aspectos humanos como materiais. Boa coordenação federativa também mostrou de fundamental para o enfrentamento eficaz (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Diante disso, uma resposta imediata seria o aumento dos gastos em saúde (LEGIDO-QUIGLEY et al., 2020)). No entanto, neste aspecto, o cenário brasileiro não é favorável. Vieira e Santos (2018), analisando dados da execução do Ministério da Saúde (MS) entre 2002 a 2015, constatam que os limites autorizados de pagamento foram insuficientes para fazer frente aos gastos em cada exercício, ilustrando a insuficiência de recursos. Marques (2017) mostra que o sub-financiamento do SUS no Brasil é estrutural, não havendo forte apoio político para a destinação de maiores recursos ao sistema. Dados mais recentes apresentados por Pereira e Faleiros (PEREIRA; OLIVEIRA JUNIOR; FALEIROS, 2019) mostram que renúncias fiscais nos últimos anos, além da própria crise econômica, vêm reduzindo os montantes disponíveis para o SUS.

Então, mesmo sob forte restrição de receitas no nível federal, repasses são a principal fonte de recursos para a execução dos serviços de saúde no SUS, em tempos ordinários e na Pandemia. Contudo, as regras utilizadas têm intensificado a desigualdade no sistema, além de não guardar necessariamente conexão com fatores epidemiológicos ou sociais, o que está sendo testado na conjuntura atual (FERNANDES; PEREIRA, 2020). Para Lima (2007), por exemplo, falta de planejamento das regras que definem a distribuição dos recursos para o financiamento do SUS é um fator determinante.

As normas de transferências de valores para governos subnacionais estão regulamentadas na Portaria de Consolidação n. 6 (2017). Os recursos federais são repassados na modalidade fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os respectivos fundos de saúde de estados e municípios. O sistema de financiamento da saúde pública possuía seis blocos distintos até 2017, tendo sido reduzido a apenas dois blocos: o de custeio das ações e serviços e o de investimento na rede de serviços públicos. A ausência de discricionariedade trouxe dificuldades para a gestão dos recursos no enfrentamento da COVID-19, que foram mitigadas apenas com a edição da Portaria n. 828 (2020), em 17 de abril de 2020. Na fase inicial do combate à pandemia, era expressamente vedado o uso de recursos recebidos no bloco de custeio para adequação da estrutura já existente, devendo qualquer modificação necessária ser paga com montantes do bloco de investimento.

De acordo com dados do FNS, foram disponibilizados a estados, Distrito Federal e municípios um total de R\$ 9,570 bilhões para as ações de enfrentamento da COVID-19. Como a integralidade destes valores foi alocada no então bloco de custeio e posteriormente nomeado como Bloco de Manutenção, as possibilidades de gasto com as adaptações do aparelho de saúde ficaram reduzidas. Com os recursos recebidos do governo federal, os governos subnacionais podem adquirir equipamento de proteção individual, como luvas, máscaras. No entanto, por meio dos recursos do Bloco de Manutenção, não é permitida a compra de novas camas hospitalares, bombas de infusão, respiradores, monitores cardíacos, dentre outros itens, mesmo que necessários e imprescindíveis (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Até meados de junho, sete medidas provisórias – figura abaixo – foram publicadas, abrindo crédito extraordinário em favor do MS para enfrentamento da pandemia da COVID-19, totalizando 38,96 bilhões.

Figura 2 Evolução das medidas provisórias publicadas até 12/06/2020

MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
<ul style="list-style-type: none"> •Medida Provisória nº 924, de 13 de março de 2020 - 4.838.795.979,00 	<ul style="list-style-type: none"> •Medida Provisória nº 940, de 2 de abril de 2020 - 9.444.373.172,00 •Medida Provisória nº 941, de 2 de abril de 2020 - 2.048.736.866,00 •Medida Provisória nº 947, de 8 de abril de 2020 - 2.600.000.000,00 	<ul style="list-style-type: none"> •Medida Provisória nº 967, de 19 de maio de 2020 - 5.566.379.351,00 •Medida Provisória nº 969, de 20 de maio de 2020 - 10.000.000.000,00 	<ul style="list-style-type: none"> •Medida Provisória nº 976, de 4 de junho de 2020 - 4.489.224.000,00

Fonte: Adaptado de (FERNANDES; PEREIRA, 2020)

Conforme dados apurados no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal (SIOP) ⁴⁰, a maior parcela dos valores destinados ao enfrentamento da COVID-19 divide-se em duas fontes majoritárias: Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional e Outras Aplicações e Recursos Destinados às Atividades Fins da Seguridade Social. O que se observou foi uma taxa de execução orçamentária relativamente lenta, especialmente se considerada a estratégia de preparar o sistema de saúde para a curva epidêmica por meio do tempo ganho com o seu achatamento via adoção de medidas como o afastamento social, preparação do sistema de saúde, uso de máscaras, etc (ANDERSON et al., 2020; WALKER, 2020).

Figura 3– Valores em reais

Valores em Reais

⁴⁰https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orçamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06 Acesso em 06/01/2021

Modalidades de Aplicação	Dotação Atual	% Dt. AT	Desp. Paga	% Desp. Paga	%Desp. atualizada/paga
Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo	9.970.237.045,00	25,59	3.886.107.282,34	34,49	38,98
Transferências a Municípios	96.246.041,00	0,25	-	0,00	0,00
Transferências a Municípios - Fundo a Fundo	16.800.581.107,00	43,11	5.640.948.966,55	50,07	33,58
Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos	12.000.000,00	0,03	5.000.000,00	0,04	41,67
Transferências ao Exterior	542.294.000,00	1,39	432.376.875,00	3,84	79,73
Aplicações Diretas	11.589.288.382,00	29,74	1.302.728.873,03	11,56	11,24
Total	38.967.509.368,00	-	11.267.161.996,92	-	28,91

Fonte: Adaptado de (FERNANDES; PEREIRA, 2020)

A Lei 8080 (1990) determinou a descentralização no que concerne ao dever do Estado, expresso na Constituição Federal, onde parte dos recursos federais para financiamento das ações e serviços de saúde é transferida aos demais entes subnacionais como co-financiamento de suas ações. O modelo de enfrentamento da COVID-19 segue a mesma lógica e por isso tem os governos subnacionais como agentes fundamentais para sua operacionalização. Importante ressaltar que a realidade de governos subnacionais é muito distinta, tendo sido sendo fundamental a análise das regras de alocação adotadas, definidas por meio de portarias pelo MS. Nesse sentido. A cooperação observada entre o Estado e o Município estaria afinada com a legislação, trazendo diversos benefícios em escala e otimizando o recurso e criando o criou o Programa de Trabalho

10.122.5018.21C0.6500 – Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus.

A portaria n. 395 (2020) repassou um total de 424,15 milhões de reais provenientes do MS aos Fundos Estaduais de Saúde (FES). Os valores foram distribuídos tendo como base o número de habitantes de cada estado e, como regra, R\$ 2,00 per capita. O FNS realizou o repasse total aos FES, determinando que a distribuição do recurso no âmbito intra-estadual deveria ser pactuada por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), considerando o respectivo Plano de Contingência. Após essa data, outras portarias foram editadas, trazendo novas fórmulas de cálculo para os repasses, inclusão de habilitação de leitos, auxílio às Santas Casas e hospitais filantrópicos, terapias, tendo como importante inovação garantir o repasse de recursos para prefeituras, o que não foi estabelecido inicialmente. A necessidade de novas formas de repasses, que eram inicialmente com o envio para os Governadores que repassariam para os Prefeitos, para diretamente para as contas das Prefeituras se deu, basicamente, por conta da existência de secretarias estaduais – que não conversavam com os municípios e, portanto, não repassavam o dinheiro, pondo em risco as estratégias de enfrentamento da COVID -19. Sobre isso o ex-ministro Mandetta fala:

“Então inverti a segunda passagem de dinheiro. Em vez de ser *percapita*, troquei o parâmetro para a média de produção. Mesmo que a maior parte das cirurgias eletivas e exames tivessem sido suspensas, as unidades de saúde receberiam o valor com base na média dos últimos quatro meses. Como Salvador tem gestão plena e expressiva de média e alta complexidades, o ministério passou o dinheiro diretamente para sua prefeitura, para que tivesse os instrumentos e meios de manter a despesa.

”(MANDETTA, 2020, p. 112)

Municípios com maior população foram beneficiados com maiores transferências. Em especial, o peso da produção de riquezas municipais mostrou-se relevante: municípios mais ricos receberam maiores valores (FERNANDES; PEREIRA, 2020). Também foram muito relevantes as emendas parlamentares, muito embora uma parte considerável de municípios não tenha recebido recursos por critérios eminentemente políticos

Em suma, observa-se que o modelo de financiamento do SUS não foi modificado em virtude das necessidades de enfrentamento da COVID-19, predominando a lógica de desigualdade preexistente e o viés político (BAPTISTA et al., 2012; SANTOS, 2018),

6.5 A conjuntura Política local e as Eleições durante a Pandemia

“Carlismo” é um termo utilizado para designar o grupo formado no Estado da Bahia em torno da forte liderança de Antônio Carlos Magalhães que, durante algumas décadas, foi o político mais importante do Estado e um dos mais influentes do Brasil. A tradição carlista tem como marca um arranjo entre discursos e práticas, ao mesmo tempo modernizante e politicamente conservador, valorizando a gestão tecnocrática como meio de realização da estratégia modernizante. Já na perspectiva conservadora, compreende que a política deve ser exercida de maneira vertical, com a exaltação da necessidade de competência e da centralização da elite protagonista, evitando-se, assim, os conflitos típicos do pluralismo político (PEREIRA, 2017).

