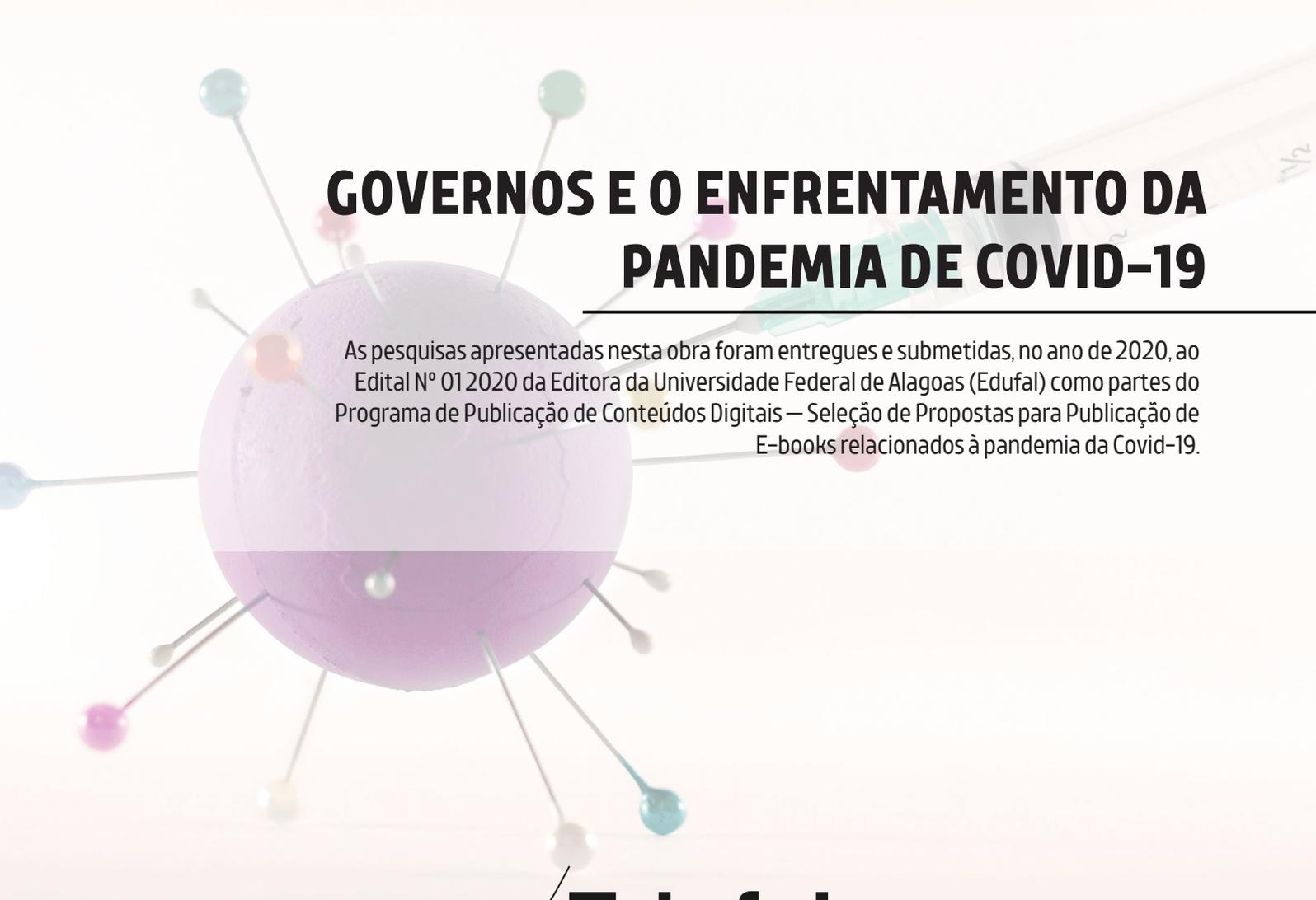


GOVERNOS E O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

LUCIANA SANTANA
EMERSON OLIVEIRA DO NASCIMENTO
(ORG.)



LUCIANA SANTANA
EMERSON OLIVEIRA DO NASCIMENTO
(ORG.)



GOVERNOS E O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

As pesquisas apresentadas nesta obra foram entregues e submetidas, no ano de 2020, ao Edital N° 01/2020 da Editora da Universidade Federal de Alagoas (Edufal) como partes do Programa de Publicação de Conteúdos Digitais — Seleção de Propostas para Publicação de E-books relacionados à pandemia da Covid-19.

 **Edufal**
Editora da Universidade Federal de Alagoas

Maceió, 2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Reitor

Josealdo Tonholo

Vice-reitora

Eliane Aparecida Holanda Cavalcanti

Diretor da Edufal

José Ivamilson Silva Barbalho

Coordenação editorial

Fernanda Lins

Conselho Editorial Edufal

Elder Maia Alves (Presidente)

Fernanda Lins de Lima (Secretária)

Adriana Nunes de Souza

Bruno Cesar Cavalcanti

Cicero Péricles de Oliveira Carvalho

Elaine Cristina Pimentel Costa

Gauss Silvestre Andrade Lima

Maria Helena Mendes Lessa

João Xavier de Araújo Junior

Jorge Eduardo de Oliveira

Maria Alice Araújo Oliveira

Maria Amélia Jundurian Corá

Michelle Reis de Macedo

Rachel Rocha de Almeida Barros

Thiago Trindade Matias

Walter Matias Lima

Projeto gráfico: Mariana Lessa

Diagramação: Janielly Almeida

Imagem da Capa: Ivan Diaz - Unsplash

Apoio de Produção: Janielly Almeida

Catálogo na fonte

Universidade Federal de Alagoas

Biblioteca Central

Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 - 1767

F721 Governo e o enfrentamento da COVID-19 [recurso eletrônico] /
Luciana Santana, Emerson Oliveira do Nascimento
(org.). - Maceió, AL: EDUFAL, 2021.
262 p. : il.

E-book.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5624-048-0

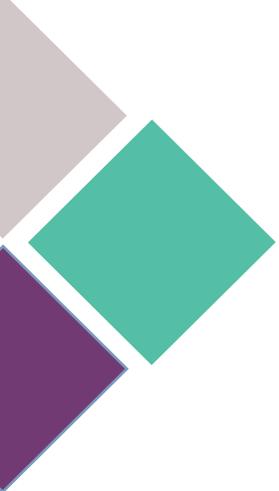
1. COVID-19 - Enfrentamento - Brasil 2. – Federalismo
3. Políticas públicas de saúde. 4. Avaliação do impacto na saúde. I.
Santana, Luciana. II. Nascimento, Emerson Oliveira do.

CDU: 328:614:578.834(81)

Editora afiliada



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE EDITORAS UNIVERSITÁRIAS



SUMÁRIO

Apresentação 8

Luciana Santana

Emerson Oliveira do Nascimento

PARTE I - Governos, federalismo e relações governamentais

1. Pandemia, negacionismo e crise no governo Bolsonaro 10

Luciana Santana

Olívia Cristina Perez

Emerson Oliveira do Nascimento

2. Pacto federativo e coordenação intergovernamental na saúde em tempos de Covid-19 24

Hesáú Rômulo

Ananda Marques

Michelle Fernandez

Helga Almeida

Thiago Silame

3. Padrões decisórios dos governos estaduais frente à pandemia..... 38

Sandra Gomes

Francymonni Yasmim Marques Melo

4. Democracia, relações intergovernamentais e gestão pública no Brasil sob a pandemia da COVID-19: reflexões conceituais e aproximações empíricas.... 52

Robert Bonifácio

Gustavo Cezário

5. Managing uncertainty with fragile institutions: comparatively assessing responses to Covid-19 in Latin America 67

Fernanda Cimini

Gisela P. Zapata

Nayara Julião

Aline de Souza

Núbia Cabral



PARTE II - Políticas Públicas e medidas governamentais de enfrentamento à pandemia

6. Avanços e perspectivas na mitigação e Governança da pandemia de Covid-19 no Nordeste do Brasil (NEB)..... 79

Zoraide Souza Pessoa

Rylanneive Leonardo Pontes Teixeira

Yonara Claudia dos Santos

7. O comitê científico do consórcio nordeste como resposta dos governadores nordestinos à pandemia de Covid-19 94

Vítor Eduardo Veras de Sandes-Freitas

Luciana Santana

Fábio Guedes Gomes

Olívia Cristina Perez

Helga Almeida

8. Relações intergovernamentais e a governança de crise no enfrentamento à pandemia na Bahia e em Salvador 104

Carla Galvão Pereira

Rafael de Aguiar Arantes

Cláudio André de Souza

9. Governos Estaduais e a Gestão da Pandemia na Região Sul: reaberturas precoces ou precaução com a economia? 115

Rodrigo Horochovski

Luiz Fernando Vasconcellos de Miranda

Rodrigo Mayer

Tiago Borges

Maiane Bittencourt

10. Rio de Janeiro: conflitos, soluções e medidas de enfrentamento frente à pandemia..... 128

Priscila Riscado

11. Geoeconomia da celulose e papel e a pandemia em Mato Grosso do Sul137

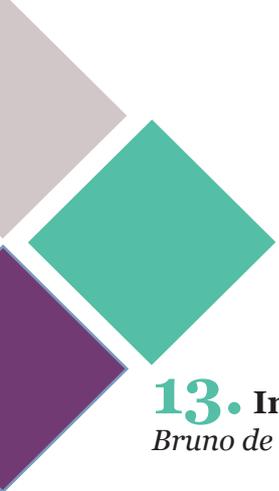
Marcos Henrique Prudencio da Silva

Elaine Regina Prudencio Hipólito da Silva

12. Vulnerabilidade, omissões e racismo estrutural: a pandemia da covid-19 entre os povos indígenas de Tocantins e Mato grosso do Sul 149

Déborah Monte

André Demarchi



13. Interiorização da pandemia e sistema de saúde na Região Norte ... 164

Bruno de Castro Rubiatti

14. Judicialização da Pandemia em Rondônia: o confronto do social e a gestão da economia em um cenário de desigualdades 180

Patrícia Mara Cabral de Vasconcellos

Márcio Secco

15. Governo, prefeitura e as estratégias de enfrentamento à covid-19 no Amazonas..... 192

Breno Rodrigo de Messias Leite

16. Consequências socioeconômicas da Covid-19 e os efeitos das políticas emergenciais sobre a renda das famílias 196

Rogério Jerônimo Barbosa

Ian Prates

Sérgio Simoni Jr.

Eduardo Lazzari

Hellen Guicheney

Carolina Requena

Paulo Flores

Heloísa Fimiani

Vitor Menezes

Thiago Meireles

João Lucas Sacchi

17. Os Brasis da covid-19: análises geopolíticas e geoeconômicas da pandemia 214

Cristovão Henrique Ribeiro da Silva

Isadora Cunha Nogueira

Luciana Santana

PARTE III—As respostas à pandemia sob o ponto de vista de especialistas

18. O CONFAP e o enfrentamento da pandemia de Covid no Brasil 225

Fábio Guedes Gomes

Entrevista realizada por Luciana Santana

19. O CONSAD e o enfrentamento da pandemia de Covid no Brasil 229

Fabício Marques Santos

Entrevista realizada por Luciana Santana



20. Covid-19: Políticas públicas e respostas à sociedade - A Rede Solidária de Pesquisa 236

Lorena Barberia

Entrevista realizada por Luciana Santana

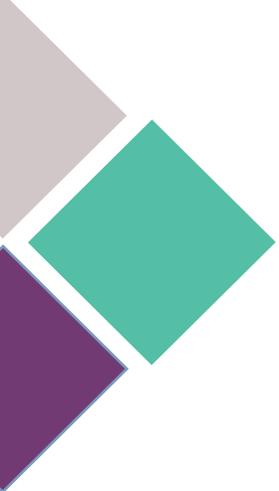
21. As repostas dos Municípios à Pandemia de Covid-19 242

Marta Mendes da Rocha

Paula Emília Gomes de Almeida

Entrevista realizada por Luciana Santana

Sobre os autores255



APRESENTAÇÃO

Luciana Santana

Emerson Oliveira do Nascimento

Quando este livro foi escrito, em outubro de 2020, o Brasil atingia a expressiva marca de 150 mil mortos em decorrência do novo coronavírus. Naquele momento, passados nove meses desde a deflagração internacional da pandemia pela Organização Mundial da Saúde, o Brasil já se configurava como o segundo país com maior número de óbitos do mundo, sendo superado em números absolutos somente pelos Estados Unidos. O diagnóstico daquele momento ainda era muito pessimista, com muita incerteza e era difícil considerar as consequências que a difusão do novo vírus.

As características geográficas e a extensão territorial, as condições sociais, econômicas, políticas e até mesmo culturais dos estados e regiões sugeriam impactos diferenciados sobre as condições de combate e enfrentamento da crise sanitária instaurada pelo SARS-CoV-2. Em se tratando do Brasil, a persistência histórica da desigualdade social, a inação e ausência de coordenação no âmbito federal, o desenho do modelo decisório instituído pelo nosso federalismo e o contexto político recente saltam como fatores indispensáveis para explicar a magnitude dessa tragédia.

Um ano depois, 17 meses após o início da pandemia, O Brasil atingiu a marca de 600 mil mortes e mais de 21,5 milhões de casos por covid-19, novas variantes surgiram e a pandemia ainda persiste. Do ponto de vista de gestão dos governos, temos muito mais evidências sobre as motivações que nos levaram à essa situação dramática, tanto que um dos avanços ao longo deste um ano foi a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal para analisar as (ir) responsabilidades no enfrentamento da pandemia. O relatório final apresentado pelos senadores é um instrumento muito importante para apurar e responsabilizar aqueles que não agiram de maneira republicana, humana e ética para salvar vidas no Brasil. O destaque positivo a ser comemorado é o avanço da vacinação para a população acima de 12 anos de idade, início da aplicação da terceira dose para pessoas acima de 60 anos e profissionais da saúde. Em que pese os percalços diversos que tivemos cabe aqui destacar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

O presente livro é um esforço coletivo de compreensão do impacto da pandemia de COVID-19 sobre a primeira onda da doença, no Brasil tomando como referência a análise das estratégias de enfrentamento da pandemia por parte dos estados, Distrito federal e da União. É preciso ser dito que esta publicação reúne um conjunto de textos escritos sob o calor dos fatos, por isso mesmo, não devem ser lidos como avaliações conclusivas do fenômeno. Os textos são tentativas exploratórias de conhecer essa que já se anunciava como a maior crise sanitária do século e, possivelmente, o maior desafio da nossa geração. Apesar da mudança dinâmica do cenário pandêmico, os materiais guardam a marca de *insights* construtivos para a interpretação e reinterpretação deste evento, sob múltiplos olhares.

O livro está dividido em três partes. Na primeira parte, foram reunidos os textos que versam, especialmente, sobre governos, federalismo e a coordenação entre as instâncias intergovernamentais durante a pandemia de COVID-19. Na parte 2 deste livro foram reunidos os capítulos que versam sobre as tentativas coletivas e isoladas dos estados brasileiros para o enfrentamento e mitigação do novo vírus. Na última parte deste livro, apresentamos uma compilação de entrevistas juntos a especialistas da área, avaliando os impactos e as consequências da pandemia sobre suas respectivas áreas de pesquisa e atuação profissional e intelectual.

Agradecemos a participação e empenho dos 55 pesquisadores e pesquisadoras que contribuíram com este livro.

PANDEMIA, NEGACIONISMO E CRISE NO GOVERNO BOLSONARO

Luciana Santana

Olívia Cristina Perez

Emerson Oliveira do Nascimento

Introdução

No dia 8 de agosto de 2020, o Brasil chegou a triste marca de 100 mil mortos por conta da covid-19. É o segundo país com maior número de infectados e mortos em todo mundo, perdendo apenas para os Estados Unidos. Frente a essas 100 mil vidas perdidas para a doença, esperava-se uma comoção geral no país. Não foi o que aconteceu. A Secretaria especial de comunicação da presidência da República (Secom) afirmou em uma rede social que “Para um Governo, muito mais do que palavras bonitas, a melhor forma de mostrar que se importa é trabalhando”. O presidente Bolsonaro compartilhou a postagem da Secom sem se manifestar em relação a marca de mortos no Brasil¹. Em que pese o tamanho da tragédia, parece que o isolamento social tem diminuído e a população tem retomado suas atividades cotidianas, ainda que em parte.

Esse cenário de desolação incita várias perguntas, dentre elas: de quem é a responsabilidade pelos mortos e doentes de COVID-19 no Brasil? Porque as medidas de isolamento são relaxadas exatamente em um contexto de crescimento da doença? Tratam-se de perguntas que envolvem muitos fatores para que se chegue perto de uma resposta e não é intenção do texto abordar todas elas, inclusive porque ainda não há medidas exatas para mensurar responsabilidades e omissões. Nos concentraremos aqui nas falas do presidente da República em relação ao combate da pandemia, mostrando o seu caráter negacionista e a falta de coordenação das políticas públicas necessárias para o combate da pandemia.

Esta é uma pesquisa qualitativa que reúne falas do Presidente da República divulgadas em grandes jornais com grande circulação via internet. A pesquisa reúne falas do Presidente desde que a doença chegou ao Brasil no início de março de 2020 até meados de agosto de 2020, data da escrita do presente texto.

¹ <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/08/08/no-dia-em-que-brasil-atinge-100-mil-mortes-por-covid-19-governo-comemora-um-dos-menores-indices-de-obitos-por-milhao.ghtml>.

De posse das falas do presidente fazemos uma análise tentando compreender a mensagem contida nessas falas e o porquê elas foram publicizadas. Sabemos que discursos não tem relação necessariamente com atitudes. Por isso retomamos também eventos em que o presidente participou quebrando e incentivando o fim do isolamento social.

