

MAPEAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL: ALGUNS APONTAMENTOS EM VISTA DA CRISE SANITÁRIA DA COVID-19¹

Felix Garcia Lopez²

Pedro Lucas de Moura Palotti³

Sheila Cristina Tolentino Barbosa⁴

Natália Massaco Koga⁵

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo apresentar dados que contribuam para a análise da capacidade do Estado brasileiro no enfrentamento da pandemia do vírus da Covid-19. O enfoque definido para o estudo foi examinar a distribuição estadual de algumas das principais categorias de profissionais da área da saúde em território nacional. Partindo de dados de vínculos de trabalho e de pessoas nas ocupações de médicos, enfermeiros e agentes de saúde extraídos das séries anuais da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério da Economia (RAIS/ME), na versão aprimorada pelo Atlas do Estado Brasileiro,⁶ o estudo apresenta um retrato de assimetria na distribuição dessa força de trabalho entre os estados da Federação, assim como de ocupação entre os setores público e privado, com e sem fins lucrativos.

Além desta breve introdução, o texto se desdobrará em mais três seções. A seguir, será realizada uma discussão sobre capacidades estatais e sua interseção com o debate sobre a burocracia de nível de rua, uma vez que será dado enfoque à disponibilidade dessa burocracia para lidar com a crise sanitária da Covid-19. A seção abordará ainda, em linhas gerais, a construção institucional do SUS nos últimos trinta anos. A terceira seção fará uma breve síntese dos desafios apresentados pela crise sanitária e discutirá os dados acerca da disponibilidade dos profissionais de saúde nos estados brasileiros. Por fim, serão feitas algumas considerações finais e recomendações de políticas públicas.

2 CAPACIDADES ESTATAIS, BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA E O SUS

2.1 Definição de capacidades estatais e da burocracia de nível de rua

Políticas públicas constituem o cerne da ação governamental, pois definem o escopo da atuação direta ou indireta do Estado. Tão relevante quanto os elementos que constituem a política, contudo, são as capacidades estatais para levar a cabo essas decisões, especialmente em momentos de crise, como a atual pandemia da Covid-19. Em grande medida, “os resultados da ação do Estado podem ser explicados

1. Este artigo foi publicado originalmente como *Nota Técnica* nº 30. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200403_nota_tecnica_diest_30.pdf>.

2. Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea.

3. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diest/Ipea.

4. Professora do departamento de gestão de políticas públicas da Universidade de Brasília (UnB); e especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diest/Ipea.

5. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diest/Ipea.

6. A Portaria nº 369, de 31 de março de 2020, obriga uma série bastante mais ampla de categorias profissionais a se inscrever, realizar capacitação e ficar disponível como força de trabalho para atuação em serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) para responder à situação emergencial decorrente da Covid-19. A despeito dessa conceituação mais ampla adotada pelo governo, nesta análise serão considerados apenas médicos, enfermeiros e agentes de saúde.

pela capacidade estatal” (Gomide, Pereira e Machado, 2018, p. 93), que constrange as alternativas de implementação de soluções para enfrentar a crise e as possibilidades de êxito nos resultados. Desse modo, as definições contidas no desenho da política demandam dos governos esforços de gestão no sentido de prover a capacidade necessária para implementá-la.

As capacidades estatais abrangem as condições institucionais e organizacionais da implementação de políticas públicas, em especial as destinadas à entrega de bens e serviços à sociedade por meio de atendimento direto aos cidadãos. Na dimensão técnico-administrativa, referem-se “à existência e funcionamento de burocracias competentes e profissionalizadas, dotadas dos recursos organizacionais, financeiros e tecnológicos necessários para conduzir as ações de governo de forma coordenada” (Pires e Gomide, 2016, p. 127). Na dimensão político-relacional, o conceito diz respeito às “habilidades e procedimentos de inclusão dos múltiplos atores (sociais, econômicos e políticos) de forma articulada nos processos de políticas públicas, visando à construção de consensos mínimos e coalizões de suporte aos planos, programas e projetos governamentais” (*idem, ibidem*).