Historicamente, o carlismo construiu suas alianças político-partidárias de modo a fortalecer sua base local pela inserção no cenário nacional, geralmente alinhada à elite política governante. Além de carismático, seus líderes sempre chamaram pra si a responsabilidade da direção política. Foi então que em 2002, se elegeu como Deputado Federal ACM Neto. Até então, tinha apenas 3 anos de vida política, vividos como assessor do Secretário Estadual de Educação. Exerceu o mandato de Deputado Federal de 2003 a 2012 quando renunciou para assumir a prefeitura de Salvador. Atuando sempre com uma postura de oposição decidida ao Governo Federal e atualmente contra o presidente Bolsonaro (sem partido) além de ter um discurso enfático em defesa dos “interesses da Bahia”. Durante sua trajetória como Deputado, foi um político que defendeu as pautas nacionais, porém nunca sem se desconectar dos problemas da base geográfica de sua votação, defendendo temas como repasses para o Metrô de Salvador (PEREIRA, 2017).

Nesse momento, o carlismo já estava em processo de declínio, pois, desde 2001, ACM não comandava mais seu próprio grupo. As decisões mais importantes eram tomadas mediante tensões, conflitos e acordos políticos em sua cúpula, não mais centralizadas na figura de ACM. E se, nos últimos anos do regime militar e durante os anos 90, o carlismo era a elite política estadual e o grupo ocupava todo o espaço dessa elite dentro e fora do governo, desde, ao menos, o ano de 2001, despontava na Bahia um

formato bipolar de competição política, tendo já o PT (Partido dos Trabalhadores) como núcleo partidário fazendo o contraponto anti-carlista. Embora em processo de declínio, o carlismo, em 2002, ainda se constituía forte regionalmente, fato exemplificado pela vitória de seus candidatos a governador e para as duas vagas no Senado nas eleições daquele ano, quando ACM Neto, em sua primeira candidatura, foi eleito como o deputado federal mais votado do Estado.

Com a eleição de ACM em 2012, a Bahia apontou para a conformação de uma “tripolarização” política, conformada pelas seguintes forças: o PT (ascendente desde 2002 e agora no Governo), o PFL, uma força tradicional, embora com peso abalado, e o PMDB, polarizado pela influência do então ministro da Integração Nacional, Geddel Vieira Lima (PEREIRA, 2017). Contudo, os resultados das eleições de 2010 não confirmaram para a política estadual, a tripolarização apontada pelas eleições municipais de 2008. Ao contrário, os resultados apontavam para a consolidação de nova situação dominante na política baiana, agora de aspecto Petista. Em 2012, ACM Neto elegeu-se no 2º turno, após uma campanha marcada por uma polarização muito evidente, caracterizada por trocas agressivas de críticas entre ACM Neto e o candidato do PT, Nelson Pelegriño, com um discurso como oposição a “tudo o que aí está”, estratégia contrária à do PT que focou no discurso do alinhamento político total, entre os governos Federal, Estadual e Municipal. Inicialmente, seu forte posicionamento contra o governo estadual foi um elemento central, uma vez que a gestão de Wagner estava bastante mal avaliada⁴¹. Porém, desde suas primeiras entrevistas como prefeito eleito, frisou que “A disputa acaba hoje” e que pretendia manter uma relação “extremamente harmônica” com os governos estadual e federal (PEREIRA, 2017).

Em 2016, já num contexto de crise política no cenário nacional e de grande enfraquecimento do PT, ACM Neto se reelegeu no primeiro turno, obtendo mais de 70% dos votos em todas as zonas eleitorais da capital baiana. A trajetória ascendente desse ator político, mesmo frente ao contexto de declínio de seu grupo, evidenciou, mais uma vez, sua importância no cenário baiano.

Desde então, ACM Neto se tornou líder do DEM e referência nacional da oposição, mantendo a tradição do carlismo de não se configurar apenas como uma elite local, mas com profundos vínculos nacionais, tornando-se uma das principais lideranças da oposição ao governo do estado na Bahia. Contudo, em termos de comportamento político, ainda

⁴¹<https://eleicoes.uol.com.br/2012/noticias/2012/10/27/pt-e-dem-apostam-em-2014-na-eleicao-em-salvador.htm> Acesso em 08/01/2021

que premido pelo fato de estar na oposição ao longo da maior parte de sua carreira, aprendeu a ter um perfil mais conciliador e menos personalista. Entendeu, desde o início de sua trajetória, a importância de construir alianças políticas para galgar êxito em suas metas. Esse processo, portanto, evidencia que as estratégias políticas de ACM Neto foram marcadas por uma sintonia no manejo do seu papel como líder de uma elite estadual tradicional e como líder do partido que representava em âmbito nacional.

Como conclusão desse capítulo, assim como consideramos essencial resgatar uma cronologia dos acontecimentos relacionados à doença, o contexto político local, trazemos também os possíveis impactos nas disputas eleitorais locais e para o futuro dos gestores nas 5.568 cidades do país durante a pandemia. Algumas peculiaridades cercaram essa eleição: as eleições de 2020 para Prefeitos das capitais, do ponto de vista das coligações eleitorais, estão cercadas de diferentes possibilidades, esta foi a primeira eleição com a proibição de coligações para os cargos proporcionais, o que poderia afetar os arranjos político-partidários.

Todos os atuais prefeitos e prefeitas, sem exceção, viverão sob os efeitos socioeconômicos e políticos da pandemia da COVID-19, cujo horizonte de contaminação e início da vacinação segue indeterminado, mas que, certamente, irá impactar fortemente os próximos quatro anos dos governos municipais (CARNEIRO; PITTA, 2020). O ano de 2020, ano de eleições municipais, teve início com a expectativa de surgimento de mais um partido político, que viria a ser criado pelo presidente Jair Bolsonaro e seu grupo de aliados, em meio a conflitos e disputas, envolvendo tensões familiares e desencontros de lideranças. O Presidente viera a romper com o PSL, partido que o elegeu em 2018, na expectativa de criar o Aliança pelo Brasil, ideia surgida em novembro/2019, já com o intuito de lançar candidatos nas eleições municipais de 2020⁴².

Concomitantemente, o Partido Social Liberal (PSL), agremiação que elegeu Jair Bolsonaro para a presidência da república em 2018 formando também a segunda maior bancada da Câmara dos Deputados⁴³, passou por uma crise política cujo resultado foi a desfiliação do presidente e a perda de vários de seus quadros para partidos como o PSDB e outras legendas menores. Portanto, não terá o protagonismo esperado, apesar de contar

⁴²“Bolsonaro faz ato de lançamento de novo partido em Brasília”, disponível em <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/11/21/bolsonaro-lanca-fundacao-do-partido-alianca-pelo-brasil.ghtml>>

⁴³Impulsionado pela eleição presidencial e por ser o partido de Jair Bolsonaro, o PSL, que havia eleito apenas um deputado em 2014, saltou para 52 deputados eleitos em 2018. Todavia, com a saída de Bolsonaro da legenda o partido encolheu e hoje conta com 41 parlamentares. Ver <https://www.camara.leg.br/Internet/Deputado/bancada.asp> acesso em 06.01.2021.

com um volume considerável de recursos do Fundo de Financiamento Eleitoral, por conta dos resultados das eleições de 2018 para a Câmara dos Deputados (FERNANDES; TEIXEIRA, 2020). Além disso, a crise provocada pela Covid-19 afetou o tamanho da base de apoio do presidente e diminuiu seu leque de alianças. Por exemplo, o DEM, com três ministros no governo sem declarar apoio ao governo, se distanciou de Jair Bolsonaro e com a demissão do ex-Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta iniciou uma reaproximação com o PSDB para se alinhar num projeto político que poderia unir João Dória e ACM Neto, ou mesmo Dória e Luiz Henrique Mandetta. Todos eles estiveram no mesmo palanque com Jair Bolsonaro em 2018 e agora são vistos como anti-bolsonaro (FERNANDES; TEIXEIRA, 2020).

A ação, nunca antes observada em períodos democráticos do país, de o presidente da República deixar a sigla pela qual se elegeu para criar outra, foi uma medida apenas consumada no Estado Novo (1937-1945) e no regime autoritário militar (1964-1985). Contudo, não obteve êxito na criação do novo partido, mas candidatos a prefeito e a vereador, afinados com seu discurso, iriam buscar uma associação com as bandeiras ideológicas defendidas pelo mandatário federal, indo a concorrer apoiados em diferentes siglas do espectro mais próximos do conservadorismo ou da chamada centro-direita. Reforça essa hipótese a aproximação do presidente da República com legendas do bloco chamado de “Centrão”, neste segundo ano de mandato, formado por parlamentares com redutos eleitorais geralmente bem definidos e interessados em garantir o repasse de verbas para prefeitos aliados, via emendas parlamentares e ocupação de cargos na máquina administrativa⁴⁴.