É bom ressaltar que o governo federal tem executado ações e projetos aprovados pelos Legislativo, tais como os auxílios financeiros a estados e municípios e o auxílio emergencial para populações mais vulneráveis. Todavia, à despeito das ações executadas, argumentamos que as falas do Presidente revelam um caráter negacionista em relação à existência, importância e impactos da doença. Ainda que seus discursos e falas não sejam leis, eles orientam ações no sentido de negação da necessidade de cumprimento de medidas sanitárias, especialmente em relação ao isolamento. Como consequência os índices de isolamento social do Brasil nunca foram satisfatórios para conter o avanço da doença. Nesse sentido, o fato de o Presidente da República, eleito democraticamente pela maioria dos votantes, ser contra o isolamento e a favor das pessoas voltarem a seus postos de trabalho, deve impactar diretamente no comportamento das pessoas e no número de infectados e mortos.

Consideramos que as declarações do presidente ajudam a compreender alguns motivos relacionados ao avanço da doença no país. As falas do presidente também ajudam a entender o protagonismo de estados e municípios no combate à pandemia.

Esperamos que a pesquisa ajude a compreender o avanço da pandemia no Brasil e, mais do que isso, seja um documento com registro para que as futuras gerações não se esqueçam dos discursos do presidente da República do Brasil em um dos momentos mais delicados da nossa história.

1 – O papel da Presidência da República na pandemia

O avanço da pandemia de COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, tem causado impactos na área da saúde e nas arenas sociais, econômicas e políticas. A evolução do número de casos e óbitos colocou à prova sistemas de saúde, atingiu populações e grupos vulneráveis, fragilizou economias e modificou dinâmicas de sociabilidades das mais diferentes formas.

Os impactos nacionais, regionais e locais da crise provocada pela COVID-19 são altamente heterogêneos, com forte dimensão territorial e implicações significativas para a gestão de crises e respostas políticas. Assim também tem sido a resposta dos governantes no Brasil: prefeitos e governadores têm posições distintas em relação ao combate a pandemia levando a um cenário heterogêneo e de difícil compreensão, tanto por parte de analistas políticos, quanto pela população. Numa mesma região, um estado mantém regras de isolamento social enquanto outros têm suas praias e atividades turísticas liberadas. No mesmo estado alguns municípios são mais rígidos em relação às regras de isolamento social enquanto, em outros, não há fiscalização em relação ao isolamento. E a confusão não para

por aí: na mesma família aqueles que apoiam o atual presidente da República, por vezes, são a favor do fim do isolamento e por isso saem para encontrar amigos, enquanto aqueles que discordam da posição do Presidente, preferem ficar em isolamento, mas sem muita eficácia, já que convivem com pessoas que estão saindo para as ruas.

Mas, afinal, a quem cabe a coordenação das nações em relação ao combate à pandemia no Brasil? Apesar das especificidades que devem ser consideradas em contextos de crises, para que governos tenham êxitos no processo de tomada de decisão, a liderança política e a coordenação das políticas públicas no país tornam-se imprescindíveis. A liderança presidencial (Skowronek, 1993) é um fator importante para as análises sobre condução de crises, uma vez que as habilidades individuais dos presidentes podem constituir uma variável determinante de sucesso ou fracasso de uma presidência (Neustadt, 1960).

Desta maneira, a crise que o mundo enfrenta com a pandemia de COVID-19 também tem colocado à prova a liderança política em diferentes governos. Alguns presidentes estão emergindo como líderes fortes e unificadores, enquanto outros têm se mostrado inábeis e pouco comprometidos com o enfrentamento da crise com base em critérios e recomendações em correspondência com o que tem sido defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse é o caso do Brasil.

Pelo fato de o Presidente da República fazer declarações contrárias às determinações da OMS no que tange ao combate à pandemia, governadores e prefeitos tem elaborado regras próprias, muitas vezes distantes do que propõe o presidente. O protagonismo dos estados no combate à pandemia tornou-se inclusive objeto de disputa judicial. Em sessão realizada no dia 15 de abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) definiu que governadores e prefeitos podem determinar medidas restritivas e os serviços essenciais durante a pandemia do novo Coronavírus². Essa decisão é muito emblemática para que se compreenda os contornos que o pacto federativo vem assumindo no Brasil no combate à pandemia: as determinações do presidente estão perdendo força para as decisões dos governos subnacionais.

Apesar das tentativas do presidente Jair Bolsonaro de distorcer a decisão do ministro Alexandre de Moraes do STF quanto à conclusão da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 672 (ADF672) que deu autonomia para que estados e municípios pudessem adotar medidas de controle da disseminação da COVID-19, o STF não eximiu o governo federal de sua responsabilidade na condução da crise. As responsabilidades estão previstas na Constituição Federal (incisos II e IX do artigo 23) em que são definidas a competência administrativa compartilhada entre União, estados, Distrito Federal e municípios em relação à saúde e à assistência pública, inclusive quanto à organização do abastecimento alimentar.

Também está previsto no inciso XII do artigo 24 a competência concorrente entre União e Estados/Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde, permitindo, ainda, aos municípios possibilidade de suplementar a legislação federal e a estadual, desde que haja interesse local (inciso II, artigo 30).

² <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1>

Apesar de a execução das políticas públicas de saúde estarem concentradas na esfera subnacional, a União tem responsabilidade sobre o financiamento dessas políticas, que ocorre por meio dos repasses de recursos aprovados pelo Congresso Nacional. Ou seja, não compete ao Executivo federal afastar unilateralmente as decisões dos governos estaduais que eventualmente tenham determinado restrição de serviços e circulação de pessoas em meio à pandemia.

O protagonismo dos entes subnacionais no Brasil parece ser uma boa alternativa no combate a pandemia frente a uma posição negacionista do governo federal. No entanto, os números do avanço da doença no Brasil comprovam que as ações independentes de estados e municípios não têm sido capazes de conter a doença.

2 – A situação da pandemia no Brasil

A pandemia de COVID-19 teve seus primeiros casos registrados na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China, no final do ano de 2019. Com o aumento no número de casos, foi decretada quarentena na cidade chinesa no dia 23 de janeiro de 2020. Entretanto, a doença não ficou restrita àquela localidade e espalhou-se, primeiramente, pela China, em seguida, Ásia e, assim, para outros países localizados em outros continentes.

Em fevereiro, a transmissão da COVID-19 no Irã e na Itália chamaram a atenção pelo crescimento rápido de novos casos e mortes, fazendo com que o Ministério da Saúde no Brasil (MS) alterasse a definição de caso suspeito para incluir pacientes que estiveram em outros países.

A situação se intensificou por vários continentes e, pouco mais de três meses depois do primeiro registro da infecção na China, no dia 11 de março do mesmo ano, a OMS decretou estado de pandemia do novo coronavírus. Naquela data, já havia mais de 118 mil casos da doença registrados em mais de 100 países e 4.291 mortes. O Brasil registrou o primeiro caso confirmado de infecção por coronavírus no dia 26 de fevereiro e a primeira morte em 16 de março, ambos no estado de São Paulo. Passados 165 dias desde o primeiro caso, o Brasil já ultrapassa 3.035.422 casos de contaminados e 101.049 mortes, de acordo com os dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O país apresenta uma taxa de letalidade de 3,3%, taxa de mortalidade por 100m/hab. de 47,8 e a taxa de incidência por 100m/hab. de 1433,5%³. E, conforme dados divulgados pela Universidade John Hopkins (09/08/2020), o Brasil está posicionado em segundo lugar no ranking de casos e de número de mortes em decorrência do Coronavírus. O primeiro lugar é ocupado pelos Estados Unidos (5.047.401 casos e 162,950 mortes). Coincidentemente são os dois países nos quais os chefes de estados têm adotado discursos e falas negacionistas e de minimização da pandemia desde o surgimento dos primeiros casos no mundo.

³ Fonte: Painel Consass 09/08/2020, (<https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>)

No caso do presidente brasileiro, de forma mais específica, não se trata de uma situação isolada, mas permanente, que tem ocorrido ao longo de toda a pandemia. A condução política da pandemia pelo governo federal tem sido marcada, incessantemente, por tensões políticas entre as posições do Presidente com outros governos nas esferas subnacionais e até dentro do seu próprio governo, como ocorreu durante a gestão dos ex-ministros da saúde, Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich.

3 – Os governos estaduais e o Distrito Federal no enfrentamento da pandemia

Não é difícil compreender os motivos que levaram governadores e prefeitos a se destacarem nos primeiros meses de enfrentamento da pandemia, especialmente aqueles que adotaram medidas sanitárias e de distanciamento social. Isso se deve à ausência de uma liderança presidencial para lidar com a crise. Essa situação prejudicou o alinhamento de ações entre os entes federados no combate à pandemia em todo o País, além de produzir sensação de insegurança e incerteza entre a população (Santana & Perez, 2020a; Santana, 2020c).

Diferentemente do que ocorreu em outros países, no Brasil, o governo federal optou por não adotar medidas sanitárias importantes e consideradas essenciais para conter o avanço da doença no país. O tema mais conflituoso e a pauta mais sensível foi a questão do tema isolamento social. Cabendo aos estados e municípios tomarem decisões sobre a decretação ou não de medidas de enfrentamento da pandemia.

Antes mesmo da decretação da situação de pandemia, as secretarias de estados da saúde já estavam mobilizadas com a elaboração de planos de contingências com o objetivo de acompanhar a situação de emergência internacional decorrente do surto da doença na China e o surgimento de casos em outros países. Com a decretação da pandemia pela OMS, os governos passaram a se organizar internamente com a formação de comitês de enfrentamento. Antes do registro dos primeiros casos de COVID-19, 10 estados emitiram decretos com ações de enfrentamento à pandemia (vide quadro 1). Os demais estados adotaram medidas direcionadas para o enfrentamento após a identificação do primeiro caso no estado.

Quadro 1- Timing dos decretos com ações de enfrentamento da pandemia nos estados

| | |
|------------------------------------|--|
| ANTES do primeiro caso de covid-19 | Acre, Amapá, Bahia, Espírito Santo, Maranhão, Pará, Paraíba, Rio de Janeiro, Rondônia e Tocantins e o Distrito Federal |
| APÓS primeiro caso de covid-19 | Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do sul, Pernambuco, Paraná, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo. |

Depreende-se do quadro 1 que há uma certa convergência em dois grandes grupos de estados no que tange à promulgação de decretos com ações de enfrentamento à pandemia.

Essa convergência não obedece a uma diretriz do governo federal, mas antes, o resultado de um efeito do tipo “cascata”, onde os estados tendem a repetir as ações empreendidas por outros estados.

A demora no envio de propostas do governo para a liberação de recursos para estados e municípios, foi um dos dificultadores do enfrentamento da pandemia, especialmente nos primeiros meses. Em alguns estados a situação se tornou muito crítica como ocorreu no estado do Amazonas:

“A epidemia atingiu grandes proporções no país, com casos confirmados e óbitos em todos os estados. Diversas capitais e cidades mais populosas passaram a sofrer com a carência de recursos assistenciais. Manaus tornou-se o símbolo da catástrofe quando os jornais passaram a exibir, além das notícias de hospitais lotados e pessoas que morriam desassistidas em casa, também as chocantes imagens de cemitérios abarrotados e sepultamentos em covas coletivas” (Henriques e Vasconcelos, 2020).

A ausência de liderança política por parte do presidente da República se refletiu no desalinhamento entre as orientações adotadas pelo MS e as orientações do presidente e de outros órgãos do seu governo. Apesar de várias ações terem sido realizadas pelo MS, por meio de portarias, apenas no dia 16 de março — quando houve o registro da primeira morte no país — o governo federal instituiu um Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19 no país. No dia 24 de março essa medida foi alterada por um novo decreto que alterou a estrutura do órgão, transformando-o em um Centro de Coordenação de Operações, no âmbito do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19 (Santana & Perez, 2020a).

Ao longo de todo o processo de pandemia no país, o MS teve três nomes no comando na pasta: Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich e Eduardo Pazuello. O médico Luiz Henrique Mandetta estava na pasta desde o início do governo Bolsonaro e permaneceu à frente da condução de ações de enfrentamento até o dia 16 de abril, quando foi demitido. De acordo com dados do MS (16/04/2020), o número de casos registrados naquele momento era de 30.449 e 1.933 óbitos. Sua demissão deu-se, principalmente, por divergências explícitas entre as posições defendidas no âmbito do MS, que preconizavam o distanciamento social como a principal forma de conter o avanço da doença sem o colapso do sistema de saúde, e as posições defendidas pelo presidente que defendia o isolamento vertical (apenas de grupos de risco).

O substituto indicado para o cargo de Mandetta foi o também médico, Nelson Teich, que permaneceu à frente da pasta por apenas 28 dias. Teich também saiu do cargo por divergências com o governo federal em relação à necessidade de isolamento social e ao uso de hidroxiclороquina, droga que não tem comprovação científica de eficácia no combate ao novo vírus, mas ainda assim é defendida pelo Presidente como a cura para o novo

coronavírus. Ao completar a marca de 100.000 mortes (08/08/2020), o MS segue sem um ministro, estando à frente da pasta, neste momento. Eduardo Pazuello, ministro interino desde a demissão de Teich, assumindo a coordenação da pasta no pior momento da pandemia. Em apenas 17 dias como interino, os casos de infectados pelo vírus cresceram 141%, e as mortes, 102%. Metade de todas as vítimas da COVID-19 no Brasil morreram no período em que o general está à frente da pasta. Em sua gestão, também foram registrados 58,5% de todos os casos.

A rotatividade e ausência de um ministro com formação na área já indica o sério problema no combate à pandemia no país. Soma-se a isso a falta de transparência na divulgação de dados e informações sobre a crise. O governo federal tem, sistematicamente, negado e omitido informações e dados sobre o avanço da doença. Desde o início da pandemia, é possível identificar os incômodos do Presidente da República em relação a publicização de informações sobre a situação da doença no país.

O ex-ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, que tinha assumido um papel de destaque na condução da pandemia, realizando coletivas de imprensa diariamente, foi um dos principais alvos do presidente que chegou a suspender as entrevistas com a justificativa de que era necessário “alinhar a narrativa” do governo federal em torno do tema. Por isso, a decisão foi a de concentrar os anúncios na figura do Presidente.

Algumas alterações na divulgação dos dados ficam mais acentuadas após a saída dos ministros Mandetta e Teich. Uma das alterações foi em relação ao formato de divulgação das informações de casos. Por meio das redes sociais oficiais do MS e da Secom da Presidência da República, é possível identificar uma estratégia de minimizar o peso das mortes com a divulgação de uma espécie de “placar da vida”, onde o governo federal passou a enfatizar, cada vez mais, o número de pacientes infectados e curados do coronavírus, em detrimento, do número de vidas ceifadas pela pandemia.

Outra mudança foi em relação ao horário de divulgação dos dados. Na gestão de Mandetta, os números eram apresentados às 17 horas, e detalhados em coletivas de imprensa realizadas diariamente no próprio MS ou no Palácio do Planalto. Com a saída de Mandetta e substituição por Teich, a divulgação passou para as 19 horas.

Ainda no início de junho, sem a indicação de um ministro titular para a pasta, o horário de divulgação do material chegou a ser alterado para as 22h, inicialmente com a justificativa de que se tratava de “problemas técnicos”, depois porque os dados informados pelas secretarias estaduais de saúde precisariam de “checagem” junto aos gestores locais. Ao ser questionamento sobre as alterações no horário de divulgação, o presidente Jair Bolsonaro chegou a insinuar que o motivo seria o horário do Jornal Nacional, da TV Globo, normalmente exibido por volta de 20h30 com a seguinte frase: “Acabou matéria no Jornal Nacional?”.

Com essa atitude, o Presidente demonstra sua recusa em reconhecer o número diário de vidas encerradas pelo novo vírus, e expõe sua postura de dificultar, deliberadamente,

o acesso às informações sobre doença por meio de um dos telejornais de maior audiência do país. O governo cogitou, ainda, recontar o número de mortes causadas pelo novo coronavírus. O empresário Carlos Wizard, que assumiria o posto de secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, chegou a afirmar que: “Tinha muita gente morrendo por outras causas e os gestores públicos, puramente por interesse de ter um orçamento maior nos seus municípios, nos seus estados, colocavam todo mundo como COVID. Estamos revendo esses óbitos”.

Os problemas com a transparência se acentuaram quando o Painel COVID-19, elaborado pelo MS que chegou a ficar fora do ar por 24 horas, entre os dias 5 e 6 de junho. Quando voltou ao ar, muitas das informações antes disponibilizadas com detalhamento deixaram de ser exibidas, trazendo apenas os dados das últimas 24 horas e não fazendo referência ao total de mortes.

As reações foram imediatas. No dia 8 de junho, o ministro do STF, Alexandre de Moraes, determinou que o MS voltasse a divulgar os dados acumulados do coronavírus no portal oficial. Um dia antes, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que reúne os 27 secretários estaduais de saúde do país, lançou um painel próprio para divulgar os dados dos boletins das secretarias estaduais de saúde. A imprensa também reagiu e criou o Consórcio de Veículos da Imprensa. O Consórcio é formado por veículos de comunicação UOL, O Estado de S. Paulo, Folha de S. Paulo, O Globo, G1 e Extra para trabalhar de forma colaborativa e buscar as informações necessárias, diretamente, nas secretarias estaduais de saúde das 27 Unidades da Federação⁴.

4 – As falas presidenciais ao longo da pandemia

Para comprovar o nosso argumento acerca da falta de coordenação do governo federal e a postura negacionista do Presidente, reunimos no quadro 2 algumas falas de Bolsonaro em relação à doença. Comparamos as falas do presidente com o número de óbitos causados pela covid-19 para demonstrar o quanto as mesmas não se adequam às diretrizes científicas vigentes.