Assim, a discussão de capacidades estatais perpassa tanto os arranjos institucionais quanto as condições materiais nas quais se desenvolverá a ação governamental, em que se destaca o grau de profissionalização da burocracia (Cavalcanti, Lotta e Pires, 2018; Souza, 2015). Nesse aspecto, a gestão da força de trabalho no setor público é particularmente desafiadora, devido à rigidez dos arranjos institucionais aos quais está submetida, às limitações orçamentárias, à inflexibilidade das políticas de remuneração e à oferta, tempestiva, de mão de obra capacitada. Adicionalmente, em setores como o da saúde pública, é necessário contar com um sistema de serviço público cuja capacidade instalada apresente custo-benefício adequado a situações de normalidade, bem como possa responder a momentos de crise, nos quais a sobrecarga no sistema é uma possibilidade real.

Parte dessa burocracia, majoritária, é constituída por servidores e empregados públicos que operam na linha de frente do atendimento ao público, interagem diretamente com os cidadãos na execução de seu trabalho, burocratas do nível de rua (Lipsky, 2019). A realidade da gestão da burocracia do nível de rua ganha mais complexidade à medida que cresce o número de atores com poder de veto e diferentes níveis de discricionariedade no processo de implementação de políticas públicas, com impactos sobre a própria capacidade estatal. Nesse sentido, Pires e Gomide (2016) salientam que a governança é uma dimensão crucial nas capacidades do Estado, em especial na forma de relacionamento entre organizações do setor público, do setor privado e das organizações da sociedade civil, para alcançar objetivos de políticas públicas. No caso da atual pandemia, em que a urgência é um parâmetro essencial nas alternativas a adotar, a governança assume ainda maior protagonismo.

Desse modo, torna-se fundamental conceber uma estratégia de gestão da força de trabalho, pois sua ausência pode resultar em *deficit* de uma burocracia profissionalizada e especializada, sob o risco de limitar o acesso a cuidados ou aumentar o tempo médio de atendimento, o que torna relevante esforços de análise para prever fluxos e estoques de mão de obra. De acordo com Cunha *et al.* (2018, p. 33) seria preciso “uma avaliação sistemática do conteúdo e da composição da força de trabalho, para determinar quais são as ações necessárias para responder às demandas atuais e futuras a fim de alcançar metas e objetivos”.

Com o intuito de fornecer uma visão geral do sistema de saúde nacional no que se refere a sua capacidade técnico-administrativa, as próximas seções deste artigo descrevem e analisam a organização político-institucional, bem como a composição, a distribuição e a densidade de categorias profissionais que formam a burocracia do nível de rua no setor de saúde no Brasil em anos recentes.

2.2 Organização político-institucional do SUS: pactuações intergovernamentais, coordenação, atuação integrada e desafios de sua implementação nos últimos trinta anos

O SUS foi previsto pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) como resultado da atuação conjunta de atores sociais e políticos que convergiram em um projeto para universalizar o acesso e promover a atenção à saúde para todos os brasileiros. Em sua concepção, foi idealizado como um sistema descentralizado, cabendo aos três níveis da Federação compromissos com a organização e o funcionamento dessa política pública.

Ao longo dos últimos trinta anos houve avanço na organização do sistema, por meio da definição de medidas normativas e de gestão governamental. O governo federal praticamente deixou de prestar serviços de forma direta para assumir o papel de coordenador e regulador do sistema. Assim, foram criados espaços de gestão compartilhada da política: a Comissão Intergestores Tripartite (com participação da União, de estados e municípios) e Bipartite (somente com estados e municípios), além da divisão dos territórios em 436 regiões de saúde. De acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, uma região de saúde configura-se por um

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011).

Assim como em outras políticas públicas, em particular nas políticas sociais, o SUS se utiliza de ferramentas gerenciais com o intuito de promover a cooperação intergovernamental. Uma delas se refere à transferência condicionada de recursos governamentais, mecanismo comumente utilizado pela União para induzir a implementação de novos programas e serviços públicos pelos entes subnacionais, particularmente os municípios. Comparativamente, em políticas na área de saúde, os municípios se consorciam com maior frequência, para lidar com problemas de escala, com os elevados custos da assistência médico-hospitalar e evitar as transferências de ônus de um ente federado para outro, o assim chamado *comportamento carona*.