A aprovação do trabalho de Bolsonaro na pandemia é inferior a de governadores e prefeitos, mantendo-se em 30% entre agosto e dezembro, ficando estável a reprovação ao seu trabalho, com oscilação de 43% para 42% no período. Há ainda 27% que consideram que o presidente vem fazendo um trabalho regular na pandemia, e 1% não respondeu. A avaliação dos governadores no combate à pandemia é mais positiva, com 41% de aprovação (eram 44% em junho), 30% de reprovação (eram 29%) e 28% de avaliação regular (ante 26% na última pesquisa), com 1% sem opinião. Por fim, os prefeitos têm avaliação similar à dos governadores quando o assunto é o desempenho durante a

⁴⁴Em meados de abril, diversos veículos de comunicação publicaram reportagens sobre encontros de Jair Bolsonaro com dirigentes partidários, recebidos no Palácio do Planalto, conforme divulgado pela agenda oficial do governo, disponível em <<https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/agenda-do-presidenteda-republica/>>

pandemia: 42% avaliam que estão fazendo um trabalho ótimo ou bom e 30% consideram ruim ou péssimo, com 26% de avaliação regular e 2% sem opinião. Em junho, 44% aprovavam a maneira como os prefeitos vinham lidando com a pandemia, e 34% reprovavam⁴⁵.

Por sua vez, grandes partidos que mais elegeram prefeitos em 2016 chegaram combalidos em 2020, desgastados pelas implicações da Operação Lava Jato, a mesma que investigou desvios na Petrobras, e abalou a força política do PT, culminando no *impeachment* de Dilma Rousseff na redução do partido, em administrações municipais, com uma redução de mais de 20% das prefeituras que eram governadas pelo partido até então. Levou também à impopularidade do governo Michel Temer (MDB), também alvo de apurações por suspeitas de corrupção. Importante lembrar que, quatro anos atrás, o MDB elegeu 1.034 prefeitos em primeiro turno e outros nove, em grandes cidades, no segundo turno, sendo a única sigla com mais de mil municípios sob a sua administração. O PSDB, embora tenha vencido a disputa em quase 800 cidades, menos que o partido do qual se originou, conquistou capitais importantes, como São Paulo, Porto Alegre e Manaus, e outras tantas grandes cidades, somando o maior contingente de eleitores sob seus governos locais. Ao mesmo tempo, viu-se o avanço de siglas como PSOL e PDT na condução das ações oposicionistas no nível federal.

“Portanto, era preciso manter o distanciamento da política para que o pacto federativo não fosse contaminado pelo calendário eleitoral. Isso fica muito claro quando se observa que, nos lugares onde há alinhamento político entre prefeitura e estado, há uma performance muito superior aos que não têm esse alinhamento. Essa é uma das razões pelas quais, na leitura do presidente Bolsonaro, qualquer impacto sobre o tema da saúde impactaria as eleições municipais e não o governo federal.”

(MANDETTA, 2020)

Não menos importante, observa-se também ações com origem na centro-direita em direção à centro-esquerda, principalmente em movimentos que se autodefinem como renovação política. Em novas organizações partidárias, o Partido Novo buscou se colocar como paradigma deste movimento que encontra grande eco nas classes médias

⁴⁵<https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2020/12/1989185-aprovacao-ao-trabalho-de-bolsonaro-e-inferior-a-de-governadores-e-prefeitos.shtml>

brasileiras, mas por ora é insuficiente para se espriar por um país tão diverso e extenso como o Brasil e não está alcançando bons resultados por onde passou e não repetiram o bom desempenho em 2020⁴⁶.

Todo esse contexto político-partidário já faria das eleições municipais deste ano um fenômeno de alta complexidade, com diversas possibilidades de leituras, análises e pesquisas. A chegada do novo coronavírus e suas consequências sanitárias, com repercussões sociais, sanitárias, econômicas e políticas, torna a observação da conjuntura ainda mais árdua,mas também mais relevante tanto para os agentes quanto para os espectadores.

O que se viu foi que nos municípios com menores taxas de morte por COVID-19 a cada 100 mil habitantes, prefeitos estavam tentando se reeleger com mais frequência do que nos municípios onde houve mais mortes, sem ligação a uma possível relação entre mortes por Covid-19 e tamanho populacional⁴⁷. Contudo, diante da atual condução do governo federal diante da pandemia, os eleitores tinham uma certeza: desde as decisões sobre imposições e fiscalização de distanciamento social até a gestão de serviços de saúde, continuariam nas mãos dos prefeitos eleitos.

Seis capitais reelegeram os prefeitos no primeiro turno das eleições municipais e o atual vice comandará Salvador em 2021. Foram reeleitos os prefeitos de Belo Horizonte, Alexandre Kalil (PSD), com mais de 63%; de Curitiba, Rafael Greca (DEM), com quase 60%; de Natal, Álvaro Dias (PSDB), com 57%; de Florianópolis, Gean Loureiro (DEM), e de Campo Grande, Marquinhos Trad (PSD), ambos com cerca de 53%⁴⁸. Já no segundo, Bruno Covas (PSDB) se reelegeu em São Paulo, tendo o importante apoio do governador João Dória (PSDB), que já mira nas eleições presidenciais de 2022 (FERNANDES; TEIXEIRA, 2020).

De onde vem a força política que permite a João Dória olhar para 2022? A crise do Novo Coronavírus ajuda a entender. Desde a chegada da pandemia no Brasil o governador paulista assumiu uma postura diferente da do presidente da república e passou a ter fortes embates em ambiente público com Jair Bolsonaro. Dória passou a liderar uma frente de governadores, em alguns momentos todos 27 e em outros não menos que 25, que derrotou

⁴⁶<https://veja.abril.com.br/politica/as-dificuldades-do-partido-novo-depois-do-surpreendente-desempenho-em-2018/>

⁴⁷<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/voto-a-voto/2020/11/eleicao-na-pandemia-tem-salto-de-prefeitos-candidatos-a-reeleicao-e-risco-de-abstencao-recorde.shtml>

⁴⁸<https://www.camara.leg.br/noticias/707752-seis-capitais-reelegem-prefeitos-em-1o-turno-marcado-por-pandemia-e-abstencoes/>

o governo federal na Câmara dos Deputados, no Senado e no STF quando o assunto foi a pandemia e medidas governamentais para enfrentá-la, tais como a extensão da quarentena e o socorro econômico à população. Bolsonaro hoje vive extremo isolamento político e isso vai afetar seu papel em 2020 e certamente, se ele chegar ao final do mandato, diminuirá suas ambições para 2022. Assim, 2020 sinalizará quem sai mais forte ou mais fraco para as próximas eleições, tendo relevante espaço nos debates pré-eleições assim como o posicionamento dos políticos candidatos frente a esse enorme problema será cobrado publicamente e durante algum tempo.

Em comum, observamos que os prefeitos reeleitos adotaram a postura da chamada Política Informada por Evidências, quando um conjunto de decisões é tomada por uma autoridade pública, que considera uma análise técnica-racional para uma determinada questão e uma finalidade específica. Segue-se um procedimento formal, no contexto de um processo político intenso de confronto e articulação dos interesses, quando o uso de evidências científicas pode ser importante dentro do contexto de tomada de decisão, em que existe um esforço de várias instituições/organizações no Brasil e no mundo para facilitá-lo e qualificá-lo (CHAPMAN, 2016), como no caso da COVID-19, com toda a comunidade científica debruçada em estudos para o maior esclarecimento sobre a doença.

6 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O capítulo que aborda os procedimentos metodológicos é composto por quatro partes. A primeira é referente ao tipo do estudo e os aspectos subjetivos de sua abordagem; a segunda compõe o universo da pesquisa, onde é feita a delimitação dos participantes conforme os objetivos traçados; a terceira versa sobre a da coleta de dados e aponta os procedimentos realizados para sua produção; ao final, é apresentada a técnica de análise. Nesse item, são elencadas as práticas feitas para que os dados coletados fossem compreendidos posteriormente em forma de resultados. Os dados coletados foram armazenados sobre a formas de documentos Word, incluindo a transcrição das 14 entrevistas. Em seguida, foram transferidos para software de tratamento estatístico NVIVO 12 no qual todos os demais testes e modelagens foram executadas. E para tratamento de referências, foi utilizado o software Mendeley Desktop 1.19.4®.

Quanto ao objetivo, a pesquisa pode ser classificada como exploratória e de natureza qualitativa, segundo denominação de Collins e Hussey (2005). O estudo

exploratório e qualitativo é adequado quando situações analisadas são contemporâneas, abrangentes e complexas; o foco é maior na compreensão dos fatos e não na mensuração.

Para Flick (2009), em abordagens qualitativas as pesquisas são sempre moldadas ao longo do estudo, bem como as análises e interpretações ocorrem durante toda o processo. Assim, novas perspectivas de análises vão sendo vislumbradas, ao mesmo tempo em que a teoria e as considerações pertinentes acompanham as reflexões no decorrer da pesquisa.

Portanto, essa pesquisa se fundamenta, teórico e empiricamente, no sentido de se legitimar nos moldes dos trabalhos científicos. E em adequação ao objetivo geral desse trabalho que é **compreender, a partir dos atores e instituições, como se deu o processo de cooperação interfederativa vertical entre o Estado da Bahia e o município de Salvador durante a pandemia de COVID-19 em 2020 e identificar benefício comuns extraídos desse processo.**

Para o desenvolvimento da pesquisa, a estratégia utilizada foi através do estudo de caso, usado por pesquisadores que procuram responder a questões de como e por que certos fenômenos acontecem, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos, quando se deseja foco sobre um evento contemporâneo ou quando não se requer controle sobre o comportamento do evento, permitindo um melhor entendimento dos processos e práticas (YIN, 2006). Como situação empírica foi estudada a cooperação intergovernamental vertical entre o Estado da Bahia e o município de Salvador durante a pandemia de COVID-19 em 2020. Os atores envolvidos no processo foram os que atuaram durante a pandemia: o Governo do Estado e a Prefeitura de Salvador e seus respectivos integrantes, como os Gestores Públicos, Secretários de estado e demais peças-chave a serem identificadas durante o processo de coleta de dados. Como recomendado por Godoy (2006), para dar robustez a um estudo de caso, deve-se fazer uso de múltiplas fontes de dados.