Quadro 2 - Fala de Bolsonaro ao longo da pandemia

| Situação Brasil | Data (2020) | Fala do presidente |
|------------------------|--------------------|---|
| 25 casos | 09/03 | “Tem a questão do coronavírus também que, no meu entender, está superdimensionado o poder destruidor desse vírus” |

⁴ <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/08/personalidades-politicas-e-entidades-de-classe-elogiam-consorcio-de-midia.htm?cmpid=copiaecola>

| | | |
|----------------------------------|-------|---|
| 291 casos 1ª. morte | 17/03 | “Esse vírus trouxe uma certa histeria. Tem alguns governadores, no meu entender, posso até estar errado, que estão tomando medidas que vão prejudicar e muito a nossa economia” |
| 2.201 casos 46 mortes | 24/03 | “Pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar. Nada sentiria. Seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho, como bem disse aquele conhecido médico daquela conhecida televisão” |
| 3417 casos 92 mortes | 27/03 | “Não pode ser um jogo de números para favorecer interesses políticos. Não estou acreditando nesses números em São Paulo.” |
| 4256 casos 136 mortes | 29/03 | “O vírus tá aí, vamos ter de enfrentá-lo, mas enfrentar como homem, pô, não como moleque. Vamos enfrentar o vírus com a realidade. É a vida, todos nós vamos morrer um dia”. |
| 6840 casos 241 mortes | 01/04 | “O vírus é igual a uma chuva. Ela vem e você vai se molhar, mas não vai morrer afogado”. |
| 22169 casos 1223 mortes | 12/04 | “Quarenta dias depois, parece que está começando a ir embora a questão do vírus” |
| 40581 casos 2575 mortes | 20/04 | “Ô, ô, ô, cara. Eu não sou coveiro, tá?”. |
| 71886 casos 5017 mortes | 28/04 | “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre”. |
| 145328 casos 9897 mortes | 08/05 | “Tem 1.300 convidados, mas quem tiver amanhã aqui, se tiver mil, a gente bota para dentro. Vai dar mais ou menos 3 mil pessoas no churrasco...” |
| 291579 casos 18859 mortes | 20/05 | “Quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, Tubaína”. |
| 555.383 casos 31.199 mortes | 02/06 | “A gente lamenta todos os mortos, mas é o destino de todo mundo.” |
| 772.416 casos 39.680 mortes | 10/06 | “Se quiser falar, sai daqui, porque já foi ouvida. Cobre do seu governador. Sai daqui”. |
| 2.099.896 casos 79.533 mortes | 19/07 | “Demos azar com essa pandemia, mas vamos sair dessa”. |
| 2610.102 casos 91.263 mortes | 30/07 | “Depois de 20 dias dentro de casa, a gente pega outros problemas. Eu peguei mofo, mofo no pulmão.” |

| | | |
|--------------------------------------|-------|---|
| 2.662.485 casos 92.475 mortes | 31/07 | “Eu estou no grupo de risco. Agora, eu nunca negligencie. Eu sabia que um dia ia pegar. Infelizmente, acho que quase todos vocês vão pegar um dia. Tem medo do quê? Enfrenta! (...) Lamento. Lamento as mortes. Morre gente todos os dias de uma série de causas. É a vida, é a vida.”... |
| 2.912.212 casos 98.493 mortes. | 06/08 | “A gente lamenta todas as mortes, vamos chegar a 100 mil, mas vamos tocar a vida e se safar desse problema.” “Quem não quer tomar cloroquina, não tente proibir, impedir quem queira tomar, afinal de contas, ainda não temos uma vacina e não temos um remédio comprovado cientificamente” |

Fonte: Elaborado pelos próprios autores a partir de matérias publicadas no site UOL⁵ e IG⁶

As palavras do presidente mostram como ele nega a doença e seus efeitos deletérios sobre a vida humana. Em contrapartida, ele conclama os brasileiros a enfrentarem o vírus retomando a rotina das suas atividades. O negacionismo do Presidente e a defesa do comércio estão relacionados. O discurso de negação dos fatos científicos ajuda os interesses comerciais na medida em que legitima a volta dos cidadãos para o trabalho.

As falas do presidente revelam também sua desconsideração com os mortos, seus amigos e parentes. Frases como “e daí?” mostram que ele pouco se importa com aqueles que morreram. Conforme sua lógica, morrer faria parte do destino humano e não teríamos que nos lamentar por isso. Ainda conforme sua lógica, existem pessoas produtivas que devem enfrentar o vírus e permanecer vivas, e grupos mais suscetíveis, que se morrerem, não farão tanta diferença. Nesse ponto se observa a perspectiva perversa do Presidente, o qual compreende que os grupos menos produtivos economicamente são, por isso menos, menos dignos de viver.

Bolsonaro encara como covarde aqueles que optam pelo isolamento social. Esse ponto revela um caráter extremamente machista da sua fala, como se coragem fosse sinônimo de enfrentar mortes e doenças em detrimento da sensibilidade com a vida.

As falas do presidente são corroboradas por atitudes que demonstram seu desprezo pelas diretrizes científicas. Para demonstrar o quanto suas atitudes vão de encontro com as suas falas, reunimos no quadro 3 alguns fatos que apontam para ações de desrespeito do Presidente em relação às medidas de isolamento.

5 <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/08/08/bolsonaro-pandemia-100-mil-mortes-fala.htm>

6 <https://ultimosegundo.ig.com.br/politica/2020-08-08/veja-cem-momentos-em-que-jair-bolsonaro-minimizou-a-covid-19.html>

Quadro 3 – Quadro sobre descumprimento de regras de isolamento

| Data/ | Fato ocorridos em 2020 |
|-------|--|
| 15/03 | Dois dias após a primeira recomendação de isolamento social no Brasil, o presidente participou de uma manifestação organizada por apoiadores em Brasília |
| 16/03 | O presidente Jair Bolsonaro descumpriu a orientação de ficar em quarentena após ter contato com uma pessoa infectada pelo novo coronavírus e deixou o Palácio da Alvorada |
| 17/03 | O presidente voltou a criticar a “histeria” em torno da pandemia que já atingia vários países no mundo, afirmando que seu aniversário de 65 anos - dali a poucos dias - contaria com uma “festinha tradicional”; |
| 22/03 | Bolsonaro afirmou que o número de mortes pela Covid-19 não ultrapassaria a quantidade de vítimas da epidemia de H1N1, que, segundo ele, causou 800 mortes |
| 29/03 | O presidente Jair Bolsonaro visitou um churrasquinho em uma praça de Taguatinga. O vídeo do momento, publicado no Twitter do presidente, mostra o chefe do Executivo, em meio à pandemia do novo coronavírus, conversando com o vendedor de espetinhos e com pessoas que se aglomeraram em volta dos dois. |
| 31/03 | Bolsonaro causou aglomerações nas ruas e em um supermercado após um tour por bairros de Brasília. em máscara e cercado por uma equipe, o presidente apertou a mão de trabalhadores e tirou fotos abraçado com algumas pessoas. |
| 09/04 | Bolsonaro foi fotografado comendo pão doce e uma padaria. Um vídeo do passeio foi publicado em sua página pelo próprio filho, Eduardo Bolsonaro |
| 10/04 | O presidente foi flagrado em meio à multidão, esfregando o nariz e, em seguida, dando a mão a uma mulher idosa. O gesto foi registrado em vídeo. |
| 18/04 | O presidente Jair Bolsonaro ignorou mais uma vez as recomendações de distanciamento social por conta do novo coronavírus e fez um novo passeio por Brasília |
| 19/04 | O presidente Jair Bolsonaro voltou a desrespeitar recomendações das autoridades sanitárias e participou de uma manifestação em frente ao Quartel-General do Exército, em Brasília. |
| 29/04 | Contrariando as recomendações da Saúde, Bolsonaro recebe o empresário e dono da Havan com um abraço e sem o uso da máscara cirúrgica. |
| 02/05 | Em uma viagem fora da agenda, o presidente cumprimentou com apertos de mãos e abraços dezenas de pessoas, entre as quais idosos e crianças. Além disso, o presidente voltou a criticar as medidas de isolamento. |
| 09/05 | O presidente Jair Bolsonaro deixou o Palácio do Alvorada, em Brasília, e passou em uma moto aquática pelo Lago Paranoá. Bolsonaro pilotou acompanhado de um segurança, ambos sem máscara. |
| 23/05 | Bolsonaro voltou a passear pelas ruas de Brasília, quando parou para comer um cachorro-quente e cumprimentar apoiadores. |
| 24/05 | Sem máscara ou qualquer equipamento de proteção individual, o presidente Jair Bolsonaro participou de um ato de apoio ao seu governo no centro de Brasília e chegou a pegar duas crianças no colo. |
| 30/05 | Após visitar uma instalação do exército no interior de Goiás, o presidente e sua equipe foram fotografados em um restaurante da capital. |

| | |
|-------|---|
| 31/05 | Bolsonaro participou de um churrasco com convidado no sítio do cantor Amado Batista. /O presidente Jair Bolsonaro compartilhou um vídeo em uma rede social em que aparece passeando a cavalo e acenando a apoiadores. O presidente não usava máscara |
| 06/06 | Bolsonaro acompanhou uma blitz da Polícia Rodoviária Federal ao lado do pastor Silas Malafaia e alguns ministros. Mais uma vez sem máscara, o presidente não comentou perguntas de jornalistas que indagaram sobre as mais de 35 mil mortes causadas pela Covid-19 até aquela data. |
| 08/06 | O presidente recebeu militantes na porta do Palácio da Alvorada, criticou imprensa, mas evitou comentar protestos. |
| 23/06 | A Justiça Federal no Distrito Federal determinou que o presidente tem que usar máscara em todos os espaços públicos. O presidente provocou uma aglomeração na cidade de Araguari, em Minas Gerais, onde tirou o equipamento de proteção individual para cumprimentar de longe um grupo de apoiadores que o aguardava. |
| 04/07 | O presidente sobrevoa Santa Catarina após estragos causados pela passagem de um ciclone-bomba. Em Florianópolis, distribuiu apertos de mãos. Bolsonaro participou de um churrasco em comemoração ao dia da independência dos Estados Unidos na casa do embaixador norte-americano no Brasil. O presidente publicou fotos do evento em suas redes. |
| 07/07 | Bolsonaro anunciou a infecção pela Covid-19 . Mesmo adoecido pelo vírus, o presidente voltou a minimizar a doença, inclusive retirando a máscara de proteção durante o pronunciamento à imprensa. |
| 18/07 | Bolsonaro publicou um vídeo em suas redes sociais alimentando uma aglomeração na residência oficial. Ele chegou a colocar a máscara no queixo enquanto falava à câmera, manuseada por um cinegrafista. |
| 19/07 | Diagnosticado com a covid-19, o presidente Jair Bolsonaro saiu à frente do Palácio da Alvorada para a cerimônia de hasteamento da bandeira nacional. O presidente baixou a máscara para falar com apoiadores |
| 23/07 | O presidente Jair Bolsonaro foi fotografado passeando de moto na área externa do Palácio da Alvorada. No caminho, parou para conversar com garçons, sem usar máscara de proteção. |
| 30/07 | Em sua primeira viagem após se recuperar da Covid-19, o presidente Jair Bolsonaro tirou a máscara de proteção e se juntou a uma aglomeração de apoiadores. |
| 31/07 | O presidente da República participou do lançamento de um condomínio popular construído com recursos federais, em Bagé, na Região da Fronteira do Rio Grande do Sul. Ele ficou sem máscara para tirar fotos com crianças, abraçou apoiadores, cumprimentou pessoas, além de provocar aglomeração. |
| 02/08 | O presidente Jair Bolsonaro saiu do Palácio da Alvorada para um passeio de moto e não usava máscara. |

Fonte: Elaboração própria dos autores

O quadro 3 demonstra um conjunto sistemático de ações do Presidente Bolsonaro de desrespeito às medidas de segurança contra o novo vírus. Inclusive, promovendo e incentivando a reunião de multidões para acompanharem as suas falas e discursos. Não é possível saber o quanto seu comportamento tem relação com a fragilidade das políticas de

isolamento social por todo o país. Mas certo é que há relação entre esses dois fenômenos. Isso parece mais nítido quando olhamos para as ruas do Brasil e vemos pessoas aglomeradas desempenhando suas atividades de trabalho e lazer como se não estivéssemos em meio a maior crise sanitária do século.

Considerações finais

O Brasil atingiu no início de agosto de 2020 a marca dos 100 mil mortos e está em segundo lugar no ranking de países com mais óbitos e infectados. O mundo espera uma explicação para o porquê da situação do Brasil ter atingido esse patamar. Argumentamos que parte dessa tragédia se explica em função do fracasso das medidas de isolamento social prescritas pela OMS. Dentre os fatores que favoreceram esse fracasso, destacamos o quanto o comportamento negacionista de Bolsonaro, e suas práticas recorrentes e públicas de descumprimento das medidas de segurança, tem incentivado as ações de rejeição aos princípios científicos da OMS.

Referências

BERTOLINI, Estêvão. *Os atrasos e omissões de um Ministério da Saúde provisório*. Nexo, 01 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/06/01/Os-atrasos-e-omiss%C3%B5es-de-um-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-provis%C3%B3rio>

COVID-19 [recurso eletrônico] : perguntas e respostas Centro de Telemedicina da UCS / org. Lessandra Michelin, Rodrigo Schrage Lins, Asdrubal Falavigna. – Caxias do Sul, RS: Educs, 2020.

HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha; VASCONCELOS, wagner. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo , v. 34, n. 99, p. 25-44, Aug. 2020 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200025&lng=en&nrm=iso . Acessado em 10/08/2020.

RAMESH, M. *Prefácio: Desafios à governança do executivo* in O Presidente e seu núcleo de governo: a coordenação do Poder Executivo/organizadores: Pedro Luiz Costa Cavalcante, Alexandre de Ávila Gomide. – Brasília: Ipea, 2018

SANTANA, Luciana e PEREZ, Olívia Cristina (org) (2020a). I Série especial Parceria Nexo/ABCP: *Como os governos estaduais lidam com a pandemia*. 10 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/especial/2020/05/10/Como-os-governos-estaduais-lidam-com-a-pandemia>

SANTANA, Luciana (org). II Série especial ABCP: *Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil* (2020b). Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento>

SANTANA, Luciana (orgs.) (2020c). III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020. Disponível em: <https://https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento>

Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Guia de Vigilância Epidemiológica da COVID-19.

Portal PEBMED. Coronavírus: tudo o que você precisa saber sobre a nova pandemia. Disponível em: <https://pebmed.com.br/coronavirus-tudo-o-que-voce-precisa-saber-sobre-a-nova-pandemia/>

PACTO FEDERATIVO E COORDENAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

Hesáú Rômulo

Ananda Marques

Michelle Fernandez

Helga Almeida

Thiago Silame

Introdução

Desde o registro do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, a finais de fevereiro de 2020, embates políticos envolvendo o governo federal e governos subnacionais, estados e municípios, tornaram-se cada vez mais frequentes. Dessa forma, o cenário de instabilidade política instaurado no país desde 2015, transformou-se, no contexto da pandemia, em uma crise de coordenação que se manifesta de diferentes formas no campo das políticas públicas: dificuldades na articulação intergovernamental; falta de clareza sobre atribuições e funções; dificuldades para implementar ações e serviços em momento oportuno; protagonismo de alguns governos e negligência de outros; e falta de transparência no contexto da COVID-19 (LIMA *et al.*, 2020, p. 1).

Ao longo dos últimos 30 anos, nas políticas públicas de saúde, observamos um modelo de atuação baseado no compartilhamento e na coordenação federativa. Esse modelo é o alicerce do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação. Porém, na crise sanitária que vivenciamos, nota-se uma diferença no equilíbrio de forças que sustenta o processo das políticas de saúde. O poder executivo nos estados e municípios passou a ocupar um lugar central frente a incapacidade de coordenação do governo federal. Esse desempenho inesperado dos governadores coloca-nos diante de uma série de questões sobre o manejo das políticas públicas e sobre a atuação dos diferentes entes federados nesse processo.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é identificar os mecanismos que denotam a ausência de coordenação do governo federal no contexto da crise sanitária gerada pela

pandemia de COVID-19 no Brasil. Para tanto, faremos uma análise descritiva sobre o processo de tomada de decisão por parte do Ministério da Saúde, através das atas da CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e dos gastos do Governo Federal no enfrentamento da pandemia.

O capítulo está dividido em quatro seções: a primeira apresenta uma breve discussão teórica sobre federalismo e cooperação nas políticas de saúde no Brasil; a seguir, descrevemos o cenário político dos estados brasileiros e mapeamos as relações entre União, estados e municípios, especificamente capitais de estados, na coordenação de decisões na pandemia; a terceira seção apresenta dados descritivos sobre as reuniões da CIT realizadas em 2020 e os gastos federais e estaduais no combate ao coronavírus; e, por fim, colocamos breves reflexões finais sobre a coordenação e as políticas de saúde no contexto da COVID-19.

1. Federalismo e coordenação de políticas de saúde

Os Estados federados caracterizam-se pela coexistência de diferentes unidades políticas com seus respectivos governos e por um governo central. Portanto, o princípio normativo do federalismo baseia-se, concomitantemente, na unidade nacional do Estado e na autonomia política interna dos diferentes entes federados (WATTS, 1999). Nesse sentido, a essência do federalismo está na criação de instituições e processos que permitam alcançar uma unidade política que acomode e aumente a diversidade durante a solução dos problemas da vida cotidiana. O federalismo brasileiro foi fortalecido com a Constituição de 1988 por meio da promoção de maior equilíbrio entre os entes constitutivos alçando o município a ente federado (SOUZA, 2005). O desenho institucional proposto pela nova Constituição representou um importante avanço em direção à descentralização de políticas públicas no país conferindo maior autonomia a estados e municípios. Apesar disso, esses entes não tiveram acesso a recursos suficientes para colocar sua autonomia em prática, o que levou a uma relação de dependência dos entes subnacionais ao Governo Federal. Nesse sentido, o governo central manteve papel central no processo de formulação de políticas e tomada de decisão sobre as mesmas.

O Brasil desenhou uma variedade de federalismo na qual a União tem autoridade para regular as políticas sociais implementadas pelos Governos Estaduais e Municipais, além de desempenhar um papel na redistribuição inter-regional de recursos, tratando de reduzir por meio de transferências federais desigualdades de capacidade de gasto (ARRETCHE, 2012). Assim, desde o ponto de vista das relações intergovernamentais, no Brasil, temos um arranjo federal complexo. Convivem paralelamente tendências centralizadoras e descentralizadoras, impulsionadas por diferentes forças, com motivações diversas, produzindo múltiplos resultados (ALMEIDA, 2005). Nesse contexto, o governo federal desempenha importante papel de coordenação das políticas sociais, entre elas as políticas de saúde.

Em um país grande e diverso como o Brasil, a coordenação de políticas entre áreas e esferas de governo é fundamental para potencializar a resposta do Estado aos problemas

públicos que se apresentam (LIMA et al., 2020). Quanto tratamos das políticas de saúde, é do governo federal a responsabilidade de coordenar essas políticas de saúde por meio da atuação do Ministério da Saúde.