Quanto ao financiamento, a alocação de recursos é considerada insuficiente. Atualmente há obrigação da aplicação mínima de recursos públicos pelos entes federados, com distribuição de 15% para os municípios e 12% para os estados; até 2016, o gasto federal era reajustado anualmente pelo crescimento do produto interno bruto (PIB). Não obstante a exigência de aplicação mínima, desde 2000, o gasto orçamentário do sistema público é menor que o dispêndio no sistema privado: 44% *versus* 56% (Castro, Massuda e Almeida, 2019). Essa disparidade é significativa quando consideramos que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes a instituir um sistema público universal de saúde (Giovanella *et al.*, 2018). Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em janeiro de 2020, somente 24% da população brasileira era coberta por planos de saúde.⁷

3 CAPACIDADES ESTATAIS FEDERATIVAS PARA LIDAR COM A CRISE SANITÁRIA

3.1 Contextualização da crise sanitária atual e algumas de suas implicações para os sistemas de saúde público ou privado

A crise sanitária causada pelo vírus SARS-CoV-2, cuja doença foi nomeada Covid-19 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é a doença respiratória mais grave desde a pandemia de H1N1, causada pela febre espanhola em 1918-1919 (Ferguson *et al.*, 2020). Pelos padrões da pandemia observados até o

7. Informação disponível em: <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.

momento, é de se supor que sua distribuição será heterogênea entre as regiões do país (Rache *et al.*, 2020). A preocupação central das autoridades sanitárias é em relação à rapidez de contágio da doença e suas consequências para a sobrecarga das demandas por atendimento nos sistemas de saúde público e privado.

No Brasil, quando se considera o total de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), público ou privado, e o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) de dez leitos por 100 mil habitantes, 64% das regiões de saúde estão abaixo desse mínimo. No SUS, esse percentual alcança 72,47% das regiões de saúde (61% da população sem plano de saúde), ao passo que a rede privada está abaixo desse mínimo em 51,37% dos casos (11,2% da população beneficiária). Assim, em um ano típico, sem a interferência da Covid-19, a cobertura de leitos de UTI já é deficiente, principalmente na rede pública. Com a doença, simulações apontam a sobrecarga de demanda de mais de 200% dos leitos em 40% das regiões de saúde se o contágio for mais lento, demorando dezoito meses para alcançar 20% da população. Se for mais célere, alcançando essa parcela da população em apenas seis meses, a sobrecarga de 200% se daria em praticamente todas as regiões de saúde (Rache *et al.*, 2020).

3.2 Totais de vínculos médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde nas organizações de saúde

Apresentamos aqui informações relativas à força de trabalho nas principais ocupações da área de saúde, em 2018, último ano disponível na base, e mostramos como estão distribuídas entre setor público – em cada nível federativo –, setor privado sem fins lucrativos e setor privado com fins lucrativos. Explora-se, sobretudo, a distribuição entre as Unidades Federativas (UFs), tendo como base o Cadastro de Pessoa Física (CPF) registrado e não a quantidade de vínculos disponíveis.⁸

O objetivo do levantamento de dados é contribuir para a compreensão das diferenças observadas na capacidade de mobilizar o aparato público e privado na área de saúde pelos estados, para lidar com as demandas por atendimento médico. Embora a área de saúde dependa de um conjunto amplo de profissionais lotados em inúmeras ocupações, é oportuno e realista incluir, para os fins desta análise, apenas médicos(as), enfermeiros e agentes comunitários de saúde, por representarem o núcleo dos especialistas envolvidos em ações de atendimento de saúde da população. As duas primeiras categorias participam de diversos momentos da prestação de atenção à saúde, inclusive das ações emergenciais. Já os agentes comunitários de saúde possuem um conhecimento mais detalhado das famílias do território, tendo condições de exercer papel relevante na identificação de perfis mais vulneráveis à doença, no acompanhamento das famílias dos casos confirmados por meio de visitas domiciliares e na realização de ações preventivas, de comunicação e orientação nas microáreas em que atuam, como já o fazem no combate a outras doenças e endemias como dengue e malária.

Considerando a totalidade dos registros ocupacionais dessas três categorias em 2018, o grupo saúde está distribuído da seguinte forma: 55% estão no setor público; 23% no setor privado sem fins lucrativos; e 22% no setor privado. A mesma distribuição, mas considerando apenas os médicos, é de, respectivamente, 60%, 22% e 18%.