Nesse sentido, para a compreensão do fenômeno estudado, a coleta de dados foi obtida nas seguintes fontes: a) Obtenção de dados secundários através de documentos digitais tais como produções técnicas, notícias em mídias oficiais, artigos, livros, cartilhas e instrumentos legais que trataram do caso concreto; b) Observação não participativa com anotação em diário de campo. A observação não participativa se deu com a presença da pesquisadora durante as reuniões ocorridas na sala de crise na Secretaria de Saúde do Estado, durante o período de 18/03/2020 até 31/09/2020, observando-se como os presentes se comportaram, as ações e desdobramentos desses eventos. Muitas ações para

a cooperação decorreram de temas discutidos durante essas reuniões; c) Investigação para obtenção de dados qualitativos não estruturados através de 15 entrevistas em profundidade semi-estruturadas que foram gravadas e transcritas. O recorte temporal do estudo ficou definido entre 11/03/2020, data de início do decreto de pandemia pela OMS e 03/10/2020, utilizando-se o mais recente Boletim epidemiológico do estado e os dados disponibilizados em sites institucionais.

A revisão teórica trouxe as categorias utilizadas durante a análise dos dados.

Na etapa de organização e análise dos dados foi utilizada a triangulação, buscando complementaridade entre as entrevistas, a análise documental e a observação através do diário de campo, contribuindo para que a limitação de uma técnica pudesse ser compensada pelo potencial de outra. Diante da importância da validade e da confiabilidade de uma pesquisa, Creswell (2007, p. 200) expõe oito estratégias para confirmar a exatidão dos resultados em pesquisa qualitativa: “faça uma triangulação de diferentes fontes de informações de dados”, “use conferências dos membros para determinar a precisão dos resultados”, “use descrição rica e densa para transmitir os resultados”, “esclareça os vieses que o pesquisador traz para o estudo”, “apresente informações negativas ou discrepantes que vão contra os temas”, “passe um tempo prolongado no campo”, “use interrogatório de pares para aumentar a precisão do relato”, “use um auditor externo para rever o projeto todo”.

Para melhor organização e compreensão dos dados, esses foram estruturados e definidos em categorias analíticas. Para tanto, Ary, Jacobs e Razavieh (apud Gressler, 2004) classifica as “definições” em dois tipos, a definição constitutiva e a definição operacional. A primeira trata-se daquela em que o termo é definido por outros termos que já possuem significado claro na ciência. E a segunda é aquela em que se especifica um procedimento e expõe as atividades que o pesquisador realiza para obter os dados.

Para essa organização, foi utilizado o software QSR Nvivo1.2. O uso do software ajudou devido ao grande volume de dados coletados para contribuir de forma eficiente na codificação dos elementos. Com o Nvivo1.2, empregou-se a técnicas como a nuvem de palavras, a frequência de palavras e correlação entre os discursos dos entrevistados. Desse modo, foi possível analisar de maneira mais metódica como os dados possuem representatividade sobre o assunto. Os critérios de escolha e de delimitação das categorias foram determinados pelos temas relacionados aos objetivos de pesquisa e a teoria, fundamentando-se na teoria dos *Common Pool Resources* IAD *Framework*, que serão divididos em: 1) Categorias de análise principais: variáveis externas, arena de ação,

padrões de interação e fluxo de informações entre os atores, resultados e benefícios. 2) Subcategorias: Atributos físicos, atributos da comunidade, regras em uso, situação de ação e participantes. O conjunto de categorias reunidas foi utilizado para inferência e, posteriormente, interpretação e análise, oferecendo elementos para a conclusão.

Por fim, a análise dos resultados foi realizada por meio da análise de conteúdo. Considerado um dos precursores da análise Laswell, em meados de 1915, que se utilizou da técnica nos Estados Unidos, com o intuito de identificar a postura estratégica dos demais países, para então proceder com a análise da imprensa e de propagandas. A análise de conteúdo alcançou popularidade a partir de Bardin(2011). O procedimento analítico geral envolve a criação de códigos e categorias de análise para posterior análise de uma teoria existente. A análise de conteúdo, atualmente, pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdo (verbais ou não-verbais) e vem se mostrando como uma das técnicas de análise de dados mais utilizada no campo da administração no Brasil, especialmente nas pesquisas qualitativas (SILVA; IVETE; FOSS, 2015).

Freitas, Cunha e Moscarola(1997, p. 108) pontuam que, para uma análise de conteúdo ter valor, existem alguns pré-requisitos, como: qualidade da elaboração conceitual feita a priori pelo pesquisador, da exatidão com que ela será traduzida em variáveis, do esquema de análise ou das categorias.

A condução da análise dos dados abrange várias etapas, a fim de que se possa conferir significação aos dados coletados (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSNAJDER, 2002; MINAYO et al., 2001). Tendo em vista tamanha diversidade, mas ainda assim, aproximação terminológica, optou-se por tomar como balizador, deste estudo, as etapas da técnica propostas por Bardin(2011), uma vez que, é a obra mais citada em estudos qualitativos na área de Administração. Essas etapas são organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré-análise compreenderá a leitura geral do material oriundo da transcrição das entrevistas.

Na sequência, teremos a exploração do material, que consistirá na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Nessa fase, o texto das entrevistas e de todo o material coletado, foi recortado em unidades de registro. Tomou-se, como unidades de

registro, os parágrafos de cada entrevista, assim como textos de documentos, ou anotações de diários de campo para que se obtenha a categorização.

Por fim o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa foi destinada ao tratamento dos resultados; ocorreu nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

A forma de acesso aos entrevistados foi por disponibilidade dos mesmos; o pesquisador agendou as entrevistas e coletou os dados entre os meses de novembro de 2020 e fevereiro de 2021, tendo apenas 1 entrevista sido realizada através de meio virtual, na cidade de Salvador. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos, foram transcritas na íntegra pelo pesquisador e importadas para o software NVivo12, no qual foram decodificadas e analisadas. O instrumento de coleta das entrevistas foi um roteiro semi-estruturado dividido em duas partes complementares: (1) caracterização dos entrevistados; (2) perguntas relacionadas às categorias de análise estabelecidas na teoria (vide Quadro 2).

O perfil dos entrevistados segue abaixo

Quadro 1 Perfil dos entrevistados

Participante do estado	Participante do Município	Órgão de controle
Secretário de saúde	Secretário de saúde	Promotor do MPE
Coordenador do COE	Coordenador do SAMU	
Diretora da Regulação	Diretora da Regulação	
Superintendente de RH		
Superintendente Vigilância Sanitária		
Diretora Vigilância Sanitária		
Diretora de Atenção Especializada		
Coordenador dos Núcleos Saúde		

Superintendente Assistência Farmacêutica		
Subsecretária de saúde		
Chefe de Gabinete		

Tentados contatos com a Presidente do COSEMS, Governador, Prefeito, Coordenador do COE Municipal porém por conta do agravamento da 2ª onda da pandemia no período das entrevistas, não foi possível a realização das entrevistas.

A seleção dos itens que compõem o arquivo de pesquisa procurou ser significativa, abrangendo as diversas fontes de dados para se chegar na sua saturação.

O trabalho de análise se iniciou logo após a organização do arquivo de pesquisa, quando os itens foram cautelosamente lidos e analisados. Em apoio as análises, foi utilizado o software NVivo 12 para codificar as informações e organizar os dados do arquivo. O software é utilizado em pesquisas de cunho qualitativo,

A organização no software se deu da seguinte forma: na fonte interna foi criada uma pasta contendo todo o arquivo de pesquisa, o qual foi subdividido em três pastas (documentos, entrevistas, diário de campo), assim realizando a importação dos respectivos materiais em suas pastas. Inicialmente foram criados quatro nós (Variáveis externas, Arena de ação, Padrões de interação e fluxos de informações, Resultados e benefícios) e feitas as descrições para cada nó criado. A seguir apresentamos os resultados e discussões do trabalho. Dentro da codificação, foram gerados os seguintes sub-temas

Quadro 2 Categorias e sub-temas

Variáveis externas	Arena de Ação	Padrões de Interação e Fluxos de Comunicação	Resultados e Benefícios
<ul style="list-style-type: none"> - Instituições influenciando as Decisões - Características políticas - Clareza - Objetividade - Regras 	<ul style="list-style-type: none"> - Partidos envolvidos - Importância econômica dos atores - Atores envolvidos - Reuniões - Instâncias Deliberativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilhamento de interação - Troca de informações 	<ul style="list-style-type: none"> - Benefícios gerados - Satisfação e entendimento das necessidades - Recursos alocados

--	--	--	--

Fonte: a autora com base no NVIVO 12 (2021)

Quadro 3- Categorias de análise

Categorias deAnálise					
Teoria	Categorias		Definição Constitutiva	Definição Operacional	Questões do Roteiro
Common Pool Resources e IAD Framework	C1	Variáveis externas	Elementos, ou instituições, externas aos indivíduos que influenciam o comportamento destes em uma situação de ação, bem como os processos políticos e resultados (OSTROM; GARDNER; WALKER, 1994).	Presença de instituições influenciando as decisões dos atores em uma situação de ação. Instituições essas que podem se manifestar por atributos legais, características políticas, características físicas que ensejem a necessidade de cooperação.	Apêndice A Alínea I: quest. 1; 2 e 12.
	C2	Arena de ação	É o espaço social onde há os atores que, diante uma situação de ação, tomam decisões influenciados pelos atributos e variáveis externas gerando padrões de interação e resultados/benefícios (OSTROM, 2005).	Identificação de atores (participantes), disposições para tomar decisão, interesses em jogo nas reuniões, instâncias deliberativas. Capacidades fiscais, poder econômico, dados populacionais, e filiações partidárias.	Apêndice A Alínea I: quest. 5 e 11.