Existem três importantes mecanismos de coordenação federativa nas políticas de saúde. São eles: a divisão de responsabilidades e funções de gestão entre autoridades governamentais no contexto das normativas do Sistema Único de Saúde; as negociações, decisões compartilhadas e formalização de compromissos entre os gestores, que compõem as instâncias e os instrumentos de pactuação federativa no SUS; e o sistema de partilha de recursos financeiros para a execução das políticas de saúde (LIMA, 2013). Assim, é finalidade da atuação do Ministério da Saúde, reduzir desigualdades em saúde em suas várias dimensões — financiamento, acesso, uso, qualidade, situação de saúde — no âmbito territorial e entre grupos sociais. Isso se deve às características diversas da sociedade e do sistema de saúde brasileiro (MACHADO, 2013).

No processo das políticas públicas de saúde, os sistemas políticos devem equilibrar as necessidades e expectativas dos cidadãos, as demandas dos profissionais de saúde e as pressões nos orçamentos públicos. Nos países federais, esses desafios são enfrentados por meio de instituições políticas que exigem a participação e cooperação de pelo menos dois níveis de governo no desenho e implementação dessas políticas, acrescentando complexidade à gestão (BANTING; CORBETT, 2001).

Durante a pandemia de COVID-19, as relações entre os diferentes entes federados no processo das políticas de saúde têm assumido novas formas. O movimento de centralização da formulação e de coordenação da implementação das políticas por parte da União e o comando do Ministério da Saúde nas ações desenvolvidas no âmbito do SUS deram lugar à fragmentação no processo das políticas no contexto da atual crise sanitária. Esse novo *modus operandi*, gerado pela inação do governo federal e por sua incapacidade de produzir espaços de diálogo com os governos subnacionais, trouxe novas responsabilidades e possibilidades de atuação para estados e municípios.

2. As Relações entre União, estados e municípios na pandemia

Diante do aumento do número de casos e de óbitos das pessoas contaminadas pela COVID-19, tornou-se imprescindível a existência de coordenação dos entes federados na condução da pandemia. No entanto, o cenário que se apresenta pelo país nos aponta em outro sentido. Assim, para ilustrar essa situação, a partir da série “Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil” publicados pela Associação Brasileira de Ciência Política (SANTANA; PEREZ, 2020; SANTANA, 2020a; SANTANA, 2020b), construímos um panorama da cooperação entre governo federal, governos dos estados e gestões municipais.

É importante que entendamos a configuração dos governantes e seus respectivos partidos, tanto no governo dos estados, quanto nas prefeituras (Tabela 1). Os partidos com mais governadores filiados são PT e PSDB, ambos com quatro; por sua vez MDB e DEM tem três governadores cada; PSB, PSC, PSL tem dois cada; Cidadania, Novo, PCdoB, PDT, PP, PSD contam com um governador cada. Das prefeituras de capitais, oito são do PSDB; quatro são do MDB; PSB e DEM têm três cada um; PDT tem duas; Cidadania, PCdoB, PRB PSD, PV, REDE tem uma prefeitura cada.

Tabela 1. Governantes e seus partidos (estados e capitais no Brasil)

| Região | Estado | Governador | Partido governador | Prefeito da capital | Partido prefeito capital |
|--------------|--------|-------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Centro-Oeste | DF | Ibaneis Rocha | MDB | ----- | ----- |
| Centro-Oeste | GO | Ronaldo Caiado | DEM | Íris Rezende | MDB |
| Centro-Oeste | MT | Mauro Mendes | DEM | Emanuel Pinheiro | MDB |
| Centro-Oeste | MS | Reinaldo Azambuja | PSDB | Marcos Trad | PSB |
| Nordeste | AL | Renan Filho | MDB | Rui Soares Palmeira | PSDB |
| Nordeste | BA | Rui Costa | PT | Antônio Carlos Magalhães Neto | DEM |
| Nordeste | CE | Camilo Santana | PT | Roberto Cláudio | PDT |
| Nordeste | MA | Flávio Dino | PCdoB | Edivaldo Holanda Júnior | PDT |
| Nordeste | PB | João Azevedo | Cidadania | Luciano Cartaxo | PV |
| Nordeste | PE | Paulo Câmara | PSB | Paulo Câmara | PSB |
| Nordeste | PI | Wellington Dias | PT | Firmino Filho | PSDB |
| Nordeste | RN | Fátima Bezerra | PT | Álvaro Dias | MDB |
| Nordeste | SE | Belivaldo Chagas | PSD | Edvaldo Nogueira | PCdoB |
| Norte | AC | Gladson Cameli | PP | Professora Socorro Neri | PSB |
| Norte | AP | Waldez Góes | PDT | Clécio Luís | REDE |
| Norte | AM | Wilson Lima | PSC | Arthur Virgílio Neto | PSDB |

| | | | | | |
|---------|----|-------------------|-------------|----------------------|-----------|
| Norte | PA | Helder Barbalho | MDB | Zenaldo Coutinho | PSDB |
| Norte | RO | Cel. Marcos Rocha | PSL | Hilson Chaves | PSDB |
| Norte | RR | Antonio Denarium | Sem partido | Teresa Surita | MDB |
| Norte | TO | Mauro Carlesse | DEM | Cinthia Ribeiro | PSDB |
| Sudeste | ES | Renato Casagrande | PSB | Luciano Rezende | Cidadania |
| Sudeste | MG | Romeu Zema | NOVO | Alexandre Kalil | PSD |
| Sudeste | RJ | Wilson Witzel | PSC | Marcelo Crivella | PRB |
| Sudeste | SP | João Dória | PSDB | Bruno Covas | PSDB |
| Sul | PR | Ratinho Júnior | PSDB | Rafael Greca | DEM |
| Sul | RS | Eduardo leite | PSDB | Nelson Marchezan Jr. | PSDB |
| Sul | SC | Carlos Moisés | PSL | Gean Loureiro | DEM |

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o Observatório do Legislativo Brasileiro (2020) em publicação sobre a votação dos congressistas no primeiro ano do governo Bolsonaro, conclui-se que os únicos partidos que o governo conseguiu cultivar como parceiros absolutamente leais foram o PSL e o Partido Novo. As alianças com outros partidos oscilaram de acordo com as agendas postas. O problema desse contexto é que Jair Bolsonaro, diante de seu frágil trabalho de articulação, tem que estruturar o enfrentamento de uma pandemia tendo como aliados somente quatro governadores fiéis (três do PSL e um do Novo) e nenhum prefeito de capital. E por que isso importa? Neste cenário pandêmico, em que a coordenação tem que ser muito bem articulada entre os vários níveis federados, certamente um ganho seria o prévio alinhamento entre união, estados e prefeituras.

Tabela 2. Panorama da cooperação entre Governos dos Estados e Governo Federal e cooperação entre Governos dos Estados e Governos Municipais nas capitais.

| Estado | Há cooperação entre Governo do estado e governo federal? | Há cooperação entre governo do estado e governo municipal da capital? |
|---------------|---|--|
| Acre | Não | Sim |
| Alagoas | Não | Sim |
| Amapá | Não | Sim |
| Amazonas | Sim | Sim |
| Bahia | Não | Sim |

| | | |
|---------------------|---------|---------|
| Ceará | Não | Sim |
| Distrito Federal | Não | ----- |
| Espírito Santo | Não | Sim |
| Goiás | Não | Sim |
| Maranhão | Não | Sim |
| Mato Grosso | Sim | Não |
| Mato Grosso do Sul | Não | Sim |
| Minas Gerais | Sim | Não |
| Pará | Não | Oscilou |
| Paraíba | Não | Sim |
| Paraná | Não | Não |
| Pernambuco | Não | Sim |
| Piauí | Não | Sim |
| Rio de Janeiro | Não | Oscilou |
| Rio Grande do Norte | Não | Oscilou |
| Rio Grande do Sul | Não | Sim |
| Rondônia | Sim | Sim |
| Roraima | Sim | Não |
| Santa Catarina | Oscilou | Oscilou |
| São Paulo | Não | Sim |
| Sergipe | Não | Sim |
| Tocantins | Oscilou | Oscilou |

Fonte: Elaboração própria a partir de Santana e Perez (2020), Santana (2020a) e Santana (2020b).

Para além do alinhamento formal entre governos, a partir da atuação dos estados e dos municípios (capitais), tratamos de construir um mapa de convergência de atuação entre esses diferentes níveis de governo. Ao verificarmos se os governos se alinham ou não ao Governo Federal, pôde-se ver que há cooperação entre União e estados em apenas cinco estados. São eles: Amazonas, Mato Grosso, Minas Gerais, Rondônia e Roraima, ou seja, 18,5% do total de estados. Além disso os estados de Santa Catarina e Tocantins tem oscilado na cooperação.

Sobre as relações entre governos do estado e governos municipais, dezessete desses tem conduzido conjuntamente com as prefeituras suas ações, quatro não têm estado alinhadas e cinco oscilaram. Isso significa que quase 65,4% dos governos de estados e prefeituras de capitais têm trabalhado conjuntamente, o que pode ser uma resultante das inconsistências de atuação do governo federal. Ou seja, uma vez que o governo federal não dispõe diretrizes e planos claros para o enfrentamento da COVID-19, os estados e prefeituras ficam

pressionados e unem forças, já que serão compelidos a agir sem a orientação e coordenação da União. Lembrando que as capitais dos estados brasileiros concentram em si as maiores infraestruturas hospitalares de seus respectivos estados.

3. Reuniões CIT e gastos no enfrentamento ao coronavírus: evidências da descoordenação federativa

O governo Bolsonaro teve, até julho de 2020, três ministros da saúde: Luiz Henrique Mandetta (de 1º de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020), Nelson Teich (de 17 de abril de 2020 a 15 de maio de 2020) e o Eduardo Pazuello (desde 15 de maio de 2020), sendo este último, interino. A saída de Mandetta, médico e ex-deputado federal filiado ao DEM, foi marcada por conflito e desalinhamento entre presidente e ministro quanto ao enfrentamento da pandemia. Assim como Teich, também médico e ligado ao empresariado da saúde. Pazuello, General do Exército Brasileiro, inicialmente foi nomeado Secretário-Executivo na gestão de Teich, e com a demissão desse assumiu como interino. Acompanhamos a saída de dois ministros da Saúde em meio ao enfrentamento da COVID-19. Os motivos dessa rotatividade foram os conflitos entre o presidente, ministros e burocracias (INÁCIO; FERNANDEZ, 2020).

O Sistema Único de Saúde tem como uma de suas principais características a coordenação e colaboração entre os diferentes entes federativos (MENICUCCI, 2009). Para tanto, existem foros em que estas negociações são realizadas e os devidos encaminhamentos são tomados. Regulamentada pela Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990, e pela lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é a mais alta câmara onde estas deliberações são produzidas. Composta por 15 membros no total, com paridade entre Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Entre as várias atribuições regimentais competentes à CIT, nos atemos no presente capítulo na definição de recursos orçamentários para implementação de políticas públicas de saúde, ou seja, nas verbas necessárias para se colocar em prática ações efetivas. A aplicação de recursos para o SUS tem sido um debate perene principalmente quando se enxergam as disparidades econômicas e sociais entre os estados e municípios (UGÁ, 2003; FREIRE, 2004). Assim, a partir das decisões da CIT, são colocadas em prática ações em toda linha de cuidado da saúde pública, desde as UBSs (unidade básica de saúde), passando pela UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) até os hospitais públicos de referência em média e alta complexidade. O sufocamento do sistema é sentido principalmente nestas três unidades de atendimento à população, e no caso da crise sanitária do novo coronavírus, a distribuição de

recursos impacta diretamente na aquisição de insumos e de recursos humanos necessários para sustentar a rede em funcionamento.

A seguir, o Quadro 1 apresenta um resumo das reuniões CIT realizadas em 2020, duas sob o comando de Mandetta, nenhuma com Teich e duas com Pazuello. As reuniões com Mandetta tiveram como pauta a situação epidemiológica e o alinhamento de ações para enfrentamento ao coronavírus, ainda em seu estágio inicial de infecção no território nacional e as reuniões com Pazuello focaram em pactuações de repasses de recursos. Nesse período, duas portarias (nº 395 e nº 480) versaram sobre repasse de custeio para atenção hospitalar em 16 e 23 de março, respectivamente. Interessante ressaltar que à época, ficou a cargo dos estados a definição dos critérios do repasse da verba aos municípios. Quase dois meses depois a CIT se reúne, já sob condução do terceiro ministro durante a pandemia, para uma definição sistemática do montante a ser investido na rede pública de saúde nacional.

Quadro1- Resumo das Reuniões CIT 2020

| Data | Pauta/Ministro | Encaminhamentos |
|----------------|--|---|
| 6 de fevereiro | Situação epidemiológica no Mundo e no Brasil e ações do SUS Ministro Luiz Henrique Mandetta | Envio dos planos de contingência estaduais ao Ministério da Saúde. Habilitação de leitos de retaguarda. Atenção a classificação de risco, fluxos de encaminhamentos e protocolos de atendimento |
| 26 de março | Alinhamento das ações coronavírus Ministro Luiz Henrique Mandetta | Sem encaminhamentos |
| 21 de maio | Assinatura das portarias do Ministério da Saúde de repasse de R\$ 2,2 bilhões aos estados e municípios; Discussões e Pactuações sobre a) criação de centros de triagem, b) financiamento dos hospitais de campanha e c) Pagamento do novo procedimento criado pela Portaria nº 245/2020 que inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de infecção pelo COVID-19; Informes. Ministro Eduardo Pazuello. | Pactuados o credenciamento e financiamento temporário dos Centro de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19 e Centro Comunitário de Referência para Enfrentamento à Covid-19; Pactuado o mérito da proposta. Inserir na portaria ressalva para resguardar municípios e estados que já instalaram hospitais de campanha; Pagamento referente a Portaria SAS/MS nº 245/2020 será discutida em reunião tripartite para avaliar a produção. |

| | | |
|-------------|---|--|
| 18 de junho | <p>Discussões e Pactuações sobre: a) Portaria de incentivo aos Estados para Planejamento e Regionalização, b) Prazos do Programa Previne Brasil.</p> <p>Informes.</p> <p>Ministro Eduardo Pazuello.</p> | <p>Apresentação na 5ª Reunião Ordinária CIT em 30/07/2020 de um panorama das ações realizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia causada pela COVID 19.</p> <p>Pactuada a portaria de incentivo aos Estados para Planejamento e Regionalização.</p> <p>Pactuados novos prazos do Programa Previne Brasil, 2º quadrimestre: pagamento da capitação cheia até agosto de 2020 e prorrogação do “cadastre já” até agosto 2020; 3º quadrimestre: Pagamento por desempenho considerando os resultados obtidos nos indicadores pactuados e monitorados e pagamento complementar considerando os efeitos da pandemia sobre o trabalho das equipes e no alcance das metas resultando em pagamento por desempenho “cheio”.</p> |
| 30 de julho | <p>Discussões e Pactuações sobre: a) Ofício nº 024/2020 - CIB/AM;</p> <p>Apresentações e Discussões: a) Monitoramento da aquisição e distribuição de fármacos no âmbito da COVID-19; b) Quadro Brasil das habilitações de Leitos COVID-19 e Leitos UTI COVID-19; c) Painel epidemiológico COVID-19.</p> <p>Informes</p> <p>Ministro Eduardo Pazuello.</p> | Encaminhamentos ainda não disponíveis. |

Fonte: Elaborado própria a partir dos resumos-executivos das reuniões CIT⁷

A correta e oportuna alocação de recursos tem sido um determinante para eficácia das políticas públicas de saúde, e no caso da pandemia de algumas frentes prioritárias dentro do Sistema Único de Saúde: o fortalecimento da atenção primária, o investimento em modernização das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias e a ampliação progressiva da rede de média e alta complexidade, seguindo preceitos de regionalização. A reunião da CIT realizada no dia 30 de julho de 2020 trouxe para o debate uma questão importantíssima, porém deixada de lado nos últimos meses: o painel epidemiológico nacional, que evidencia as nuances regionais de casos e óbitos pelo país. Outrora uma pauta da reunião de fevereiro, quando a pasta era comandada por Mandetta, o foro tripartite voltou a discutir as diferentes realidades do coronavírus no Brasil. Ainda que de maneira tardia, compreende-se que a contaminação atingiu os estados de maneira distinta, em temporalidades distintas.

⁷ Disponível em: <https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite/pautas-de-reunioes-e-resumos>

A seguir, o Quadro 2 apresenta informações sobre gastos federais para o combate ao coronavírus aplicados em cada estado⁸ e os gastos estaduais, incluídos os recursos repassados pela União; além disso, aponta o gasto per capita, são dados disponibilizados nos sítios oficiais do Portal da Transparência e da Controladoria Geral da União.

Apesar das limitações dos dados disponíveis (pelo Portal da Transparência alguns estados não receberam repasses) é possível levantar alguns questionamentos sobre as informações de gastos públicos no combate à pandemia. Primeiro, houve direcionamento maior de recursos para os estados alinhados ao Governo Federal? Há algum padrão nos gastos por parte dos estados alinhados e não alinhados?