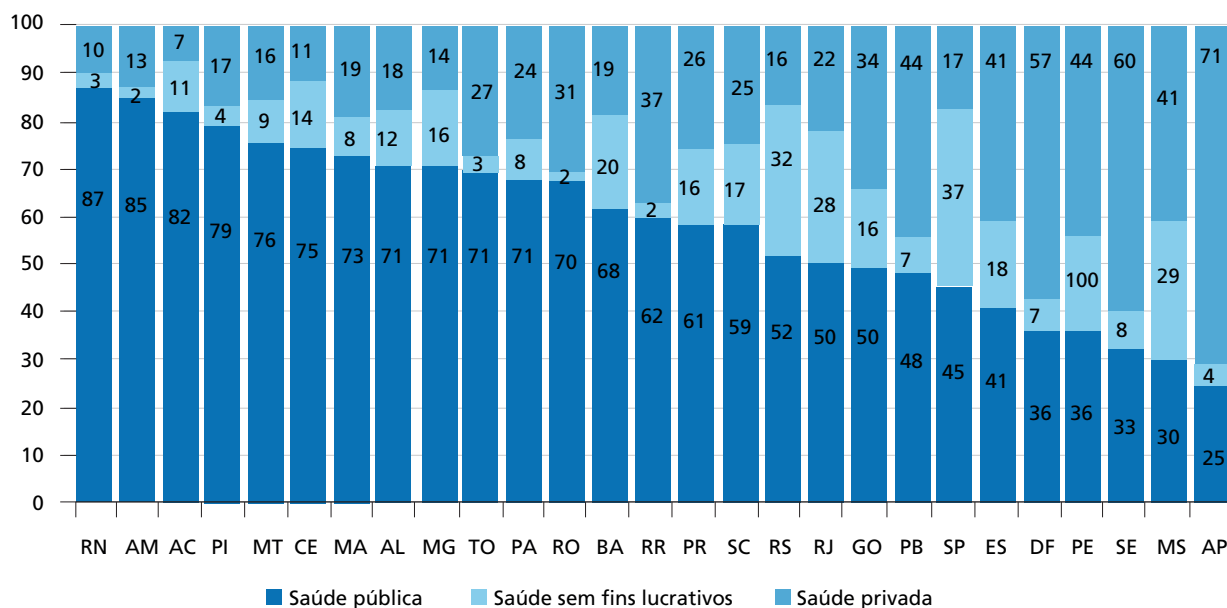
O espaço ocupado por profissionais de saúde no setor público e no setor privado, com e sem fins lucrativos, varia, contudo, de modo significativo entre regiões e UFs. Nos extremos da variação estão o

8. Análises mais desagregadas, por municípios, demandam investigações adicionais sobre a consistência das informações que não puderam ser realizadas no curtíssimo prazo necessário à colaboração para a tomada de decisões na crise. Um exemplo de inconsistência seria encontramos as capitais dos estados com número desproporcionalmente alto de servidores públicos no setor de saúde em virtude de o registro desses servidores estar associado à localização da secretaria estadual de saúde e não ao local/município onde o profissional – nesse caso, servidores públicos – efetivamente exerce a atividade.

Rio Grande do Norte, onde 87% dos profissionais do grupo saúde têm vínculo no setor público, e o Amapá, onde apenas 25% estão no setor público. Nas duas UFs, o número de profissionais do setor privado, no conjunto de médicos, enfermeiros e agentes de saúde do Estado, é, respectivamente, de 10% e 71% (gráfico 1).

É igualmente significativa a variação do espaço ocupado por entidades sem fins lucrativos nos totais de profissionais das UFs. São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro possuem cerca de um terço ou mais dos profissionais no setor sem fins lucrativos. Esse espaço é reduzido em diversos outros estados da Federação, que se concentram principalmente nas regiões Norte e Nordeste (gráfico 1).