	C3	Padrões de interação e fluxos de informações entre os atores	Dizem respeito às características estruturais de uma situação de ação e da conduta de compartilhamento coletivo dos participantes na estrutura final. Em situações políticas, onde as decisões são independentes, os atores fazem suas escolhas em um contexto de normas coletivamente aceitas ao invés de tentar mudar radicalmente a estrutura da situação.(POLSKI; OSTROM,1999).	Uma vez tomadas as decisões, observar se as escolhas são tomadas em um ambiente de compartilhamento e interação entre os atores. Portanto, saber se estes atores possuem, e em que medida, um grau de interação entre si; e se eles tiverem, observar também se há padrões e fluxos de informações e troca de conhecimento.	Apêndice A Alínea I: 3; 7 e 10.
	C4	Resultados e benefícios	São os próprios fins que geraram as decisões dos atores em todo o processo, desde a influência das variáveis externas até a arena de ação. Esses resultados são explicados com base em diversos tipos de critériodeavaliação. (POLSKI; OSTROM, 1999).	Demonstração dos benefícios gerados pelas decisões tomadas, destacando a conformidade com a moral, bem como o atendimento as necessidade locais e a quantidade de recursos alocados pelo impacto causado no processo final.	Apêndice A Alínea I: quest. 8.

Fonte: A Autora (adaptado deNASCIMENTO, 2012)

Quadro 4 – Subcategorias de Análise

Subcategorias de Análise					
Teoria	Subcategorias		Definição Constitutiva	Definição Operacional	Questões do Roteiro
<i>Common Pool Resources e IAD Framework</i>	C1.1	Atributos Físicos (extrínsecos)	Circunscrevem todas as características materiais dos recursos que são importantes para constituir as possibilidades práticas de ação dos atores e aos possíveis resultados. Eles interferem no volume e peculiaridade do conhecimento e informações que os atores têm para tomar suas decisões, assim, eles representam uma relevante base de fundamentos para estruturar a situação de ação (POLSKI; OSTROM, 1999).	Observação de características físicas locais exercendo influência nas decisões dos atores, tais como volume de serviços necessários, recursos compartilhados e tamanho das instalações de infraestrutura.	Apêndice A Alínea I: quest. 2.
	C1.2	Atributos da Comunidade (intrínsecos)	São aspectos culturais e normativos socialmente aceitos em uma comunidade. Eles se caracterizam por serem elementos quase imperceptíveis, por estarem inculcados nas mentes dos indivíduos e fazerem parte de seu cotidiano comum (POLSKI; OSTROM, 1999; OSTROM; GARDNER; WALKER, 1994).	Instituições coletivamente aceitas e praticadas por força cultural. Necessidades locais, exigência de solução por práticas já comumente aceitas e como os atores observam uns aos outros.	Apêndice A Alínea I: quest. 1; 3; 4; 14 e 15.

<i>Common Pool Resources e IAD Framework</i>	C1.3	Regras em uso	<p>É o conjunto de regras de trabalho que delimitam: o poder de ações dos membros e divide as responsabilidades do grupo; quais ações são permitidas e proibidas; qual a quantidade de recursos que cada membro deve dispor; quais as regras de ingresso ou exclusão dos membros; quais informações devem ou não ser facilitada; e que restrições serão aplicadas aos atores segundo suas ações. As regras sempre irão incentivar, restringir ou coibir as ações para que no final gere o resultado esperado pelo grupo (OSTROM, 1990; 2005).</p>	<p>Regras delimitadas, documentalmente ou não, que regulamente as práticas dos atores dentro do arranjo. Clareza, objetividade e ausência de ambiguidades ou dúvidas de interpretação do conjunto de regras dadas. Regras de entrada e saída de cada membro. Regras que estabeleçam o poder, posição e função de cada um; que fixe os critérios para cada incentivo, recompensa e utilização do serviço coletivo; que determine os procedimentos de compartilhamento.</p>	<p>Apêndice A Alínea I: quest. 9</p> <p>*Para esta categoria foi utilizada também análise documental.</p>
	C2.1	Situação de Ação	<p>É um espaço social no qual os indivíduos interagem com práticas, atividades e troca de bens/serviços para solucionar problemas. Para tanto, os atores precisam tomar decisões diante um plantel de diversas ações, com base em informações que possuem sobre como tais ações estão ligadas aos resultados e, conseqüentemente, aos custos e benefícios relacionados (OSTROM; GARDNER; WALKER, 1994, p. 28-29).</p>	<p>Observar as decisões diante das diversas opções e relacioná-las com as variáveis externas antes identificadas. Existência e funcionamento de instâncias para a tomada de decisão. Periodicidade de reuniões, presença e participação dos atores em tais reuniões. Presença de incentivos seletivos ou gerais que motivem ou inibam a ação. Manejo do grupo para solucionar conflitos e formar pactos.</p>	<p>Apêndice A Alínea I: quest. 5 e 12.</p>

	C2.2	Participantes (Atores)	Os membros que atuam na arena. São atores que decidem compartilhar conhecimento e informação de forma interativa e autônoma com o propósito de alcançar coletivamente os resultados almejados (POLSKI; OSTROM, 1999).	Eles se caracterizam por suas preferências, maneira de utilizar as informações, pelo dispêndio de recursos para se chegar aos resultados e critérios de selecionar a entrada ou saída de outros membros. Tamanho do grupo, assimetrias de poder entre os atores, diferenças de autonomia, capacidades fiscais, poder econômico, dados populacionais, e filiações partidárias.	Apêndice A Alínea I: quest. 6 e 13 *Para esta categoria foi utilizada também análise documental.
--	------	------------------------	---	---	---

Fonte: A Autora (adaptado de NASCIMENTO,2012)

Quadro 5– Principais características da metodologia da pesquisa

Tipo de pesquisa	Qualitativa, exploratória realizada através do estudo de caso
Técnica de coleta de dados	Entrevistas em profundidade semi estruturadas, observação não participante e análise de documentos
Principais categorias de análise	Variáveis externas, arena de ação, padrões de interação e fluxo de informações entre os atores, resultados e benefícios
Tipo de entrevista	Em profundidade, semiestruturada, com o uso de roteiro de entrevista
Forma de coleta	<p>Obtida em três fases:</p> <p>6.1.1.1.1 Primeira fase: pesquisa bibliográfica e revisão teórica, com a obtenção de dados secundários</p> <p>6.1.1.1.2 Segunda fase: observação não participativa.</p> <p>6.1.1.1.3 Terceira fase: obtenção de dados primários após a realização de entrevistas em profundidade semiestruturadas</p>
Análise de dados	Análise de conteúdo e utilização de Software Nvivo12

Fonte: elaborado pela autora (2020)

Com base nas características apresentadas acima, segue a apresentação dos resultados da pesquisa e a discussão.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a cooperação intergovernamental vertical como uma prática de ação coletiva, acredita-se que os efeitos coletivos gerados por meio dela tenham contribuído para o não esgotamento da política pública de saúde no período estudado.

A literatura define o conceito de Cooperação intergovernamental como: arranjos colaborativos, predominantemente públicos, pelos quais os governos (límitrofes ou não), agem coletivamente para tentar minimizar problemas de comum interesse e em áreas setoriais locais, problemas estes que os entes não conseguiriam resolver sozinhos ou desperdiçariam maiores recursos caso não agissem coletivamente (ABRÚCIO; FRENZENSE, 2010; ABRÚCIO; SANO, 2013; GRIN; SEGATTO; ABRUCIO, 2016; NASCIMENTO; FERNANDES, 2015; STRELEC, 2017; FERNANDES et al., 2020b)

Quando fenômenos de cooperação intergovernamental são analisados à luz das teorias de ação coletiva fica evidente que o foco central é entender os mecanismos que expliquem a cooperação e os seus benefícios coletivos gerados, especificamente, a Teoria dos Recursos Comuns (OSTROM, 1990).

A partir dos resultados dessa pesquisa, **compreendemos, a partir dos atores e instituições, como se deu o processo de cooperação interfederativa vertical entre o Estado da Bahia e o município de Salvador durante a pandemia de COVID-19 em 2020 e identificamos os benefícios comuns extraídos desse processo.**

Para isso, identificamos o momento que fez com que os atores decidissem cooperar; os principais participantes que atuaram com os atores – Governo do Estado da Bahia e Prefeitura do Município de Salvador - durante a cooperação na pandemia; c) Mapeamos com o uso do IAD *framework* a influência dos aspectos institucionais sobre os atores, bem como a cooperação e enumeramos limites e possibilidades de replicação de políticas de cooperação intergovernamental vertical na política pública de saúde.