Quadro 2. Gastos dos entes federativos no combate à pandemia

| UF | Aplicação dos gastos federais por estado | Gastos da UF | Pop | Gastos per capita |
|---------------------|--|---------------------|------------|-------------------|
| Acre | R\$39.982.510,00 | R\$104.287.434,47 | 869.265 | R\$119,97 |
| Alagoas | R\$74.506.995,00 | R\$83.861.444,48 | 3.322.820 | R\$25,24 |
| Amapá | R\$92.302.221,00 | R\$81.527.664,76 | 829.494 | R\$98,29 |
| Amazonas | R\$116.834.308,00 | R\$206.804.771,69 | 4.080.611 | R\$50,68 |
| Bahia | R\$183.821.953,00 | R\$462.273.307,59 | 14.812.617 | R\$31,21 |
| Ceará | R\$181.066.340,00 | R\$451.778.865,64 | 9.075.649 | R\$49,78 |
| Distrito Federal | R\$50.437.829,00 | R\$308.563.457,31 | 2.974.703 | R\$103,73 |
| Espírito Santo | R\$0,00 | R\$228.876.165,75 | 3.972.388 | R\$57,62 |
| Goiás | R\$79.582.616,80 | R\$217.207.175,44 | 6.921.161 | R\$31,38 |
| Maranhão | R\$129.132.121,00 | R\$1.164.500.693,13 | 7.035.055 | R\$165,53 |
| Mato Grosso | R\$0,00 | R\$143.434.799,35 | 3.441.998 | R\$41,67 |
| Mato Grosso do Sul | R\$2.015.028,00 | R\$74.121.632,87 | 2.748.023 | R\$26,97 |
| Minas Gerais | R\$4.783.336,00 | R\$470.309.522,94 | 21.040.662 | R\$22,35 |
| Pará | R\$0,00 | R\$443.018.372,34 | 8.513.497 | R\$52,04 |
| Paraíba | R\$26.794.170,00 | R\$88.573.097,26 | 3.996.496 | R\$22,16 |
| Paraná | R\$0,00 | R\$343.609.888,93 | 11.348.937 | R\$30,28 |
| Pernambuco | R\$92.619.695,00 | R\$586.994.117,91 | 9.496.294 | R\$61,81 |
| Piauí | R\$0,00 | R\$72.691.024,82 | 3.264.531 | R\$22,27 |
| Rio de Janeiro | R\$97.697.820,00 | R\$1.489.704.685,99 | 17.159.960 | R\$86,81 |
| Rio Grande do Norte | R\$50.086.299,00 | R\$66.912.212,43 | 3.479.010 | R\$19,23 |

⁸ A análise de contratações relacionadas à COVID-19 feita pela Controladoria Geral da União ressalta na introdução do item “Análise de Quantidades” que existem limitações na coleta dos dados, portanto, “alguns resultados podem ser afetados pela não coleta da informação, o que não significa, necessariamente, a inexistência da contratação”.

| | | | | |
|-------------------|-------------------|---------------------|------------|----------|
| Rio Grande do Sul | R\$71.646.537,00 | R\$252.058.987,18 | 11.329.605 | R\$22,25 |
| Rondônia | R\$30.991.725,00 | R\$89.695.857,64 | 1.757.589 | R\$51,03 |
| Roraima | R\$58.528.036,00 | R\$40.208.548,37 | 576.568 | R\$69,74 |
| Santa Catarina | R\$0,00 | R\$134.841.798,94 | 7.075.494 | R\$19,06 |
| São Paulo | R\$215.540.633,00 | R\$1.536.412.640,45 | 45.538.936 | R\$33,74 |
| Sergipe | R\$46.845.090,00 | R\$34.421.915,45 | 2.278.308 | R\$15,11 |
| Tocantins | R\$29.632.738,00 | R\$59.608.655,96 | 1.555.229 | R\$38,33 |

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados da CGU e Portal da Transparência⁹

Os cinco estados que receberam maior volume de recursos do Governo Federal foram São Paulo, Bahia, Ceará, Maranhão e Amazonas. Já os cinco estados que realizaram maior gasto foram São Paulo, Rio de Janeiro, Maranhão Pernambuco e Minas Gerais. Salta aos olhos que o Maranhão, um estado com uma população significativamente menor que a dos dois outros estados que alcançaram a marca de mais de 1 bilhão de reais investidos no enfrentamento da pandemia, tenha gasto tal volume de recursos. Quando analisamos o gasto per capita, o Maranhão está no topo, com R\$ 165,53, seguido do Acre, Distrito Federal, Amapá e Rio de Janeiro, sendo que os estados do Norte e o DF têm densidade demográfica bem menor que os demais.

Os dados analisados nesta seção apontam que há uma descoordenação dos entes federativos no combate à pandemia. As reuniões da CIT indicam ausência de discussões e encaminhamentos sobre a situação epidemiológica no país e os dados sobre repasses federais e gastos estaduais sugerem que existe ausência de um planejamento nacional, de modo que os estados atuaram de modo independente, cooperando horizontalmente apenas em contextos especiais, como nos casos do Consórcio Nordeste e do Consórcio Brasil Central. Fora estas ocasiões, parece ser que a CIT não logrou êxito em conduzir um debate nacional com capilaridade e intensidade, agregando instituições em torno de um horizonte comum.

Conclusão

É evidente que vivemos um contexto desafiador para a implementação das políticas de saúde durante a pandemia de COVID-19. Essa nova realidade pede respostas rápidas para questões urgentes. A literatura afirma que a indefinição no que se refere ao papel dos governos estaduais junto aos municípios e a incapacidade de construção de estratégias de cooperação horizontal por esses governos favorecem a manutenção do papel indutor e centralizador do governo federal (FLEURY; OUVÉNEY, 2006). Porém, o que observamos

⁹ Disponível em: <https://landpage.cgu.gov.br/painelcovid/aquisicoes2.html> e <http://www.portaltransparencia.gov.br/programas-e-acoas/acao/21Co-enfrentamento-da-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-decorrente-do-coronavirus>

no momento atual é que frente a atuação pífia do governo federal, marcada por desarticulação, incapacidade de formular propostas sólidas e fiáveis e inabilidade na construção de espaços de diálogo, abriu-se o caminho para a atuação dos governadores junto aos municípios e para o estabelecimento de plataformas de cooperação horizontal entre os estados, como é o caso do Consórcio do Nordeste (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

Ainda assim, é fundamental reconhecer a importância da coordenação do governo federal neste momento de emergência sanitária. Temos no país um contexto de assimetrias prévias nas capacidades estatais dos estados para implementar respostas efetivas à crise imposta pela epidemia. A coordenação é crucial para possibilitar a mobilização de recursos de regiões menos afetadas para outras mais afetadas. Assim, de forma geral, a coordenação faz-se necessária para que haja boa administração dos recursos disponíveis.

O modo como o Brasil está enfrentando a pandemia – estados atuando de modo independente – é contrário às diretrizes e princípios do SUS, e vai de encontro, inclusive, às tecnologias sociais e políticas desenvolvidas pela burocracia brasileira na gestão pública da saúde e assistência social. Quais serão os impactos da descoordenação federativa que vive o Brasil no pós-pandemia? Como essa dificuldade de articulação institucional entre os estados e União vai afetar, por exemplo, a distribuição de uma vacina? Os brasileiros sofrem mais com o coronavírus devido aos desajustes entre os governos nacional e subnacionais? Estes questionamentos estão postos, mas ainda não puderam ser respondidos. Entretanto, o que se observa a partir das primeiras evidências disponíveis é que a crise sanitária está relacionada ao agravamento da crise econômica e política, e que uma variável importante nesta equação é o desalinhamento entre os entes federados.

Referências

- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação? *Revista Sociologia e Política*, n. 24, pp. 29-40, 2005.
- ARRETCHE, M. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV/ Editora Fiocruz, 2012.
- BANTING, K; CORBETT, S. Federalism and health care policy: an introduction. Texto para discussão apresentado no Health Policy and Federalism Workshop, realizado em São Paulo, Brasil, 15-16/10/2001.
- FERNANDEZ, Michelle; PINTO, Héider. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Revista Saúde em Redes*, vol. 6, Supl. 2, pp. 7-21, 2020.
- FLEURY, Sonia; OUVÉREY, Assis. O Sistema Único de Saúde brasileiro. Desafios da gestão em rede. *Revista portuguesa e brasileira de gestão*, n. especial 10 anos, 2006.

FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo et al. O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. 2004. Tese de Doutorado.

INÁCIO, Magna; FERNANDEZ, Michelle. As políticas públicas na mira dos leais do presidente. Nexo Jornal [Internet]. 18 de junho 2020. Disponível em <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/As-políticas-públicas-na-mira-dos-leais-do-presidente>.

LIMA, Luciana; PEREIRA, Adelyne; MACHADO, Cristiani. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19, Cadernos de Saúde Pública, vol. 36, n. 7, 2020.

LIMA, Luciana. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 73-139.

MACHADO, Cristiani. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 35-70.

MENICUCCI, Telma. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, vol. 25, n. 7, pp. 1620-1625, 2009.

OBSERVATÓRIO DO LEGISLATIVO BRASILEIRO. Como votam os congressistas no primeiro ano do governo Bolsonaro? Observatório do Legislativo Brasileiro. 20 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://olb.org.br/como-votaram-os-congressistas-no-primeiro-ano-do-governo-bolsonaro/>

SANTANA, Luciana (org.). II Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020a. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento>

SANTANA, Luciana (org.). III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020b. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento>

SANTANA, Luciana e PEREZ, Olívia Cristina (orgs.). I Série especial Parceria Nexo/ABCP: Como os governos estaduais lidam com a pandemia. 10 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/especial/2020/05/10/Como-os-governos-estaduais-lidam-com-a-pandemia>

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. Revista Sociologia e Política, n. 24, pp. 105-121, 2005.

UGÁ, Maria Alicia et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva,

PROCESSOS DECISÓRIOS DOS GOVERNOS ESTADUAIS FRENTE À PANDEMIA¹⁰

Sandra Gomes

Francymonni Yasmim Marques Melo

Introdução

Muito tem se falado sobre a falta de coordenação nacional, pelo governo federal, nas ações de enfrentamento à Covid-19. Os estudos preliminares já realizados sobre essa questão, de fato, sugerem um protagonismo dos governos subnacionais que, como consequência, teria produzido uma miríade de decisões particulares e próprias, justamente pela ausência de estratégias de indução nacional (ver, por exemplo, SANTANA; PEREZ, 2020; SANTANA, 2020a; SANTANA, 2020b).

Se o padrão coordenativo pós Constituição Federal de 1988, em todos os governos, era de formulação de desenhos institucionais que criassem incentivos (e constrangimentos) para que Estados, Distrito Federal e Municípios adotassem certa normatização ou padrão na oferta de serviços nacionais, o governo Bolsonaro parece romper com este padrão.

No caso das ações de saúde coletiva para combate ao Novo Coronavírus, não apenas os governos subnacionais foram deixados à própria sorte, como também tiveram de enfrentar as tentativas do governo federal de retirar-lhes as competências e prerrogativas de legislar em suas próprias jurisdições. Ao final, o Supremo Tribunal Federal defere o entendimento, constitucional, de que a competência em saúde – no Brasil federativo – é concorrente entre os três níveis de governo.

À vista disso, as perguntas que fazemos neste texto são: se existe mesmo o rompimento com o padrão coordenativo nacional em que deixam de existir orientações e apoio federal, o que explicaria os processos decisórios dos governos estaduais nesse contexto particular? É possível verificar padrões decisórios que revelem outras formas de coordenação ou, ao menos, de influência de órgãos ou associações como orientadores das decisões tomadas pelos governos estaduais durante a pandemia?

¹⁰ “Para melhor compreensão dos argumentos e dados apresentados, é importante registrar este texto foi escrito em outubro de 2020”

Há muitas hipóteses para explicar como se orientaram os governos estaduais em suas decisões. Alguns exemplos são: o papel orientador da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e, até mesmo, do Consórcio Nordeste (Associação dos Governadores dos Estados do Nordeste).

Ainda que todas essas possibilidades sejam plausíveis e, inclusive, possam ter orientado as decisões dos governos estaduais de modo combinado – isto é, todos esses fatores ao mesmo tempo – não temos análises empíricas sistemáticas que possam identificar padrões decisórios.

A nossa análise, portanto, tenta explorar de forma preliminar a existência (ou não) de padrões recorrentes e, por essa razão, optamos por focar nos governos estaduais e no distrital, pois entendemos que eles acabaram por se tornar a única possibilidade de produção de coordenadores de ações nos municípios de sua jurisdição. Em outras palavras, o objeto de análise deste estudo consiste nas decisões tomadas pelos executivos estaduais. Contudo, cabe destacar que, considerando que o estudo das decisões das Unidades da Federação frente à pandemia ainda é muito recente, nossas análises aqui são, evidentemente, exploratórias.

De modo mais específico, neste capítulo buscamos identificar alguns padrões decisórios numa seleção de Unidades da Federação com relação às ações de combate e prevenção da Covid-19 durante a pandemia. Assumimos, como hipótese, que esta situação inédita desde a Constituição Federal de 1988 (ausência coordenação nacional na saúde) produziu variação nas decisões, porém, com alguns padrões (recorrentes) decisórios que podem ser identificados.

Para testar esta hipótese, levantamos algumas informações sobre decisões dos governos e as respectivas datas, isto é, os momentos em que as decisões foram tomadas (ou não tomadas) para verificar se padrões decisórios existem ou não. Portanto, foram compiladas informações sobre as decisões tomadas pelos governos estaduais e o distrital, visando perceber em que momento ocorreram e se há regularidade nessas decisões que possam sugerir formatos de coordenação na tomada de decisão.

Destaca-se que nesta versão das análises, não temos informações completas para quatro UFs: Amazonas, Ceará, Mato Grosso e Piauí e, assim, estas foram excluídas das análises. Parte dos dados foi levantado num esforço coletivo de alunos do curso de Gestão de Políticas Públicas da UFRN que participaram da disciplina “Gestão pública estadual frente à pandemia” no semestre suplementar de 2020.5, aos quais agradecemos o envolvimento.

As análises empíricas mostram ambos resultados esperados: variação nas decisões, isto é, decisões particulares de cada governo, ao mesmo tempo em que se identificam decisões alinhadas ao governo federal. Este resultado é interessante, pois nossa agenda de pesquisa sobre os governos na pandemia tem chamado pouca atenção para aquilo que parece menos evidente: a influência do nível federal nas decisões estaduais.

Como exploramos à frente, no primeiro momento, a coordenação do Ministério da Saúde fez-se presente e influenciou as ações de planejamento de Estados e Distrito Federal, antes mesmo da confirmação do primeiro caso de contágio em território nacional. A aprovação de Lei Nacional amparando as ações dos três níveis de governo, pelo Congresso Nacional, ainda em fevereiro de 2020, também mostra essa tentativa inicial de coordenação nacional. Em um segundo momento, essa iniciativa de coordenação desaparece, porém, ainda assim observamos a influência das decisões federais nas normativas aprovadas pelos governos estaduais.

No entanto, nosso argumento é que a partir desse momento que a iniciativa de coordenação desaparece, os governos subnacionais passam a adotar ações alinhadas às do governo federal para fins de segurança jurídica, como no caso exemplar dos decretos de calamidade pública.

Para apresentação mais claras destes argumentos e resultados, este capítulo está dividido em quatro seções, além desta introdução. Na seção 1 fazemos um breve apanhado do padrão coordenativo nacional que a literatura brasileira identificou ao longo de diferentes governos no pós-constituente. Na seção 2 apresentamos os vários fatores explicativos ou os argumentos levantados na discussão pública sobre quais organizações parecem ter influenciado e/ou orientado as decisões dos governos estaduais e do distrital durante a pandemia. Na seção 3 discutimos os resultados empíricos de uma seleção de dados que identificam padrões decisórios estaduais próprios, isto é, particulares de cada UF assim como recorrentes. Ao final, tecemos algumas considerações para a construção de uma agenda de pesquisa nessa temática.

Seção 1 – O padrão anterior de coordenação nacional

Na literatura brasileira de políticas públicas é bastante consensual o entendimento de que diferentes governos federais após a Constituição Federal de 1988 adotaram estratégias de coordenação nacional, especialmente nas políticas sociais (ABRUCIO, 2005; ARRETCHE, 2012; BICHIR; JUNIOR; PEREIRA, 2020; FRANZESE; ABRUCIO, 2013; GOMES, 2009; MENICUCCI; MARQUES, 2016).

As mudanças realizadas pela Constituição Federal de 1988 consistem em um dos fatores que explicaria um papel mais ativo e indutor do executivo federal desde então, tendo em vista que, por um lado, a Constituição amplia os direitos sociais na perspectiva de um direito de cidadania (MARSHALL, 1967) e, por outro, centraliza os poderes legislativos no executivo federal, o que teria permitido a prevalência de sua agenda de políticas públicas (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999).

Como exemplos típicos da capacidade do governo federal em induzir Estados e municípios a expandirem a oferta de serviços públicos aderindo à normas nacionais, temos

a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo da década de 1990, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), aprovado em 1996, e hoje FUNDEB (estendido para toda a educação básica) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de 2005.

Tipicamente, essas estratégias de indução nacional têm como objetivo central produzir patamares mínimos na oferta de serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, em todo o território nacional (MENICUCCI; GOMES, 2018). Entende-se, portanto, que um dos objetivos dessas estratégias é a diminuição das desigualdades de acesso à serviços pela população brasileira.

Os resultados da adoção desse modelo são significativos. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios brasileiros aumentaram a oferta de seus serviços de saúde, educação, assistência social e outros que são providos por eles (ARRETCHE; MARQUES; FARIA, 2019). Isso evidencia que o governo federal foi bem-sucedido em adotar uma estratégia em que, apesar de ele mesmo não ser provedor final dos serviços, cria incentivos (e constrangimentos) para que os governos subnacionais façam a adesão às políticas nacionais.

O governo Bolsonaro parece, pela primeira vez na história da Nova República, abandonar estratégias de coordenação nacional. Como argumentam Abrucio e colegas (2020), aparentemente o governo tem alterado o padrão anterior de relações intergovernamentais na Federação brasileira, deixando de produzir indução e coordenação nacional em áreas que, tradicionalmente, recebiam iniciativas nacionais. Como alertam os autores, isto parece estar congruente com o lema de campanha e de governo do atual incumbente: “Menos Brasília, Mais Brasil”.

O início da pandemia do novo coronavírus no mundo e no Brasil escancara essa falta de coordenação nacional. Estratégias de isolamento social, de compras de insumos de saúde e de recursos humanos, de fechamento de fronteiras internacionais ou interestaduais, assim como aeroportos e portos dentre outras estratégias que poderiam ter sido adotadas de modo nacional, a partir da coordenação do governo federal, não ocorreram. De fato, essa ausência de coordenação gerou, além de ineficácia no combate ao espraiamento do contágio no país, um fato inusitado: os governos estaduais acabaram por se tornar os principais tomadores de decisão durante a pandemia (MORAES, 2020).