GRÁFICO 1
Percentual de vínculos de médicos, enfermeiros e agentes de saúde em cada UF, por natureza jurídica (2018)¹
 (Em %)



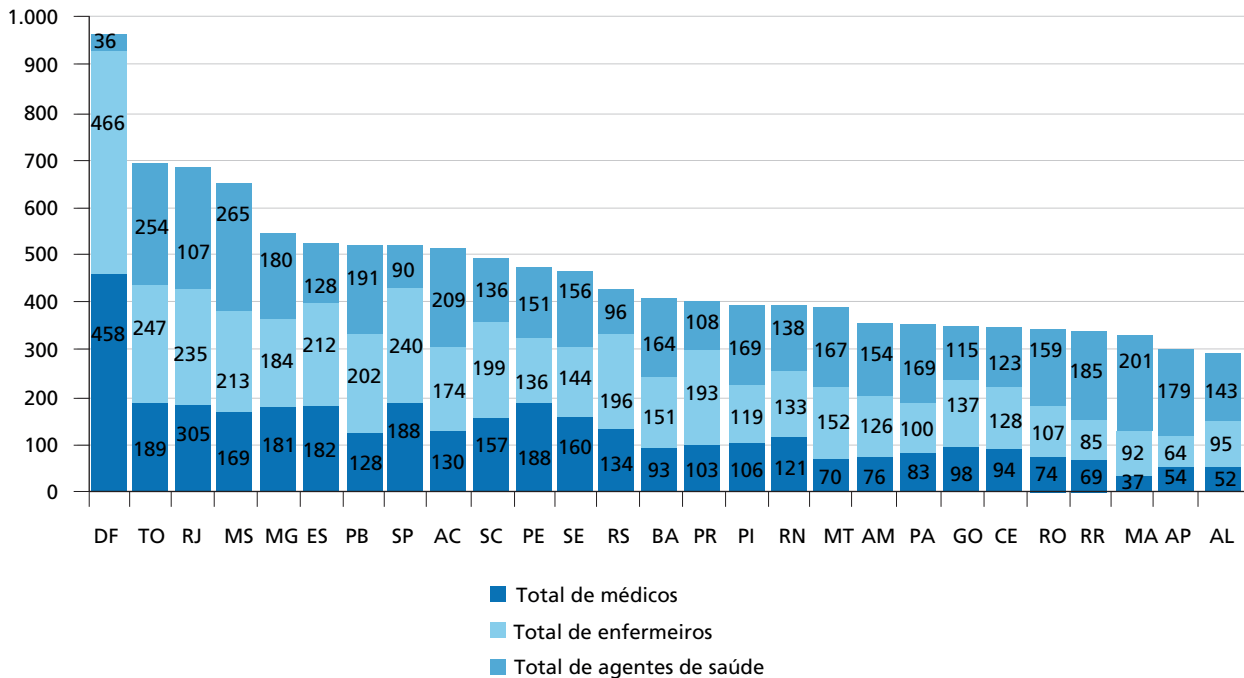
Fonte: RAIS/ME; Atlas do Estado Brasileiro/Ipea.

Nota: ¹ Os dados relativos aos vínculos de trabalho e pessoas nas ocupações de médicos, enfermeiros e agentes de saúde foram extraídos das séries anuais da RAIS/ME, na versão aprimorada pelo Atlas do Estado Brasileiro, que inclui correções nas naturezas jurídicas a partir da comparação com o banco de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) da Receita Federal do Brasil. Foram incluídas 74 diferentes classificações brasileiras de ocupação (CBOs), sendo 60 referentes à ocupação de médico, 14 referentes às ocupações de enfermeiros e uma referente ao agente comunitário de saúde. Os técnicos em enfermagem não foram incluídos. Na contagem dos vínculos, foram incluídos todos os CPFs que apareciam anualmente, independentemente do número de vínculos. Na contagem do número de pessoas, os CPFs em duplicidade, na mesma natureza jurídica (privada sem fins lucrativos, privada com fins lucrativos, Executivo federal, estadual ou municipal), foram excluídos. Desse modo, contou-se apenas um CPF no caso de aparecerem duas vezes com vínculo municipal, mas se apareciam duas vezes, um vínculo privado e um público, ambos foram computados.