Esses resultados validaram, ainda, o que a literatura nacional de cooperação intergovernamental e ação coletiva vem apontando (ABRÚCIO; FRENZENSE, 2010; ABRÚCIO; SANO, 2013; MACHADO; ANDRADE, 2014; GRIN; SEGATTO; ABRUCIO, 2016; NASCIMENTO; FERNANDES, 2015; STRELEC, 2017; FERNANDES et al., 2020b).

A análise exploratória de todas as entrevistas durante consulta de frequência de palavras em todos os textos transcritos (500 palavras mais frequentes, com 5 letras,

Padrões de Interação e Fluxo de comunicações	Reuniões, momento, ações	Troca de informações, interação, Compartilhamento,
Arena de Ação	Partidos, reuniões, secretários, Governador, Prefeito	Reuniões, Partidos envolvidos, Órgãos de Controle, Instâncias deliberativas, Importância econômica dos atores, Consensos, Atores envolvidos

Quadro 2 Elaborado pela autora com base no Nvivo 12. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.

Nas subseções seguintes foram descritos os resultados encontrados, bem como a discussão dos mesmos frente à literatura da área, por variável.

8.1 Variáveis externas

De acordo com a teoria estudada, a variável “Variáveis externas” têm como definição operacional: “Presença de instituições influenciando as decisões dos atores em uma situação de ação. Instituições essas que podem se manifestar por atributos legais, características políticas, características físicas que ensejem a necessidade de cooperação.”

Na análise exploratória inicial durante consulta de frequência de palavras em todos os textos transcritos (500 palavras mais frequentes, com 5 letras, excluindo-se as palavras impedidas) identificou-se que os 10 termos mais frequentes foram: município (n = 167), Estado (n = 163), saúde (n = 89), Salvador (n = 78), momento (n = 65), municípios (n = 64), reuniões (n = 62), pandemia (n = 60), leitos (n = 53) e poder (n = 51) (Figura 5).

8.2 Resultados e benefícios

De acordo com a teoria estudada, a variável “Resultados e benefícios” têm como definição operacional: “Demonstração dos benefícios gerados pelas decisões tomadas, destacando a conformidade com a moral, bem como o atendimento a necessidade locais e a quantidade de recursos alocados pelo impacto causado no processo final.”

Na análise exploratória inicial durante consulta de frequência de palavras em todos os textos transcritos (500 palavras mais frequentes, com 5 letras, excluindo-se as palavras impedidas) identificou-se que os 10 termos mais frequentes foram: Estado (n = 199), município (n = 194), Salvador (n = 105), reuniões (n = 92), saúde (n = 91), população (n = 70), pandemia (n = 67), momento (n = 66), municípios (n = 58) e leitos (n = 54) (Figura 6)



No caso em estudo, percebe-se que a ocorrência da ação coletiva foi propiciada para que não ocorresse o esgotamento da política pública de saúde, o que seria o estímulo e não o benefício obtido, com isso gerando como saldo a existência de leitos e capacidade de atendimento da população durante a pandemia, no período estudado. A percepção da efetividade na execução da política pública através da ação coletiva a deixa como case de sucesso e com grande possibilidade de replicações em outras estratégias da saúde, como

compartilhamento de centro de saúde especializados, exames de alta complexidade, atendimento por profissionais especialistas escassos, etc.

Também observa-se, nas entrevistas e através da frequência de palavras, o momento para a tomada de decisão pelos atores para a ocorrência da ação coletiva, no início da pandemia, com a percepção de que uma ação descoordenada e individualizada não traria os benefícios desejados pelos atores.

8.3 Padrões de interação e fluxo de comunicações

De acordo com a teoria estudada, a variável “Padrões de interação e fluxo de comunicações” têm como definição operacional: “Uma vez tomadas as decisões, observar se as escolhas são tomadas em um ambiente de compartilhamento e interação entre os atores. Portanto, saber se estes atores possuem, e em que medida, um grau de interação entre si; e se eles tiverem, observar também se há padrões e fluxos de informações e troca de conhecimento.”

Na análise exploratória inicial durante consulta de frequência de palavras em todos os textos transcritos (500 palavras mais frequentes, com 5 letras, excluindo-se as palavras impedidas) identificou-se que os 10 termos mais frequentes foram: Estado (n = 158), município (n = 148), saúde (n = 106), reuniões (n = 102), secretaria (n = 72), momento (n = 61), pandemia (n = 60), Salvador (n = 54), estadual (n = 47) e ações (n = 44) (Figura 7).

8.4 Arena de ação

De acordo com a teoria estudada, a variável “Arena de ação têm como definição operacional: “Identificação de atores (participantes), disposições para tomar decisão, interesses em jogo nas reuniões, instâncias deliberativas. Capacidades fiscais, poder econômico, dados populacionais, e filiações partidárias.”

Na análise exploratória inicial durante consulta de frequência de palavras em todos os textos transcritos (500 palavras mais frequentes, com 5 letras, excluindo-se as palavras impedidas) identificou-se que os 10 termos mais frequentes foram: Estado (n = 172), município (n = 164), saúde reuniões (n = 108), saúde (n = 107), municípios (n = 80), pandemia (n = 73), (n = 60), Salvador (n = 61), estadual (n = 56) e momento (n = 55) (Figura 8).



Nesse tópico, as palavras presentes e os discursos dos entrevistados demonstraram um alto grau de percepção da importância das decisões terem sido tomadas em prol da população, independentemente dos partidos políticos aos quais pertencem o Governo (PT) e a Prefeitura (DEM), assim como a importância do poder econômico do Estado, da capacidade de articular ações pelo município, da importância das tomadas de decisões entre os atores, enfim, todas as estratégias para a ocorrência da ação coletiva e seus desdobramentos.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cooperação interfederativa, no contexto de uma crise sanitária nunca antes vista, guarda certa complexidade, devido a multiplicidade de interesses de cada um dos entes governamentais, levando-nos a estimar que os efeitos de uma política implementada nesses contextos fosse desafiador e ao mesmo tempo urgente diante de em uma nova realidade com problemas comuns.

Portanto, admite-se que em certos arranjos colaborativos intergovernamentais, os atores possam ser protagonistas em tomar iniciativas de cooperar ou não, mas dentro de um arcabouço institucional que exerça uma pressão para a ação coletiva, com o intuito de obtenção de benefícios comuns. Assim, não cabe afirmar que ou o estado ou o voluntarismo entre os atores, podem, isoladamente, atingir e manter relações cooperativas. Mas um conjunto de elementos institucionais interagindo entre si e exercendo influência sobre esses atores.

A prática de consorciamento intermunicipal (uma das formas mais frequentes de cooperação intergovernamental) ganhou estabilidade jurídica com a Lei 11.107/2005, e após a promulgação do Decreto 6.017/2007, e esses arranjos foram se consolidando no Brasil, principalmente no setor da saúde. Estudos já mencionados anteriormente já atestaram a relevância desse fenômeno no meio científico, mas esses estudos sobressaem-se em metodologias descritivas, pouco considerando a participação de atores e instituições, amparadas na CPRs.

A premissa da Teoria dos Recursos Comuns, de que elementos institucionais influenciam a cooperação dos atores em arranjos colaborativos foi comprovada por essa pesquisa, que, para tanto, identificou as instituições externas e internas e as relacionou com as práticas dos atores, assim como foi aplicado o *IAD Framework* postulado por Ostrom.

É bem verdade que o Brasil deu um importante passo no sentido da cooperação federativa descentralizada com a criação do Sistema Único de Saúde, que vem sendo testado como nunca no enfrentamento desta pandemia.

De todas as maneiras, seja por meio de uma agenda propositiva de iniciativas regionais seja pelo confronto federativo, a pandemia colocou em evidência a importância do pacto político e administrativo entre as três esferas de governo. As unidades

municipais, por estarem mais próximas dos cidadãos, parecem estar funcionando de modo mais eficaz como caixas de ressonância das necessidades prioritárias das comunidades. Prefeitos e secretários estão descobrindo que ao agir buscando a unidade no plano regional é mais fácil encontrar soluções mais adequadas para problemas comuns.

Os problemas decorrentes da polarização e da fragmentação do sistema partidário brasileiro se somam às demandas por uma maior descentralização e capilaridade do sistema federativo que ainda é muito marcado por tensões entre presidente, governadores e prefeitos em lugar da cooperação. A chegada da COVID-19 demandou respostas imediatas do sistema de saúde a esta pandemia, o que também agravou profundamente as divisões. Destacam-se neste cenário os conflitos da Presidência da República com os governadores dos estados mais importantes do país, pela oposição às medidas de isolamento e pelas perspectivas de futuros embates político-eleitorais, e as mudanças no comando do Ministério da Saúde durante a emergência sanitária.

Na gestão e na formulação de políticas, geralmente, os gestores dispõem de dados empíricos e de nenhuma ou de poucas evidências científicas para realmente identificar e analisar os impactos de uma política, ação ou programa de saúde, mas devem, ainda assim, tomar decisões. Já na prática clínica, as evidências insuficientes são menos comum do que na gestão, em virtude da vasta quantidade de literatura e das diversas fontes de informação disponíveis. O desafio é, nesse caso, entre todo o material disponível, selecionar e sintetizar as melhores evidências, o que tem sido feito pelos gestores que apresentam melhores resultados e atuam de forma coordenada e cooperativa, como no caso Bahia-Salvador.