É também bastante curiosa essa nova posição do governo federal no que se refere ao próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo um Sistema Nacional de políticas de saúde, o SUS é reconhecido como um desenho institucional particularmente propenso à coordenação nacional, com sua normatização já consolidada e espaços de negociação, articulação e pactuação. Um exemplo da existência de espaços para colaboração é o Conselho Intergestores Tripartite (CIT), com participação de membros do Ministério da Saúde assim como dos governos subnacionais, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Assim, percebe-se

que não se trata de inexistência de espaços institucionais para a produção de estratégias de coordenação nacional, pois eles existem, estão consolidados e funcionam há bastante tempo.

Dessa forma, a situação da pandemia no Brasil, reforça a noção dos estudiosos de políticas públicas e de relações intergovernamentais no País que, de fato, é deliberada a opção do governo federal de não produzir coordenação, leia-se, apoio aos governos subnacionais. Sendo este, aparentemente, um fato inusitado na Nova República, o objetivo deste texto é verificar que outros fatores passaram a influenciar o processo decisório dos governos estaduais durante a pandemia haja vista a ausência de estratégias nacionais. A próxima seção apresenta um levantamento preliminar de possíveis explicações para isto.

Seção 2 – Elementos que influenciariam as decisões dos governos

O cenário de pandemia da COVID-19 provocado pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2)¹¹ gerou um contexto de anormalidade em diferentes áreas, provocando novos desafios a gestão pública em escala local, nacional e internacional. Em virtude disso, as agências internacionais de saúde passaram a emitir comunicados alertando sobre a COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu a declaração de emergência de saúde pública de importância internacional e, em 11 de março de 2020, declarou o status de pandemia, em virtude da forma como a doença se expandiu em escala global (BMJ BEST PRACTICE, 2020).

Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que consiste em um escritório regional da OMS, tem dado suporte ao Ministério da Saúde do Brasil desde janeiro de 2020. Em fevereiro, a Instituição realizou, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde do Brasil, um treinamento sobre diagnóstico do Novo Coronavírus para o Brasil e mais nove países. Em março, a OPAS organizou outro treinamento, a pedido do Ministério da Saúde, desta vez com foco na investigação de surtos e epidemias a partir do uso da ferramenta Go.Data, conforme Folha Informativa – COVID-19 da OPAS BRASIL (2020).

No mês seguinte, abril de 2020, a OPAS elaborou um guia técnico com recomendações sobre o distanciamento social para suporte ao Ministério da Saúde e para orientar a tomada de decisão dos governos locais. Posteriormente, em maio de 2020, a OPAS lança outro documento com orientações para os governos locais, desta vez intitulado “Fortalecimento da Preparação para a COVID-19 em Cidades e Entornos Urbanos”. Em junho, através de uma colaboração da OPAS/OMS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

¹¹ De acordo com o manual BMJ Best Practice (2020), o SARS-CoV-2 pertence ao grupo viral CoV que gera sintomas que vão do resfriado comum à uma pneumonia viral grave e o primeiro vírus identificado foi o SARS-CoV, em 2002, seguido do MERS-COV-2, em 2012. Diferentemente destes dois vírus, o SARS-CoV-2, possui efeitos mais avassaladores devido à alta taxa de transmissibilidade e de letalidade em pessoas classificadas como grupo de risco da doença.

e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, foi lançado o documento “Estratégia de Gestão: instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia da COVID-19 na esfera local” também com foco na orientação aos governos locais, ainda de acordo com a Folha Informativa – COVID-19 da OPAS BRASIL (2020).

Dessa forma, estes documentos elaborados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) podem ser considerados como as principais ações das agências internacionais de saúde para orientação aos governos locais sobre a pandemia da COVID-19.

Acerca da atuação dos Conselhos de Saúde tem-se, por um lado, o CONASS e CONASEMS e, por outro lado, o Conselho Nacional de Saúde - CNS. Como veremos à frente, esses dois conselhos, membros da Comissão Intergestores Tripartite, foram atores relevantes na definição dos planos de contingência estaduais.

Em relação ao Conselho Nacional de Saúde, percebe-se uma atuação mais ativa, a partir da publicação de documentos, cartas abertas, recomendações e notas públicas. Em 23 de março de 2020, o CNS publicou “Carta aberta do CNS às autoridades brasileiras no enfrentamento ao Novo Coronavírus” e, em 31 de março de 2020, o “Documento Orientador para Conselhos Estaduais, Municipais e Distrital de Saúde sobre Novo Coronavírus (Covid-19)”, além de diferentes recomendações para os governos locais sobre a COVID-19 que vão desde o foco em grupos em situação de vulnerabilidade quanto aos protocolos de atendimento, todos dispostos no Portal do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2020).

No que tange às ações do Ministério da Saúde e federais de maneira geral, uma série de atos normativos em relação à COVID-19 foram publicadas desde fevereiro até 29 de julho de 2020. Ao todo foram mais de 430 marcos normativos, incluindo Leis, Portarias, Medidas Provisórias e Instruções Normativas.

Desse conjunto de atos normativos, pode-se destacar a Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, que “Declara a Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV)”; a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que “Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorre do coronavírus responsável pelo surto de 2019”; o Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020, que “Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19”; a Portaria nº 343, de 17 de março de 2020, que “Dispõe sobre a substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus – COVID-19”; a Portaria nº 117, de 18 de março de 2020, que trata da “Instituição do Comitê Setorial da Crise”; a Portaria nº 454, de 20 de março de 2020, que “Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19)”; e a Portaria nº 743, de 27 de março de 2020, que “Estabelece rito específico para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federados, decorrentes de desastre relacionado à

contaminação. Todos esses atos normativos estão dispostos no Portal do Planalto em uma seção específica para legislações sobre a COVID-19 (BRASIL, 2020).

À vista disso, pode-se assumir, ainda que não tenhamos condições, neste texto, de explorar todos esses potenciais fatores explicativos, que essas organizações aqui citadas de maneira breve podem ter influenciado na atuação dos governos subnacionais, a partir dos direcionamentos com os documentos orientadores e/ou dos marcos normativos lançados a nível nacional.

Na próxima seção apresentamos alguns resultados que sugerem a influência de fatores particulares, isto é, próprios de cada Unidade da Federação (UF) e, ao mesmo tempo, de outros que foram tomados de modo coordenado, inclusive, afetados pelas decisões em nível federal.

Seção 3 – Identificando padrões empíricos nas decisões

O levantamento de possíveis explicações para a tomada de decisões dos governos estaduais, da seção anterior, demonstra a variedade de interpretações ainda existentes. Esses fatores podem tanto ter atuado em conjunto, quanto em separado.

Tendo feito um levantamento mais abrangente, nos dedicamos aqui a apresentar alguns resultados que nos pareceram relevantes. Mesmo que inicial, as análises mostram que há, em determinados assuntos, certa convergência entre as decisões estaduais e, ao mesmo tempo, diferenças que atribuímos às condições particulares de cada UF. Portanto, esta seção trata de analisar, de modo bastante exploratório, as decisões tomadas pelos governos estaduais frente à pandemia.

Para isto, um banco de dados foi organizado com informações sobre o tipo de decisão e sua data, visando permitir verificar se há padrões similares ou distintos de tomada de decisão. Nessa primeira versão do banco, não temos informações para todas as Unidades da Federação. Estão excluídas, portanto, das análises os estados do Amazonas, Ceará, Mato Grosso e Piauí. Portanto, o total de UFs é de 23 casos.

Nesse primeiro exercício de análise, nos interessa, especificamente, analisar as decisões tomadas logo no início da pandemia no mundo, isto é, a partir de janeiro de 2020. Nossas análises focam em algumas decisões tomadas até aproximadamente final de março.

Destaca-se, inicialmente, que a vasta maioria das decisões dos executivos estaduais foi feita por meio de decretos do governador. Em todas as UFs analisadas, este foi um meio normativo adotado para as decisões mais importantes, como suspensão de aulas, comércios, transporte, espaços e reuniões públicas ou privadas, número máximo de pessoas em aglomerações, dentre outros¹².

Quando analisamos apenas os decretos estaduais emitidos, vemos que nem todas as UFs adotaram as primeiras medidas de contenção antes do primeiro caso de Covid-19

¹² Consultar Moraes (2020) para uma lista de decretos até março de 2020.

registrado em seus territórios. A tabela 1 mostra o quantitativo e as respectivas UFs.

Tabela 1. Os primeiros decretos dos executivos estaduais foram emitidos antes do registro do primeiro caso?

| UFs | Decretos | Contagem |
|--|----------|-----------|
| AL, BA, GO, MG, MS, PE, PR, RN, RR, RS, SC, SE, SP | não | 13 |
| AC, AP, DF, ES, MA, PA, PB, RJ, RO, TO | Sim | 10 |
| Total | - | 23 |

Fonte: elaboração própria com base nos Diários Oficiais dos Estados e outras fontes de informação (2020).

Como se observa, o momento em que as principais normatizações estaduais são emitidas têm considerável variação. Exceto pelo caso de São Paulo, onde o primeiro caso do Brasil foi confirmado e as principais medidas do executivo foram tomadas em seguida, nas demais UFs destaca-se os casos da região Nordeste e Sul do país, em que boa partes das decisões foram após a confirmação do primeiro caso em seus estados.

Por um lado, dez governadores atuaram antes do primeiro caso. Nesse conjunto de UFs, destacam-se a região Norte – a última a ser atingida pela epidemia -, e os estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Distrito Federal. O único estado da região Nordeste que antecipa suas medidas é a Paraíba.

Por outro lado, decretos suspendendo as aulas das redes estaduais de ensino foram emitidos por todos os governadores como uma das primeiras medidas entre 11 e 22 de março. O interessante, neste caso, é que houve algumas UFs que não estipularam a suspensão de aulas de redes municipais, escolas privadas ou mesmo do ensino superior público ou privado como nos casos de Roraima, Acre e Minas Gerais, que apenas recomendavam a suspensão das aulas.

Ainda que não esteja em nosso banco de dados, sabemos que este foi também o caso do Ceará, que apenas recomendou a suspensão das aulas nas escolas privadas. Em suma, ao final de março, praticamente todos os governadores já haviam determinado a suspensão das aulas em todos os níveis e modalidades de ensino.

Duas outras análises que nos pareceram interessantes, referem-se às ações alinhadas as do governo federal, ainda que por razões diferentes. De todas as 23 UFs que analisamos, todas tinham um plano de contingência com estratégias de combate ao novo coronavírus ao final de fevereiro de 2020, elaborados por comitês do SUS ou comissões de especialistas especialmente nomeados para monitorar a situação e recomendar ações para os governos estaduais. Como se observa na Tabela 2, há estados que já aprontam seus planos de contingência ao final de janeiro de 2020.

Tabela 2. Data do 1º. plano de contingência por Unidade da Federação.

| UFs | Data do Plano de Contingência | Contagem |
|------------|-------------------------------|----------|
| BA | 28/01/2020 | 1 |
| AL, ES, GO | 30/01/2020 | 3 |
| AP, RS, SP | 31/01/2020 | 3 |
| RJ, TO | 03/02/2020 | 2 |
| PA | 04/02/2020 | 1 |
| PR, SC | 06/02/2020 | 2 |
| MA, RN | 07/02/2020 | 2 |
| SE | 10/02/2020 | 1 |
| PE | 11/02/2020 | 1 |
| DF, MG, RR | 12/02/2020 | 3 |
| MS, PB | 13/02/2020 | 2 |
| AC, TO | 28/02/2020 | 2 |

Fonte: elaboração própria com base nos Diários Oficiais dos Estados e outras fontes de informação (2020).

O que chama a atenção, neste caso, é que, em 28 de janeiro, o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, convoca uma reunião da Comissão Intergestores Tripartite, isto é, como representantes dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, para apresentar o plano de contingência federal e orientar todas as UFs a preparem os seus respectivos planos.

Nesta reunião saem como encaminhamentos, registrados em ata: 1) envio dos planos de contingência estaduais ao Ministério da Saúde; 2) habilitação de leitos de retaguarda; e 3) atenção a classificação de risco, fluxos de encaminhamentos e protocolos de atendimento.

Em outras palavras, o governo federal havia iniciado um processo de articulação, com potencial de produzir coordenação nacional, antes mesmo do registro do primeiro caso de contágio no Brasil. A rápida aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, de iniciativa do Executivo Federal, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento ao novo coronavírus, demonstra que havia, naquele momento, a intenção de produzir alguma normatização válida para todo o território nacional. O projeto de lei foi aprovado e encaminhado para sanção presidencial em apenas dois dias.

Esta lei é que dá as bases para que Estados e municípios possam tomar medidas como a decretação de quarentena, isolamento ou poder de realização compulsória de exames ou isolamento e outras medidas profiláticas. Dito de outra forma, os planos de contingência estaduais são explicados pela orientação nacional dada pelo Ministério da Saúde entre final de janeiro e início de fevereiro de 2020.

A segunda medida que nos chamou a atenção refere-se aos decretos de calamidade pública emitidos pelos governos estaduais. Este tipo de norma é especialmente relevante no caso de emergências públicas em saúde, pois permite aos governos aumentarem seus gastos, suspendendo, temporariamente, os limites da lei de responsabilidade fiscal.

No caso dos Estados, essa é uma medida crucial para atender a população pois a aquisição de insumos de saúde, expansão da rede ou do atendimento hospitalar e contratação de recursos humanos (enfermeiros, médicos e, especialmente, médicos especializados em atendimento em Unidades de Terapia Intensiva – UTI), em um momento em que todos os estados e países do mundo inteiro, estão à procura desses mesmos insumos, torna a elevação dos gastos públicos inevitável. O decreto, adicionalmente, também permite aos trabalhadores acessarem os seus Fundos de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

Como mostra a Tabela 3, em uma questão de sete dias – entre 19 e 25 de março de 2020 -, 18 UFs tinham decretado o estado de calamidade pública em suas jurisdições, todos aprovados pelas respectivas Assembleias Legislativas. Esses quase 80% de decretos emitidos praticamente ao mesmo tempo não é uma mera coincidência. É explicado pela aprovação do decreto federal de calamidade em 18 de março de 2020.

De modo diferente, porém, de como interpretamos a convergência de datas e medidas para o caso dos planos de contingência estaduais, neste caso, entendemos que não se tratou de uma tentativa de coordenação nacional pelo executivo federal e sim uma medida de segurança jurídica.

Tabela 3. Data de decretação de estado de calamidade pública estadual. Unidades da Federação.

| UFs | Data do Decreto Estadual | Contagem |
|--------------------------------|--------------------------|----------|
| AP, MA, MS, RN, RS | 19/03/2020 | 5 |
| AC, MG, PB, PE, RJ, RO, SC, SP | 20/03/2020 | 8 |
| TO | 21/03/2020 | 1 |
| RR | 22/03/2020 | 1 |
| PR | 23/03/2020 | 1 |
| SE, GO | 25/03/2020 | 2 |
| ES | 02/04/2020 | 1 |
| BA | 09/04/2020 | 1 |
| AL | 15/04/2020 | 2 |
| DF | 30/06/2020 | 1 |
| Total | - | 23 |

Fonte: elaboração própria com base nos Diários Oficiais dos Estados e outras fontes de informação (2020).

Tendo o governo federal decretado a calamidade para sua esfera de ação, os governos subnacionais passam a ter maior segurança jurídica com relação a decretação em suas próprias jurisdições. De fato, observa-se que, pela rapidez dos decretos estaduais, oito já no dia seguinte ao federal, os governos aguardavam a decisão federal.

Muitos estados já estavam em situação fiscal bastante adversa e crítica, mesmo antes da pandemia. Tome-se, por exemplo, o caso do Rio Grande do Norte, que já havia decretado estado de calamidade nas contas públicas no início de janeiro de 2020, portanto, antes da

pandemia. A governadora, inclusive, cita, explicitamente, o decreto federal em seu próprio decreto, reforçando a ideia de que, neste caso, o fator explicativo das decisões dos governos estaduais frente à pandemia foi influenciada pelo governo federal.

No entanto, neste caso, não se tratou de uma articulação entre governo federal e subnacionais. As UFs, na leitura dos dados da Tabela 3, aguardavam e queriam emitir os seus decretos de calamidade pública, mas não poderiam fazê-lo sem a formalização da decisão federal. Em suma, podemos verificar que existem muitos fatores que podem explicar as decisões dos governos estaduais frente à pandemia. No exercício exploratório que aqui fizemos, apontamos apenas alguns.

Considerações Finais

Frente a uma situação de emergência em saúde internacional, ainda não temos estudos o suficiente para compreender como os governos tomaram decisões críticas em um cenário de alta pressão sanitária, fiscal, social e econômica.

Nosso argumento, neste texto, é que os governos estaduais acabaram por se tornar os protagonistas das ações de enfrentamento ao novo coronavírus, uma situação que altera, de modo profundo, o padrão de relações intergovernamentais na Federação brasileira desde a CF 1988.

Sem orientações ou processos de articulação, negociação ou pactuação, as Unidades da Federação tomaram decisões próprias. Ainda não temos explicações suficientes para compreender como, nesta situação tão dramática, os executivos estaduais, inclusive em suas Secretarias de Saúde, decidem.

O exercício exploratório que aqui fizemos mostra que, provavelmente, haverá uma miríade de situações. Mostramos que há variação no momento em que se emitem os principais decretos estaduais, se antes ou depois do registro do primeiro caso. Uma parte disto pode ser explicado pela localização geográfica ou o padrão de distribuição espacial do contágio – do Sudeste para o Sul e, em seguida, principais cidades do Nordeste e Norte – e, por outro, pela capacidade de gestão e de se antecipar aos problemas, como parece ser o caso de Espírito Santo e Paraíba.

Mostramos também que há alguns padrões decisórios recorrentes: todas as UFs adotaram decretos do executivo estadual como forma predominante das normatizações de combate à Covid-19; todas suspenderam as aulas presenciais das redes estaduais, ainda que alguns poucos estados tenham apenas recomendado o mesmo para as escolas privadas e outras redes e nível de ensino; e todas as principais decisões ocorrem ao longo do mês de março e, em menor medida, abril.