A densidade de profissionais da saúde é uma métrica adicional que – aliada a outros aspectos, tais como a disponibilidade de leitos de UTI, equipamentos e insumos, entre outros – contribui para identificar as capacidades de resposta pública e privada às demandas de curto prazo por atendimento de saúde. Também por esse enquadramento, variam de forma significativa as capacidades de cada UF. Quando se incluem os três grupos previamente definidos, a oferta de profissionais de saúde por habitante é maior em estados do Sudeste, além de Distrito Federal, Tocantins e Mato Grosso do Sul. Em outros termos, o número de habitantes por vínculo profissional de saúde ativo é maior em estados como Alagoas, Amapá, Maranhão, Roraima e Rondônia. Essa regularidade se mantém quando se observa cada uma das

três categorias profissionais, à exceção da disponibilidade de agentes comunitários de saúde no Distrito Federal, que é a menor entre os estados da Federação. São Paulo, o estado mais atingido até o momento pela pandemia, ocupa o oitavo lugar em número de profissionais por 100 mil habitantes (gráfico 2).

GRÁFICO 2
Número de vínculos do grupo saúde, por UF (2018)
(Por 100 mil habitantes)

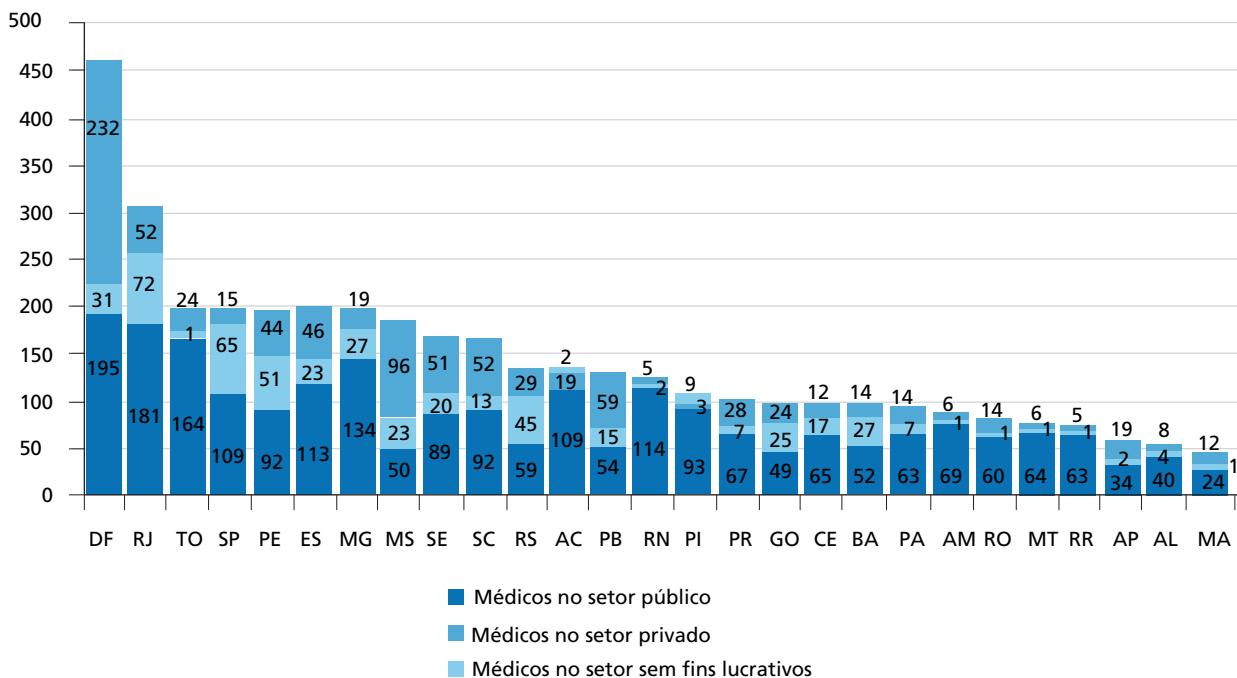


Fonte: RAIS/ME; Atlas do Estado Brasileiro/Ipea.

Obs.: Inclui médicos, enfermeiros e agentes de saúde no Poder Executivo dos três níveis federativos, nas entidades sem fins lucrativos e com fins lucrativos.