Os cortes orçamentários nessa área comprometem o desenvolvimento econômico e social de um país, com implicações diretas na garantia de acesso à saúde e na sustentabilidade do sistema. Efeitos sentidos tanto no custeio e habilitação de leitos de UTI quanto na aquisição de enormes quantidades de EPIs, insumos e medicações, no período.

Além disso, a COVID-19 interfere nas preferências do eleitorado, dado o estado de conflito político estabelecido entre o Presidente com os Governadores e Prefeitos de Capitais, que sofrem mais com casos confirmados de contágio e óbitos acumulados como foi visto ao longo do texto. Nesse sentido, os Prefeitos de capitais e Governadores se elevam em popularidade diante do eleitorado e qualquer liderança municipal ou estadual que se mostre minimamente sensível ao problema de contágio do vírus ante a uma superlotação de leitos de UTI do SUS nos hospitais públicos e privados das capitais.

A COVID-19 parece funcionar como uma espécie de fiel da balança, quem se comportar e deixar o melhor legado em termos de cuidado à população, terá se saído bem. LIÇÕES no enfrentamento pandemia e as ações coletivas:

O primeiro é que a cooperação de serviços no sistema de saúde e em outros setores amplificam a capacidade de absorção e adaptação das demandas. A segunda é que a divulgação de notícias falsas e desinformação constitui um importante problema não resolvido, a despeito do alinhamento entre as mensagens passadas pelo Governador e Prefeito locais. Finalmente, a confiança dos pacientes, cuidados de saúde profissionais e a sociedade como um todo no governo é de extrema importância para enfrentar as crises de saúde.

Essa pesquisa traz uma contribuição importante para os estudos do tema, considerando-se a possibilidade de uma nova pandemia, ou surtos epidêmicos em diversas regiões do país, sendo fundamental o aperfeiçoamento das regras de financiamento do SUS na formulação de políticas públicas de saúde. O total de gastos em saúde pública no Brasil cresceu relativamente pouco em termos reais, além de o repasse per capita para a maior parte dos municípios brasileiros ser relativamente pequeno, priorizando-se os municípios mais ricos. Considerando as portarias já publicadas, a habilitação de leitos de UTI e o incentivo destinado à ampliação de horário para atendimento nas USFs, evidenciou-se a priorização dos recursos para Atenção Básica e Especializada. Já as demais portarias de apoio financeiro foram destinadas a ações e serviços públicos de saúde para enfrentamento da COVID-19, permitindo maior liberdade de ação aos entes subnacionais, apesar dos impedimentos da categoria de despesa existente, possibilitando a autonomia da gestão local para atender às demandas existentes. Também foram muito relevantes as emendas parlamentares, muito embora uma parte considerável de municípios não tenha recebido recursos por critérios eminentemente políticos.

O que se viu é que a cooperação entre o estado da Bahia e o Município de Salvador era considerada politicamente improvável, contudo evidenciou-se institucionalmente exitosa.

Ainda na linha de identificação de instituições/estruturas de controle, não foi observada a atuação de organizações sociais, sindicatos, associações e participação popular (ainda que seja para afirmar a ausência nesse processo) considerando, sobretudo, a força que este segmento tradicionalmente constituiu no campo da saúde no processo de institucionalização do SUS.

No mais, é possível concluir, julgando a premissa e o objetivo geral dessa pesquisa, que os fatores do CPRs estão relacionados com a ocorrência da ação coletiva e os efeitos da política pública. E nessa pesquisa, conforme foi exaustivamente comentado, a cooperação ocorreu através da ação coletiva e foram obtidos benefícios comuns no processo.

Assim, pioneiramente, esse estudo demonstra os ganhos coletivos gerados pela ocorrência da ação coletiva e cooperação intergovernamental vertical e se alinha com a literatura internacional. Nesse sentido, essa prática de cooperação tem respaldo científico para ser cada vez mais incentivada por meio de políticas governamentais interfederativas. Em suma, as contribuições dessa dissertação indicam que a implementação de políticas de saúde pode ter efeitos positivos quando ocorre por meio de cooperação entre os atores, logo, o desenho de tais políticas merece reflexões no sentido de incentivar práticas de ação coletiva intergovernamental.

Além disso, a pesquisa contribui para confirmar uma das proposições teóricas de Ostrom (2005), quando ela afirma que um dos critérios que incentiva a cooperação é a percepção dos resultados e benefícios frutos das decisões dos atores em interação, ao demonstrar os ganhos coletivos reforça os postulados de Ostrom (2005).

Um importante limitador desta pesquisa é o ineditismo da pandemia. São raros os estudos voltados à apreensão das necessidades de cooperação para o atendimento de serviços de saúde quando há expressivo aumento da demanda, como o que ocorre numa pandemia. Além disso, a doença ainda é um fenômeno novo, cujos efeitos devem ser sentidos por muito tempo no SUS. Desse modo, é preciso que novos estudos sejam feitos, avaliando as medidas tomadas, sobre a longevidade das práticas cooperativas, dentre outros.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F.; HIRONOBU, S.; SYDOW, C. **Governança das metrópoles: conceitos, experiências e perspectivas**. Annablume ed. São Paulo: [s.n.].

ABRUCIO, F. L. et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista : um caso de descoordenação intergovernamental. v. 54, n. 4, p. 663–677, 2020.

ABRÚCIO, F. L.; FRENZENSE, C. Federalismo e Políticas Públicas: o Impacto das Relações Intergovernamentais no Brasil. **Burocracia e política no Brasil**, n. July, p. 27–71, 2010.

ABRUCIO, F. L.; HIRONOBU, S.; SYDOW, C. T. RADIOGRAFIA DO ASSOCIATIVISMO TERRITORIAL BRASILEIRO:TENDÊNCIAS, DESAFIOS E IMPACTOS SOBREAS REGIÕES METROPOLITANAS. In: [s.l: s.n.].

ABRUCIO, F. L.; SOARES, M. M. **Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. 1. ed. São Paulo,: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

ABRÚCIO, F.; SANO, H. **ASSOCIATIVISMO INTERGOVERNAMENTAL: EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS**. IABS ed. Brasília: [s.n.].

ABRUCIO, L. F.; SANO, H. **A experiência de cooperação interestadual no Brasil: formas de atuação e seus desafios**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <www.nga.org>.

ADHANOM, T. **WHO Director-General’s statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. Disponível em: <[https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. Acesso em: 27 set. 2020.

AGRANOFF, R. Managing within the Matrix: Do Collaborative Intergovernmental Relations Exist? v. 31, n. 2, p. 31–56, 2001.

ALVES-MAZZOTTI, A.; GEWANDSNAJDER, F. **O Método Nas Ciências Naturais E Sociais** . 2. ed. São Paulo: Pioneira , 2002.

AMARAL, S. M. S. DO; BLATT, C. R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **vista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 799–801, 2011.

ANDERSON, R. M. et al. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, n. 10228, p. 931–934, mar. 2020.

BAPTISTA, T. W. DE F. et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2267–2279, dez. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 1. ed. [s.l.] Almedina, 2011.

BEL, G.; FAGEDA, X.; MUR, M. Does Cooperation Reduce Service Delivery Costs? Evidence from Residential Solid Waste Services. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 24, n. 1, p. 85–107, jan. 2014.

BRITO, A. S. Uma proposta metodológica para análise política e institucional de

consórcios públicos como espaços de gestão compartilhada de políticas. **Revista do Serviço Público**, v. 69, n. 3, p. 631–654, 12 nov. 2018.

BUSS, P. M. A IX Conferência Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 3, p. 297–300, set. 1991.

CALDAS, E. **Formação de Agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais**. São Paulo: [s.n.].

CARNEIRO, J. M. B.; PITTA, I. Eleições municipais e COVID-19: a conjuntura política antes e depois da chegada do coronavírus no Brasil. In: **Cadernos Adenauer XXI (2020) nº2**. Konrad Ade ed. [s.l: s.n.]. p. 11–28.

CARVALHO, M. L. DE; XAVIER, T. DOS S.; PINTO, F. L. B. TRAJETÓRIA DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS BAIANOS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA UMA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL. **IX CONGRESSO CONSAD**, jun. 2016.

CHAPMAN, E. Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas. **Políticas de Saúde Informadas por Evidências**, p. 7–17, 2016.

CHEN, Y.-C.; LEE, J. Collaborative data networks for public service: governance, management, and performance. **Public Management Review**, v. 20, n. 5, p. 672–690, 4 maio 2018.

CLEMENTINO, M. DO L. M. A atualidade e o ineditismo do Consórcio Nordeste. **Boletim Regional, Urbano E Ambiental**, v. 21, n. jul.-dez, p. 165–174, 2019.

COHN, A. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4290843/mod_resource/content/1/23-COHN.pdf>.

COLLINS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração, um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CRESWELL, J. W. . **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, R. E. DA. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, v. 55, n. 3, p. 5–36, 20 fev. 2014.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. DE C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 210–225, mar. 2015.

DALLABRIDA, V. R. Desenvolvimento e governança territorial: um ensaio
Desenvolvimento e governança territorial: um ensaio preliminar sobre a necessidade da regulação no processo de gestão do desenvolvimento . **Redes**, v. 15, n. 3, p. 165–186, 2010.

DI PORTO, E.; PATY, S. Cooperation among Local Governments to Deliver Public Services. **Politics & Policy**, v. 46, n. 5, p. 790–820, 2018.