Ainda do ponto de vista das decisões que ocorreram mais ou menos ao mesmo tempo, observamos dois casos interessantes que revelam a influência do nível federal. No primeiro caso, vemos que o Ministério da Saúde iniciou tentativas de articulação de ações entre o nível federal, Estados, Distrito Federal e Municípios ao final de janeiro e início de fevereiro. Os

planos de contingência estaduais são explicados pelas reuniões com o Ministério da Saúde, que contou com representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

No segundo caso, porém, já em março de 2020, não se tratou de uma tentativa de articulação ou de negociação com os entes federados. A decisão do executivo federal em emitir um decreto que estabelecia a calamidade pública em nível federal, permitiu que os governos estaduais emitissem seus próprios decretos em suas jurisdições.

Argumentamos que os governos subnacionais esperavam o decreto federal, que suspendia, temporariamente, os limites de gasto da Lei de Responsabilidade Fiscal, para terem a segurança jurídica necessária para emitir seus próprios decretos. De fato, tudo indica que a partir de março, o governo federal não adota medidas de articulação com os governos subnacionais e, para piorar ainda mais o cenário dramático, passa a se opor às medidas dos governadores.

Ao final, sentimos que ainda temos uma longa agenda de pesquisa para poder compreender o que de fato ocorreu neste momento e, especialmente, como ocorreu. Há lacunas de pesquisa que podem ser decisivas para compreender esse cenário, como o papel dos comitês científicos e assemelhados nas Unidades da Federação, o papel dos Legislativos Estaduais ou, ainda, de iniciativas da sociedade civil. Estamos longe de termos as respostas, mas já começamos a trilhar este caminho.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. (2005). A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, 24, 41-67.

ABRUCIO, F. L., GRIN, E. J., COUTO, C., SEGATTO, C. I., & FRANZESE, C. (2020). Mais Brasil, Menos Brasília: o sentido do federalismo bolsonarista e seu impacto no combate à Covid 19. O Estado de São Paulo, 12 abr. 2020.

ARRETCHE, M. (2012). *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV.

ARRETCHE, M., MARQUES, E., FARIA, C. A. P. (orgs.). *As políticas da política: Desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. Editora UNESP, 2019.

BICHIR, R., JUNIOR, S. S., & PEREIRA, G. (2020). Sistemas Nacionais de Políticas Públicas e seus efeitos na implementação: O caso do Sistema único de Assistência Social (Suas). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 35(102), 1-23.

BMJ BEST PRACTICE. A Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19). 2020.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Especial CNS no Enfrentamento à Covid-19. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/especial-cns-no-enfrentamento-a-covid-19>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Legislação COVID-19. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/quadro_portaria.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

FIGUEIREDO, A., LIMONGI, F. (1999). Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional. Rio de Janeiro, Editora FGV.

FRANZESE, C., & ABRUCIO, F. L. (2013). Efeitos Recíprocos entre Federalismo e Políticas Públicas no Brasil: os casos do sistema de saúde, de assistência social e de educação. In G. HOCHMAN & C. A. P. DE FARIA (orgs). *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

GOMES, S. (2009). Políticas nacionais e implementação subnacional: uma revisão da descentralização pós-Fundef. *Dados*, 52(3), 659-690

MARSHALL, T. H. (1967). Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 220p.

MENICUCCI, T., & MARQUES, A. (2016). Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. *Dados*, 59(3), 823-865.

MENICUCCI, T. M., GOMES, S. (2018). Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz.

MORAES, R. F. (2020). Medidas Legais de Incentivo ao Distanciamento Social: Comparação das Políticas e Governos Estaduais e Prefeituras das Capitais No Brasil. Nota Técnica Abril - Número 16 – Dinte.

OPAS BRASIL. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#infografia. Acesso em: 29 jul. 2020.

SANTANA, Luciana e PEREZ, Olívia Cristina (org). I Série especial Parceria Nexo/ABCP: Como os governos estaduais lidam com a pandemia. 10 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/especial/2020/05/10/Como-os-governos-estaduais-lidam-com-a-pandemia>. Acesso em: 29 jul. 2020.

SANTANA, Luciana (org). II Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020. Disponível em: [https://https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento](https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento). Acesso em: 29 jul. 2020.

SANTANA, Luciana (orgs.). III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020. Disponível em: [https://https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento](https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento). Acesso em: 29 jul. 2020.

DEMOCRACIA, RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL SOB A PANDEMIA DA COVID-19: REFLEXÕES CONCEITUAIS E APROXIMAÇÕES EMPÍRICAS

*Robert Bonifácio
Gustavo Cezário*

Introdução

A pandemia do COVID-19 emerge numa situação histórica em que se discute um suposto declínio da democracia. Some-se a isso, no caso específico do Brasil, as dificuldades corriqueiras nas relações intergovernamentais, agravadas com a pandemia.

A combinação dessas e de outras questões relevantes para a estabilidade política e para a gestão pública contribuem para a conformação de um cenário político instável e imprevisível. No intuito de colaborar com a interpretação do atual contexto político brasileiro, são desenvolvidas reflexões conceituais sobre o estado da democracia e sobre relações intergovernamentais.

Ademais, são analisados dados relacionados à temática, sejam eles de natureza secundária ou primária. No último caso, trata-se de dar voz a atores políticos e governamentais, envolvidos rotineiramente com os desafios deliberativos e de coordenação federativa, a partir da realização de um grupo focal em ambiente virtual.

A contribuição, portanto, é tanto no sentido de interpretar debates recentes sobre democracia, relações intergovernamentais e gestão pública, quanto em identificar novas tendências na administração pública brasileira no período pós-pandemia, sob a perspectiva de atores políticos e governamentais relevantes.

1. Aspectos metodológicos

O diálogo entre discussão conceitual e abordagem empírica das questões aqui tratadas se dá a partir de três fontes de dados: Latinobarômetro, V-DEM e grupo focal

realizado em ambiente virtual. As duas primeiras são fontes secundárias e a terceira, fonte primária de informações.

O Latinobarômetro é um conjunto de pesquisas de opinião, que abrange diversos países da América Latina. Foram selecionados dados do Brasil de todas as rodadas disponíveis, de 1995 a 2018¹³. Já o V-DEM (Variações da Democracia) é um instituto de pesquisa ligado à Universidade de Gotemburgo, da Suécia, que fornece dados sobre o nível de democracia dos países. Selecionou-se um de seus índices, o de democracia liberal, construído a partir da compilação de uma série de dados e consultas com especialistas locais e composto por medidas para integridade das eleições, liberdade de expressão, Estado de direito e existência de pesos e contrapesos, entre outras¹⁴. Os dados abrangem o período de 1990 a 2019.

O grupo focal foi realizado em ambiente virtual, no dia 27/04/2020, iniciado às 19h e finalizado às 20:45h, horário de Brasília. Os autores conduziram a pesquisa e foram convidados membros das elites política e governamental brasileira. Diversificaram-se os participantes de acordo com sexo (masculino e feminino), cargo (se representante político ou gestor) e filiação a diferentes entes federados (união, estados e municípios). Dessa forma, foram selecionados os seguintes perfis, descritos a seguir mantendo-se a condição de anonimato: 2 gestoras de segundo escalão em ministérios do governo federal; 1 secretário de um governo estadual da região Centro-Oeste; 1 presidente de organização que representa os interesses de municípios; 1 coordenador de articulação política de organização que representa os interesses de prefeitos; 1 secretário-geral de organização não governamental de combate à corrupção; 1 deputado distrital; e 1 vereador de uma capital da região Centro-Oeste¹⁵.

Expõe-se, na tabela 1, a análise de sentimentos de todas as questões abordadas no grupo focal e cujas informações serão utilizadas em diversas partes do capítulo.

13 Para mais informações, acessar: <http://www.latinobarometro.org/lat.jsp>. Acesso em: 30/07/2020.

14 As informações completas sobre o índice estão disponíveis no endereço <https://www.v-dem.net/>.

15 Os autores se comprometem a disponibilizar roteiro de entrevista e transcrição do grupo focal aos interessados, a partir de pedido via e-mail.

Tabela 1 – Análise de sentimentos por bloco de questões (em % e em quantidade de frases)

| | Muito positivo | Moderadamente positivo | Moderadamente negativo | Muito negativo | Total |
|---|----------------|------------------------|------------------------|----------------|--------------|
| Bloco 1 - Os instrumentos de coordenação Federativa demonstraram-se adequados para o enfrentamento da crise | 12,7% (7) | 32,7% (18) | 25,5% (14) | 29,1% (16) | 100% (55) |
| Bloco 2 - Postura intervencionista dos governos se manterá após o fim da pandemia | 5,8% (5) | 44,2% (38) | 40,7% (35) | 9,3% (8) | 100% (86) |
| Bloco 3a - Reuniões e deliberações virtuais na transparência das decisões tomadas | 8,9% (4) | 40% (18) | 33,3% (15) | 17,8% (8) | 100% (45) |
| Bloco 3b - Rompimento do regime democrático em curto a médio prazo | 0 (0) | 17,4% (4) | 56,5% (13) | 26,1% (6) | 100% (23) |
| Considerações finais | 14,3% (7) | 40,8% (20) | 30,6% (15) | 14,3% (7) | 100% (49) |

Fonte: elaboração própria com base em dados do grupo focal

2. O declínio da democracia

A pandemia da COVID-19 traz consigo especulações negativas sobre diversas questões, para além da saúde pública. Uma delas é a possibilidade de líderes políticos se aproveitarem de uma situação de emergência - que autoriza a realização de ações governamentais sem a necessidade de se cumprir com prerrogativas legais usuais e a restrição de liberdades civis - para sufocarem movimentos políticos opositores e para diminuírem a transparência governamental. Tudo isso poderia culminar em menores níveis de democratização ou até mesmo em rupturas de regimes democráticos. Esses cenários hipotéticos são compartilhados por diversos cientistas políticos, sendo a entrevista concedida por Anna Lührmann, vice-diretora do V-DEM, esclarecedora a respeito¹⁶.

O debate científico sobre um suposto declínio da democracia no mundo, contudo, não surge com a pandemia, é anterior a ela. No recente debate a respeito, Norris (1999; 2019) e

¹⁶ “Crise do coronavírus vai acelerar onda autoritária, diz cientista política”. Acesso em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/04/crise-do-coronavirus-vai-acelerar-onda-autoritaria-diz-cientista-politica.shtml>. Acessado em: 30/07/2020.

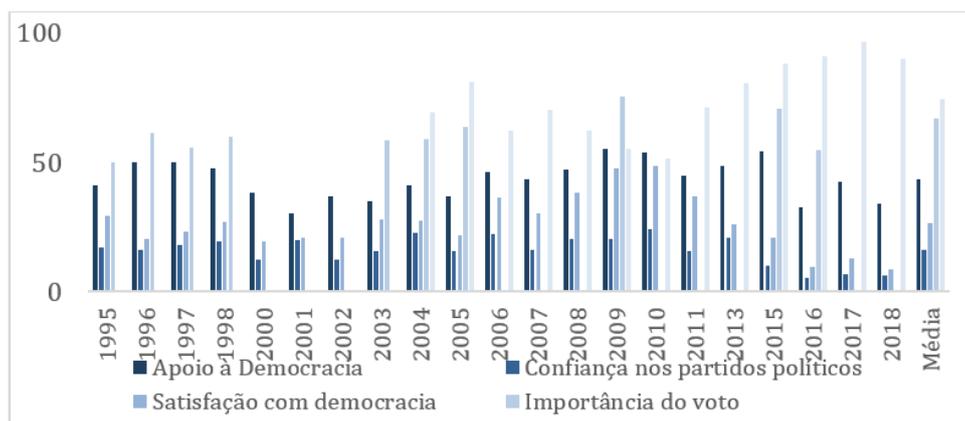
Inglehart e Welzel (2005) destacam que a experiência com o regime democrático contribui para tornar os cidadãos mais críticos e que as melhorias de bem-estar social favorecem a expansão de valores de autoexpressão, compatíveis com a tolerância e a democracia. Por outro lado, há estudos de viés mais pessimista, conduzidos por Crouch (2004), Mouffe (2000) e Streeck (2011), que traçam cenários de crise no regime com base em paradoxos e em problemas no seu funcionamento.

A visão pessimista ganha ressonância a partir da publicação da edição de 25 anos do *Journal of Democracy*. Boa parte dos artigos oferece enfoques e evidências distintas para indicarem um declínio em número, desempenho, predomínio geopolítico e atratividade das democracias no mundo (Diamond 2015; Fukuyama 2015; Kagan 2015; Plattner 2015; Levitsky e Way 2015; Schmitter 2015).

O debate científico sobre o declínio da democracia ainda é pouco explorado no contexto latino-americano (Botelho; Okado; Bonifácio, 2020) e é inexistente no Brasil. Dessa forma, avança-se aqui para cobrir a lacuna do caso brasileiro. Utilizando-se de boa parte dos indicadores elegidos pelos autores anteriormente abordados, analisa-se a seguir o estado da democracia no Brasil, a partir de informações contidas nos gráficos 1 e 2¹⁷.

No gráfico 1, observa-se que o apoio à democracia tem valores flutuantes, atingindo o ápice em 2009 (55,1%) e o menor valor em 2001 (30,2%), com média de 43,26% no período. Nos anos mais recentes, de 2016 a 2018, o percentual de brasileiros que apoia a democracia não superou o percentual médio. A confiança nos partidos políticos apresenta viés de queda de 2015 a 2018, com pequenas flutuações no período, atingindo o menor patamar da série histórica em 2016, com 5,3%. A satisfação com a democracia, por sua vez, tem variações flutuantes até 2013, momento em que há trajetória descendente até 2018. O menor e o maior patamares situam-se nos anos de 2018 e de 2010, com 8,7% e 48,5%, respectivamente.

Gráfico 1 – Indicadores de democratização no Brasil – 1995 a 2018 (em %)

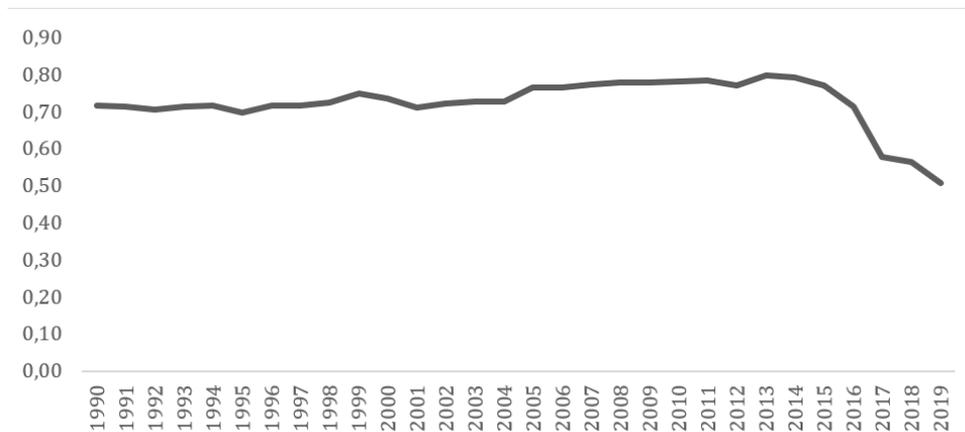


Fonte: Elaboração própria com base em dados do *Latinobarómetro*

¹⁷ Os gráficos 1 e 2 são uteis apenas para visualizar tendência, não foram incorporados valores para facilitar a visualização. Informações completas sobre cada um dos indicadores estão no apêndice 1.

A média histórica, de 26,34%, é superior a todos os valores presentes no período de viés de queda da satisfação com a democracia (2013 a 2018). A importância do voto contém variação flutuante, com menor e maior patamares em 2005 e 2009, respectivamente e uma média de 66,80%. Por fim, a percepção de que o governo atende aos interesses dos poderosos apresenta viés de alta, de 2011 a 2018, com o maior valor em 2017, com 96,6%. O menor percentual se dá em 2010, com 51,30% e a média da série histórica é de 74,55%.

Gráfico 2 – Índice de democracia liberal, V-DEM (em pontos)



Fonte: Elaboração própria com base em dados do V-DEM

O gráfico 2 ilustra a série histórica de dados do Índice de Democracia Liberal do V-DEM. A trajetória dos dados indica que há queda ininterrupta de 2013 (0,80) a 2019 (0,51), com um substancial decréscimo de pontos. O quadro 1 resume os principais resultados.

Quadro 1 - Tendência e trajetória dos indicadores de democracia no Brasil

| Variável | Tendência | Trajetoária do indicador |
|----------------------------------|-----------|---|
| Índice de Democracia Liberal | Declínio | Descendente de 2013 a 2019, com uma queda ininterrupta e acentuada. 2019 é o pior patamar da série histórica. |
| Apoio à democracia | Flutuante | Variação flutuante, com menor e maior patamar em 2001 e 2009, respectivamente. |
| Satisfação com a democracia | Declínio | Descendente, mas não linear, de 2013 a 2018, com menor patamar da série histórica em 2018. |
| Confiança nos partidos políticos | Declínio | Descendente, mas não linear, de 2015 a 2018, com menor patamar da série histórica em 2016. |
| Importância do voto | Flutuante | Variação flutuante, com menor e maior patamares em 2005 e 2009, respectivamente. |
| Governo de poderosos | Ascensão | Ascendente de 2011 a 2018, com não linear, apresentando pior valor da série histórica em 2017. |

Fonte: Elaboração própria

Os resultados não avalizam interpretar se a democracia no Brasil se encontra vigorosa ou em declínio, embora haja mais evidências para o segundo cenário do que para o primeiro. A trajetória de vários indicadores aponta uma clara indicação de um processo de debilidade democrática em período recente (índice de democracia liberal, satisfação com a democracia, confiança nos partidos políticos e percepção de que se governa para poderosos). Por outro lado, não se identifica tendência nos dados no que se refere ao apoio à democracia e à importância dada ao voto. Destaca-se, ainda, o fato de não haver qualquer indicador que sustente uma interpretação de que, durante o período analisado, a democracia tem se tornado mais vigorosa. Por fim, cabe destacar que, embora esse tipo de análise não seja suficiente para identificar transformações em fenômenos macro estruturados, faltando estudos sobre os movimentos da elite (Hirschman, 1983), ela embasa um diagnóstico longitudinal sobre a opinião pública a respeito da democracia.