Considerando apenas o número de médicos formalmente registrados em instituições de saúde, o cenário é um pouco diverso, mas as disparidades interestaduais e regionais são mais visíveis. Os estados da região Sudeste têm oferta de médicos maior que os demais estados da Federação. Os quatro estados da região integram as sete primeiras posições em termos de densidade de médicos na população. É o Distrito Federal, no entanto, que apresenta a maior oferta: 458 médicos por 100 mil habitantes. Quando se considera o tipo de vínculo dos médicos, tomando-se somente os estabelecidos junto à rede pública, essa regularidade se mantém, com exceção de Acre e Rio Grande do Norte, que possuem maior proporção de médicos na rede pública que outros estados como Pernambuco e Mato Grosso do Sul. São Paulo ocupa a quarta posição em relação ao número de médicos por 100 mil habitantes, mas, quando se considera o total de médicos vinculados ao setor público, o estado passa a ocupar o oitavo lugar (gráfico 3).

GRÁFICO 3
Número de médicos por UF (2018)
 (Por 100 mil habitantes)



Fonte: RAIS/ME.; Atlas do Estado Brasileiro/Ipea.

Obs.: Inclui médicos, enfermeiros e agentes de saúde no Poder Executivo dos três níveis federativos, nas entidades sem fins lucrativos e com fins lucrativos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado pelos dados explorados neste artigo, a crise sanitária que se avizinha lidará com um contexto de assimetrias prévias nas capacidades estatais dos estados brasileiros. Entendendo as capacidades como estoque de recursos acumulados pelos entes estatais, os dados retratam tal assimetria no âmbito dos recursos humanos passíveis de serem mobilizados para o enfrentamento da crise.

O enfoque desta análise de capacidades quanto ao volume e à distribuição de profissionais da saúde disponibiliza dados que contribuem para embasar a definição e o acompanhamento de estratégias de dimensionamento e organização da força de trabalho tanto no nível federal como estadual, não apenas voltados à atenção direta à saúde no tratamento dos já hospitalizados mas também de vigilância sanitária para medidas preventivas e informativas à população como um todo.

O contexto de assimetrias de capacidades reforça a necessidade de coordenação horizontal entre estados e municípios para compartilharem insumos, equipamentos e profissionais de saúde. A gestão territorial de regiões metropolitanas e afins, que já é desafiadora em seu cotidiano, será posta à prova, demandando esforços contínuos de articulação. A coordenação vertical, por sua vez, será essencial para permitir a mobilização de recursos médico-hospitalares e de outras naturezas de regiões menos afetadas para outras mais afetadas dentro de um mesmo estado e do país. É nesse contexto que ganha protagonismo a atuação do governo federal, que está dotado dos meios político-institucionais para promover essa coordenação, um recurso essencial para se somar às capacidades estatais existentes nos estados. Por fim, dada a presença significativa de profissionais de saúde em organizações privadas e

sem fins lucrativos, a coordenação do setor público com a rede privada de assistência à saúde é outro elemento que não deve ser negligenciado.

Nesse sentido, para avaliação das estratégias a serem tomadas, também vale observar os possíveis efeitos das interações entre as diferentes dimensões de capacidades. Por exemplo, a capacidade de coordenação horizontal e vertical estatal mencionada anteriormente pode potencializar ou reduzir a mobilização da capacidade da força de trabalho. Da mesma forma, uma baixa capacidade técnico-administrativa também condiciona os efeitos da mobilização da capacidade de coordenação. Como retratam os dados, no caso do combate à pandemia da Covid-19, a capacidade relacional entre os setores público e privado também pode ser determinante, especialmente em estados em que grande parte dos profissionais atua em entidades privadas.

Dado o cenário de concentração de profissionais tanto em setores como em pontos do território, faz-se necessária a elaboração de estratégia para se alcançar uma desejável flexibilidade na composição da mão de obra no setor de saúde pública, em especial nos momentos de crises, nacionais ou regionais. Considerando a heterogeneidade territorial da oferta, encontrar meios de flexibilizar a mobilidade dos profissionais de saúde em função das imprevisíveis demandas por atendimento seria um recurso importante para aumentar a eficiência e efetividade das respostas à população.

Tendo em vista esses elementos, seguem algumas recomendações, de forma sintética.