- DIEGUEZ, R. C. Consórcios intermunicipais em foco: debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **CADERNOS do DESENVOLVIMENTO**, v. 6, n. 9, p. 291–319, 2011.
- FEIOCK, R. C. Rational Choice and Regional Governance. **Journal of Urban Affairs**, v. 29, n. 1, p. 47–63, 1 fev. 2007.
- FERNANDES, A. S. A. et al. An analysis of intermunicipal consortia to provide waste services based on institutional collective action. v. 54, n. June, p. 501–523, 2020a.
- FERNANDES, A. S. A. et al. Uma análise dos consórcios intermunicipais para serviços de tratamento de resíduos sólidos a partir da ação coletiva institucional. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 3, p. 501–523, jun. 2020b.
- FERNANDES, A. S. A.; TEIXEIRA, M. A. C. As coligações nas eleições de prefeitos nas capitais brasileiras: cenários para 2020 e impactos para 2022. **Cadernos ADENAUER XXI**, v. 2, p. 209–236, 2020.
- FERNANDES, G. A. DE A. L.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595–613, ago. 2020.
- FERRAES, A. M. B.; CORDONI JR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. 3, p. 475–486, 2007.
- FLAXMAN, S. et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. **Nature**, v. 584, n. 7820, p. 257–261, 13 ago. 2020.
- FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325–338, jan. 2020.
- FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.
- GALINDO, J. M. et al. Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1545–1566, 2014.
- GODOI, C. K. ET AL (ORG. . **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- GRIN, E. J. Descentralização, relações intergovernamentais em países federalistas: uma revisão do debate na literatura. **Revista bibliográfica de geografia y ciencias sociales**, v. XXI, n. 1167, 2016.
- GRIN, E. J.; SEGATTO, C. I.; ABRUCIO, F. L. **El Asociativismo Intermunicipal en BRASIL** Asociación Municipal de Chile y Universidad Tecnológica Metropolitana, , 2016.
- H, F.; M, C. J.; J, M. Aplicação de sistema de software. **Revista de Administração**, v. 3, n. 32, p. 97–109, 1997.
- HARDIN, G. The Tragedy of the Commons. **Science**, v. 162, n. 3859, p. 1243–1248, 1968.

JULIÃO, K. S.; OLIVIERI, C. Cooperação intergovernamental na política de saúde : a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará , Brasil Intergovernmental cooperation in health policy : the experience with vertical public consortia in Ceará State , Brazil Cooperación inter. v. 36, n. 3, p. 1–12, 2020.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S. DE; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 948–961, dez. 2015.

LEGIDO-QUIGLEY, H. et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 848–850, mar. 2020.

LIMA, L. D. DE. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 511–522, abr. 2007.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 695–720, 2014.

MANDETTA, L. H. **Um Paciente Chamado Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

MARQUES, R. M. Notas Exploratórias Sobre As Razões Do Subfinanciamento Estrutural Do Sus. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 0, n. 49, 2017.

MINAYO, M. C. DE S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Coleciona SUS ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NASCIMENTO, A. B. M. **Cooperação Intermunicipal no Brasil: os efeitos dos consórcios públicos de saúde à luz do Institutional CollectiveAction**. [s.l: s.n.].

NASCIMENTO, A. B. M.; FERNANDES, A. S. A. CONSÓRCIOS PÚBLICOS EM REGIÕES METROPOLITANAS: o CONDIAM-PB as relações de cooperação em João Pessoa-PB. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, p. 1–19, 2015.

NASCIMENTO, A. B. F. M. DO. **Relações de Cooperação em Consórcios Públicos de Regiões Metropolitanas: análises do CONDIAM/PB e Consórcio Grande RecifeNatal**, 2012. Disponível em:
<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/12207/1/AlexBFMN_DISSERT.pdf>

NEUMANN, J. VON; MORGENSTERN, O. **Theory of games and economic behavior (cap. 1)**. New Jersey: Princeton University Press, 1944.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde : estudo de caso exitoso Health consortia : a case study of best practices. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2207–2217, 2006.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JR., L.; COSTA, N. DO R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 29–38, fev. 2005.

O Planejamento Participativo Anual - Bahia. SalvadorGOVERNO DA BAHIA, , 2015. Disponível em:
<http://www.seplan.ba.gov.br/arquivos/File/ppa/PPA2016_2019/2_PPA_Participativo_

v3.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020

OLSON, M. **The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups**. 1. ed. [s.l.] Harvard University Press, 1967.

OSTROM, E. **The Evolution of Institutions for Collective Action**. 1. ed. Cambridge: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, 1990.

OSTROM, E. **Understanding institutional diversity**. New Jersey: Princeton University Press, 2005.

OSTROM, E. et al. **Trabalho em parceria: ação coletiva, bens comuns e múltiplos métodos**. São Paulo: SENAC, 2011.

OSTROM, E.; GARDNER, R.; WALKER, J. **Rules, Games, and Common-Pool Resources**. Michigan: The University of Michigan Press, 1994.

PEREIRA, B. L. S.; OLIVEIRA JUNIOR, A. C. R. DE; FALEIROS, D. R. Ordinance 3992/2017: challenges and advances for resource management in the Brazilian Unified Health System (SUS). **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 58, 23 jul. 2019.

PEREIRA, C. G. O JOGO ENTRE ELITES E INSTITUIÇÕES: as estratégias políticas de ACM Neto e a tradição carlista. **Caderno CRH**, v. 30, n. 80, p. 237–255, 2017.

POLSKI, M. M.; OSTROM, E. **And Institutional Framework for Policy Analysis and Design. Workshop in Political Theory and Policy Analysis**. Indiana: Indiana University, 1999.

RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. DA. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 296–306, jan. 2018.

RIBEIRO, W. A.; LOSADA, P. R. Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. In: CHAVES, R. (Ed.). 1. ed. São: Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 42–55.

ROCHA, C. V. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cadernos MetrÓpole**, v. 18, n. 36, p. 377–399, dez. 2016.

ROCHA, C. V.; FARIA, C. A. P. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. **CADERNOS METRÓPOLE**, n. 11, p. 73–105, 2004.

S, W. D. **Para entender las relaciones intergubernamentales**. 1. ed. [s.l.] Fondo de Cultura Económica, 1997.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2043–2050, jun. 2018.

SILVA, A. H.; IVETE, M.; FOSS, T. Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos. **Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos**, v. 16, n. 1, p. 1–14, 2015.

STOKER, G. Public Value Management A New Narrative for Networked Governance? **American Review of Public Administration - AMER REV PUBLIC ADM**, v. 36, p. 41–57, 2006.

STRELEC, T. C. **Relações intergovernamentais no contexto educacional brasileiro : um estudo a partir dos acordos de cooperação nas políticas públicas em educação.** [s.l: s.n.].

TEIXEIRA, M. A. C. et al. The Brazilian Government's Inaction Policy in the face of the COVID-19 pandemic: Federative uncoordination, insufficient financial resources and political crisis. **GIGAPP Estudos Working Papers**, v. 7, n. 184, p. 533–554, 2020.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92–106, 2008.

WALKER, P. G. ET AL. The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression. **Imperial College COVID-19 Response Team**, p. 1–19, 2020.

YIN, R. K. **Estudo de Caso Planejamento e Métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA

Parte I – Identificação

Instituição: (nome? Qual vínculo empregatício?)

Tempo na Instituição: Cargo:

Participou em que fase da política: Início? Atualmente?
Quanto Tempo esteve ligado ao processo:

Que área atuava? Saúde () Direito () Administração () Outra () Qual?

Qual secretaria atuava na época da ocorrência da política? SAEB () SESAB () Casa Civil ()
Outra () Qual?

Parte II – Roteiro Padrão para Entrevistas

1. Como o Senhor (a) avalia a importância da cooperação frente à pandemia? Como a cooperação afeta as decisões e estratégias? E qual a importância dessa cooperação para o Estado? Município?
2. Qual a importância de as decisões oriundas da cooperação não estarem restrita apenas à área da saúde?
3. O Estado / Município possui algum grau de implementação de políticas cooperativas?
4. Como você vê a experiência do Estado / Município com cooperação?
5. Como o Sr (a) classifica a participação dos atores nas reuniões e na tomada de decisão?
6. Como o Sr (a) avalia as quotas de participação de cada Ente?
7. Como foram compartilhadas as informações aos atores antes da tomada de decisão nas reuniões?
8. Que pontos você considera como positivos e negativos em se consorciar para enfrentar problemas dessa magnitude?
9. De que forma as regras e normas asseguraram uma gestão cooperativa entre os membros? E a estrutura organizacional é desenhada de forma que os membros tenham o mesmo poder de decisão? Há possibilidades de se criar ou alterar as regras instituídas?
10. Existem outras formas de comunicação e interação entre os membros além das reuniões? Como você avalia a relação entre os atores?
11. Como são tomadas as decisões e, portanto, trabalhados os conflitos de

- interesses entre os atores e de que forma se chegou em consensos?
12. De que forma as características regionais, políticas, de infraestrutura e sanitárias influenciam positiva ou negativamente na cooperação?
 13. O Sr. percebe que mesmo com a cooperação prezou-se pela autonomia de cada Ente? Ou seja, foi assegurada a participação e direito de voz?
 14. Como o Sr. avalia a problemática do enfrentamento da pandemia pelos atores envolvidos (Estado e Município?)
 15. Na sua opinião, como a sociedade avalia a cooperação e suas ações?