- A Covid-19 é uma doença de contágio rápido e potencialmente desestabilizadora do sistema de saúde. Lidar com essa crise exigirá grande esforço de coordenação dos gestores governamentais, em particular do governo federal, para possibilitar a mobilização e realocação de recursos (profissionais de saúde, equipamentos e outros insumos médico-hospitalares) entre estados e regiões de saúde.
- O sistema público de saúde atende a todos os brasileiros, sendo que somente um quarto da população possui também a cobertura de planos de saúde. Assim, o SUS dispõe proporcionalmente de menos recursos, menos profissionais e mais precária estrutura médico-hospitalar para lidar com a crise, o que demandará uma atenção especial dos governos e um compartilhamento de recursos com a iniciativa privada e sem fins lucrativos.
- De modo geral, os estados das regiões Norte e Nordeste, em particular os estados de Alagoas, Amapá, Maranhão, Roraima e Rondônia, possuem a menor disponibilidade de profissionais de saúde em relação à população, inclusive médicos, requerendo maior nível de atenção quando a pandemia avançar em seus territórios.
- São Paulo, até o momento, é o estado mais atingido pela pandemia. Concentrando o maior número de casos de contaminações e mortes, ocupa o oitavo lugar em relação ao total de médicos vinculados ao setor público, podendo necessitar de medidas especiais de combate à doença quando houver o pico de contaminação.

Refletindo acerca da possibilidade de futuras análises a partir desta, o contraste entre os dados apresentados e os dados de acompanhamento da demanda permitirá, por exemplo, avaliar o dimensionamento da força de trabalho diante da dinâmica de expansão do vírus. A agregação na análise de dados de outros profissionais que possam ser envolvidos mais diretamente tanto na área da saúde, como os técnicos de enfermagem, quanto em outras áreas de políticas públicas, como profissionais da segurança pública, agentes sanitários, assistentes sociais etc., poderá subsidiar a definição de novas atribuições e estratégias de atuação ante as demandas impostas em um contexto

de maior contaminação. A desagregação dos dados para o nível de regiões de saúde e, no que possível, para o nível municipal também poderá servir de referência para decisões no âmbito local.⁹

A sociedade brasileira foi muito ousada e vanguardista ao defender na CF/1988 que a saúde é direito de todos e dever do Estado. A crise da Covid-19 se aproxima como uma tormenta, cuja superação depende da coordenação e da ação coletiva dos três níveis de governos, da iniciativa privada, das organizações não governamentais (ONGs) e dos cidadãos. São nesses momentos que os princípios do SUS, de universalidade, integridade e, principalmente, equidade, devem ser norteadores, de forma a compensar assimetrias preexistentes e disponibilizar mais recursos a estados e regiões de saúde que mais necessitem.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 1, 29 jun. 2011.
- CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, p. 345-356, 27 July 2019.
- CAVALCANTI, S.; LOTTA, G.; PIRES, R. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. *In*: PIRES, R. *et al.* (Org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea, 2018.
- CUNHA, R. *et al.* O que é planejamento da força de trabalho? *In*: SERRADO, A. *et al.* (Org.). **Dimensionamento na administração pública federal: uma ferramenta do planejamento da força de trabalho**. Brasília: Enap, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2WZn4Eh>>. Acesso em: 2 abr. 2020.
- FERGUSON, N. M. *et al.* **Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid-19 mortality and healthcare demand**. London: 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/2wVAbvz>>. Acesso em: 2 abr. 2020.
- GIOVANELLA, L. *et al.* **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 1763-1776. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2020.
- GOMIDE, A.; PEREIRA, A. K.; MACHADO, R. Burocracia e capacidade estatal na pesquisa brasileira. *In*: PIRES, R. *et al.* (Org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**, Brasília: Ipea, 2018.
- LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Brasília: Enap, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2USF8gJ>>. Acesso em: 2 abr. 2020.

9. Esses dados podem ainda ser relevantes para análises futuras acerca dos modelos de prestação dos serviços de saúde e de vínculos de trabalho, diante das distintas experiências estaduais das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e da recém-criada Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), pelo Decreto nº 10.283, publicado em 20 de março de 2020, entre as medidas federais para o enfrentamento da Covid-19.

PIRES, R.; GOMIDE, A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia Política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2UIGCtO>>. Acesso em: 29 mar. 2020.

RACHE, B. *et al.* **Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo ao Covid-19**: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. São Paulo: IEPS, 2020. (Nota Técnica, n. 3).

SOUZA, C. **Capacidade burocrática no Brasil e na Argentina**: quando a política faz a diferença. Rio de Janeiro: Ipea, 2015. (Texto para Discussão, n. 2035). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2035.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.