E o que pensam os atores políticos e governamentais sobre o estado da democracia no Brasil, em período vigente e no pós-pandemia? Ao serem questionados no grupo focal sobre a transparência das decisões tomadas em período corrente, identifica-se a grande presença das palavras: “transparência”, 27 vezes, seguida de “participação”, 14 e “conselho”, “contas” e “informações” 11 vezes cada. Na análise de sentimento, na tabela 1 acima (bloco 3a), verifica-se que, de modo geral, frases positivas e negativas se equilibram, porém com maior atenção percebemos que os posicionamentos muito negativos são maiores que os muito positivos, 17,8% e 8,9%, respectivamente. A nuvem de palavras a respeito, exposta na figura 1, ilustra esses resultados.

Como destaques da discussão, o membro da ONG de combate à corrupção afirmou que possui especial preocupação com o nível de transparência no governo federal, embora nos municípios a sua percepção também seja negativa. Embasou sua preocupação a partir de ações pretéritas que visavam ampliar o caráter sigiloso das informações, como o decreto 9.690/19, criado em janeiro e revogado em fevereiro de 2019. Já o deputado distrital é otimista a respeito das reuniões virtuais nas casas legislativas que, segundo ele, possibilitam o acesso do cidadão às tomadas de decisões. Ressalta, contudo, que a disponibilidade de *internet* banda larga ainda está aquém do patamar adequado no Brasil, opinião que é compartilhada pelo coordenador da associação que representa os prefeitos do Brasil. Isso é visto por ambos como um limitador do caráter transparente de reuniões e deliberações virtuais no país e o vereador adiciona que as reuniões e deliberações virtuais não ampliam a participação, pelo contrário, restringem-na. Por fim, o secretário de administração opinou que existe mais publicidade do que transparência no Brasil, de um modo geral, e que a pandemia vigente não alterou estruturalmente isso. Destaca que as reuniões e deliberações virtuais são bem-vindas, mas são insuficientes para que a maior parte da população tenha acesso a esses conteúdos.

A fim de realçar as posições divergentes, destaca-se o posicionamento do presidente da associação de municípios, para quem a ruptura democrática vai de encontro aos anseios da população que, segundo a sua percepção, não apoiaria uma alternativa autoritária. O secretário de administração tem posição semelhante, indicando não haver perigo da falência do regime democrático no Brasil. Por outro lado, o deputado distrital, o vereador e o coordenador de associação de prefeitos são temerosos. O deputado indica que vivemos tempos imprevisíveis, inclusive a respeito da sobrevivência da democracia no país, e que o comportamento do presidente da república aguça essa sua percepção.

Em suma, pode-se considerar que há, entre os participantes do grupo focal, certo consenso de que os atuais mecanismos de reunião e deliberação virtuais não são suficientes para fomentar a transparência e a participação popular. Há predomínio de frases negativas sobre o futuro da democracia no Brasil, mas há divergências sobre o perigo iminente de uma ruptura democrática entre os(as) participantes. Alguns/algumas participantes enxergam na repulsa da população e no adequado funcionamento das instituições antídotos para uma possível tentativa de implantação de um regime autoritário; já outros(as) são temerosos(as) com as movimentações políticas recentes, especialmente do presidente da república, que mais alimenta do que constrange manifestações antidemocráticas.

3. Relações intergovernamentais e gestão pública em tempos de pandemia

A pandemia da COVID-19 também evidencia as reflexões sobre o federalismo, realçando a necessidade de coordenação para o enfrentamento da crise e as fragilidades das relações intergovernamentais no Brasil. Diversas pesquisas apontam a necessidade de se construir mecanismos de coordenação entre as diferentes esferas de governo, a fim de se solucionar os impasses de ação coletiva e os problemas inerentes ao funcionamento de políticas públicas (Elazar, 1987; Agranoff, 2001; Abrucio, 2005; Carvalho, 2015; Ter-Minassian; Mello, 2016) e a pandemia apressa o horizonte de desejo de que as engrenagens do pacto federativo funcionem.

Obviamente, o foco de atenção é a área da saúde. A pandemia realçou a necessidade de se ter um sistema de saúde público minimamente adequado. As discussões e as medidas a respeito são numerosas e longevas. Convenções internacionais sobre o controle de doenças infecciosas ocorrem desde meados do século XIX, sendo a 1ª Conferência Sanitária Internacional, de 1851, um marco. A criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, contribuiu para otimizar e padronizar ações de alcance mundial. Uma das primeiras medidas foi o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), adotado pelos Estados Membros da OMS em 1951. A última revisão acordada do regulamento deu-se na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Construído após dez anos de negociações, o RSI introduziu mudanças significativas no controle internacional de doenças, contribuindo para o avanço do processo de securitização da saúde pública, conforme aponta Filder (2005).

A adoção do RSI no Brasil deu-se em 2009, após aprovação no Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009 e promulgado pelo Presidente da República Jair Bolsonaro, por meio do Decreto Nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. O acordo insta os estados a colaborarem ativamente entre si e com a OMS, em conformidade com as disposições do RSI, de modo a garantir sua implementação efetiva, trazendo a definição de “emergência de saúde pública de importância internacional” como um evento extraordinário que exige resposta internacional coordenada. Em concordância com Maffini (2020), tal estado das coisas requer adoção de políticas coordenadas no plano interno, o que significa não ser adequado cogitar que cada ente federativo possa eleger seus próprios instrumentos de combate a pandemia.

O artigo 23 da Constituição, que estabelece a saúde como uma competência comum, preceitua ainda que “leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional”. Carvalho (2018) destaca que as proposições legislativas têm papel central, portanto, no aperfeiçoamento dos mecanismos de articulação intergovernamental, promovendo mudanças institucionais que tornem mais harmônicas as relações entre os entes.

Decisões importantes foram tomadas pelo Congresso Nacional sobre as relações intergovernamentais no contexto da pandemia da COVID-19, com o intuito de dirimir controvérsias entre os entes federados. A Câmara dos Deputados aprovou em 01/04/2020 um Projeto de Lei Complementar (PLP 149/2019) que repõe a queda no cota-parte do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual, Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) e no *Imposto Sobre Serviços* de Qualquer Natureza (ISS), com liberação do Sistema Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias (CAUC). Em seguida, 03/04/2020, os deputados federais aprovaram o Projeto de Lei (PL 1161/2020) que estabelece a complementação da União para o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e Fundo de Participação dos Estados (FPE) enquanto houver queda na arrecadação e durante o estado de calamidade pública, além de suspender a exigibilidade de recolhimento de contribuições previdenciárias, Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) e *Fundo de Garantia do Tempo de Serviço* (FGTS). Em se tratando de auxílio financeiro, ficam suspensos ainda retenções e bloqueios como os limites constitucionais, a exemplo dos 25% da educação e 15% da saúde.

Conforme ressaltado por Gilmar e Branco (2019), a superveniência de lei federal ou estadual contrária à municipal suspende a eficácia desta. Ou seja, leis dos entes subnacionais que conflitam com leis federais perdem a sua eficácia. Nesse contexto, a Medida Provisória 926/2020 foi editada para retirar os efeitos de decretos de governadores em relação a excepcional restrição de entrada e saída do país e de locomoção interestadual e intermunicipal, submetendo esta decisão a recomendação técnica e fundamentada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Entretanto, o pleno do Supremo Tribunal Federal julgou a

Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 6.34128) em 15 de abril de 2020, a favor dos estados e municípios. O principal argumento utilizado no relatório do Min. Marco Aurélio é que normas legais impugnadas “não afastam atos a serem praticados por Estado, o Distrito Federal e Município considerada a competência concorrente na forma do artigo 23, inciso II, da Lei Maior”.

Segundo Maffini (2020), o relatado acima evidencia que interpretações jurídicas advindas de soluções à pandemia poderão revisitar institutos aparentemente sedimentados. A Constituição brasileira assegura a competência legislativa da União para a edição de normas gerais em matéria de saúde, e reconhece a competência administrativa (ou material) concorrente de todos os entes federativos. Desta forma, a Lei 13.979/2020 estabeleceu normas gerais e medidas administrativas de enfrentamento ao COVID-19 ao Ministério da Saúde, sem impossibilitar que, em determinados casos, gestores locais de saúde adotassem medidas independentemente da autorização. Imposições dos entes federativos desarticulados poderiam gerar ainda risco de desabastecimento de bens e serviços. Em caso de divergências entre medidas de quarentena impostas por diferentes entes federativos, o autor segue a interpretação jurídica sobre o predomínio dos critérios de maior fundamentação científica; seguido de compatibilidade com as respectivas realidades locais e, por fim, medidas mais restritivas, minimizando interferências pessoais e ideológicas.

Schmidt, Mello e Cavalcante (2020) assumem que o contexto é propício a ambiguidades, dinamismo e pobreza de informações sobre a pandemia, o que significa que são demandadas soluções difíceis e interdependentes, de caráter multifacetado e intersetorial. Aspectos estruturantes do sistema político brasileiro, como o multipartidarismo, o federalismo, a autonomia do sistema de controle e a participação da sociedade nas políticas públicas já são desafios conhecidos nas relações intergovernamentais. Porém, o caminho para o sucesso dessas relações possui um obstáculo a mais, que é o desempenho do governo federal que, na visão dos autores, não tem apresentando uma estratégia coesa diante da pandemia, prejudicando a coordenação, a convergência e a complementariedade das medidas colocadas em ação.

Mas, o que pensam atores políticos e governamentais, envolvidos diretamente e indiretamente com as ações de diferentes entes federados a respeito da pandemia do COVID-19? Perguntados se os instrumentos de coordenação federativa têm se mostrado adequados para o enfrentamento da crise, as palavras mais frequentes nas respostas foram “coordenação” (16 vezes), “dificuldade” (15 vezes), “federado” (federados, federativa, federativo, federativos, 14 vezes), “governos” (governador, governadores, 14 vezes) e “problemas” (12 vezes). A figura 3 ilustra essa questão. Já a tabela 1 (bloco 1) indica certo equilíbrio entre frases de conotação negativa e positiva, abarcando um total de 55,6% e de 45,4%, respectivamente.

Quando provocados a se posicionarem se o período pós-pandemia voltaria à lógica da austeridade fiscal, que caracteriza o período pré-pandemia ou se, pelo contrário, haveria uma predominância de um Estado mais intervencionista (tal como ocorre agora), todos foram consensuais em indicarem que o maior papel estatal corrente é algo momentâneo, que se dissipará em, no máximo, dois anos. Ou seja, há a compreensão de que o intervencionismo estatal vigente é um remédio passageiro para a crise que se vive e, tão logo dissipada, voltar-se-ia à austeridade fiscal. A fala da gestora da Casa Civil é ilustrativa a esse respeito, ao situar todo um movimento político de realização de reformas (trabalhista, previdência, e discussão da tributária) que tem claro viés de austeridade. O deputado distrital exemplifica que uma das políticas que sofrerá grande alteração são as renúncias fiscais, no sentido de serem extinguidas ou revisadas amplamente. Sobre inovações na gestão pública, o secretário indica que o teletrabalho vem para ficar e que, em seu estado, já há estudos que visam adotá-lo no período de pós-pandemia, visando aferir o comprometimento ao trabalho do servidor via produtividade e não por controle de frequência. Segundo ele, vislumbra-se também economizar em gastos com energia, água e internet com essa medida. O vereador destaca que a qualidade da gestão pública será julgada nas urnas, nas eleições de 2020. Quem se planejou e colhe os resultados agora, sob a pandemia, irá se beneficiar.

Figura 4 – Nuvem de palavras sobre intervencionismo estatal/ austeridade fiscal



Fonte: elaboração própria com base em dados do grupo focal

Detecta-se a respeito as maiores frequências das palavras *gastos* e *saúde*, 18 vezes cada; *estados* e *momento*, 16 vezes cada. A figura 4 ilustra essa questão. Sobre a valência das frases das discussões a respeito, presentes na tabela 1 (bloco 2), observa-se que há equilíbrio das conotações positiva e negativas e em gradiente moderado, havendo 44,2% e 40,7% de frases consideradas moderadamente positivas e moderadamente negativas, respectivamente.

Considerações finais

A pandemia da COVID-19 é um fenômeno sem precedentes para as gerações em voga, posto que a última experiência nacional de abrangência similar se deu há cerca de 100 anos, com a “gripe espanhola”. Como toda crise, a pandemia tem como consequência a clara visualização dos problemas estruturais do país, muitas vezes mascarados por períodos de bonança econômica ou por retóricas de líderes carismáticos.

A produção da literatura especializada recente aponta que é possível que se esteja em marcha um fenômeno de declínio da democracia em países desenvolvidos. No pior dos cenários, poder-se-ia ocorrer justamente o oposto do que se deu na 3ª onda de democratização (Huntington, 1994): uma guinada para o autoritarismo. Polônia, Turquia e Hungria tem sido, até o momento, casos de referência nesse sentido.

Dados incipientes sobre o caso brasileiro não sustentam qualquer interpretação mais robusta a respeito, embora haja mais evidências de que estamos em processo de declínio da democracia do que de sua robustez. Tal como os dados, também não há consenso entre os atores políticos e governamentais entrevistados via grupo focal. Se todos concordam que se vive, no momento corrente, sob a égide de um regime democrático, alguns são temerosos quanto ao futuro em curto e médio prazo, entendendo que há espaço para a opção autoritária. Por outro lado, há os que acreditam que as instituições possam corrigir possíveis desvios de rotas. Mais do que uma discussão macroestrutural, analisar essas questões implica em vislumbrar o futuro da governança, que certamente sofreria muitas modificações caso se rompa o regime democrático e se avance para o autoritarismo.

O que se apreende dos atores políticos e governamentais entrevistados é que tem havido dificuldades nas relações intergovernamentais, o que não se constitui novidade, mas que se agravou sob a pandemia. A interpretação mais comum é que a União, a partir das direções políticas impostas pelo Presidente da República, dificulta uma estratégia nacional coesa de enfrentamento da pandemia e que as consequências mais negativas desse padrão de relação intergovernamental são sentidas nos municípios.

A perspectiva de parte dos entrevistados é que a crise, apesar de todos os seus malefícios, possa contribuir positivamente no curto e médio prazo, substituindo tendências na ação política. De um comportamento usualmente orientado por ideologia e embate político por uma perspectiva mais gerencialista, com decisões e políticas públicas baseadas em evidências. Não se trata de desprover o segundo cenário de motivações políticas e interesses eleitorais, mas sim de compreendê-lo como uma situação em que há mais espaço para decisões técnicas. Seguindo esse raciocínio, pode-se apreender que o eleitorado passaria a recompensar eleitoralmente com mais intensidade aqueles representantes políticos que se preocupem mais em dar uma resposta técnica a problemas públicos. Se se confirma esse cenário, passar-se-ia a ser mais comum a busca por manuais de boas práticas, a fim de que sejam referências para a ação governamental.

Mostra-se evidente que Estado brasileiro tem tido uma postura intervencionista para combater os efeitos nocivos da pandemia do COVID-19, e o montante de recursos aplicados e previstos, especialmente para a área da saúde, corroboram essa interpretação. Porém, o que os atores políticos e governamentais entrevistados ressaltam é que tal orientação estatal é circunstancial, que a austeridade fiscal voltará a ser a orientação econômica tão logo se debele a crise. Considerando essa perspectiva e as possíveis imperfeições na ação governamental em curto e médio prazo, pode-se conceber que algumas áreas sociais terão recursos enxugados. É o caso da educação e da segurança pública. Num contexto em que saúde é prioridade e que a intervenção social é considerada apenas como uma medida passageira, as ações governamentais poderiam se mostrarem disfuncionais em algumas áreas, incluso com alterações legais, a fim de se priorizar a saúde e dar atenção secundária a outras áreas prioritárias.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. (2006). Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 77-125.

AGRANOFF, R. (2001). Managing within the matrix: do collaborative intergovernmental relations exist?. *Publius: The Journal of Federalism*, 31(2), 31-56.

BOTELHO, João; Okado, Lucas; Bonifácio, Robert. El declive de la democracia en América Latina: diagnóstico y factores explicativos. *Revista de Estudios Sociales*, nº 74, 2020. (no prelo)

CARVALHO, C. M. S. (2015). *Instrumentos de advocacy federativa no Brasil: o dilema dos estados na questão fiscal*(Doctoral dissertation).

CROUCH, Colin. (2004). *Post-Democracy*. Cambridge: Polity Press.

DIAMOND, Larry. (2015). “Facing Up to the Democratic Recession”. *Journal of Democracy*, 26 (1): 141-155.

ELAZAR, D. J. (1987). *Exploring federalism*. University of Alabama Press.

FIDLER, D. P. (2005). From international sanitary conventions to global health security: the new International Health Regulations. *Chinese Journal of International Law*, 4(2), 325-392.

FUKUYAMA, Francis. (2015). “Why Is Democracy Performing So Poorly?”. *Journal of Democracy* 26 (1): 11-20.

- HIRSCHMAN, Albert. (1983). *De consumidor a cidadão: atividades privadas e participação na vida pública*. São Paulo: Brasiliense.
- HUNTINGTON, Samuel. (1994). *A terceira onda: a democratização no final do século XX*. São Paulo: Ática.
- INGLEHART, Ronald & Christian Welzel. (2005). *Modernization, Cultural Change, and Democracy: the Human Development Sequence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KAGAN, Robert. (2015). “The Weight of Geopolitics”. *Journal of Democracy* 26 (1)
- LEVITSKY, Steven & Lucan Way. (2015). “The Myth of Democratic Recession”. *Journal of Democracy* 26 (1): 45-58.
- MAFFINI, R. D. C. (2020). COVID-19: análise crítica da distribuição constitucional de competências. *Revista Direito e Práxis*.
- MENDES, Gilmar Ferreira; Branco, Paulo Gustavo Gonet (2019). *Curso de Direito Constitucional*, 14. ed. São Paulo: Saraiva.
- MOUFFE, Chantal. (2000). *The Democratic Paradox*. Londres: Verso.
- NORRIS, Pippa (ed.). (1999). *Critical Citizens: Global Support for Democratic Government*. Oxford: Oxford University Press.
- NORRIS, Pippa e Ronald Inglehart. (2019). *Cultural Backlash: Trump, Brexit, and Authoritarian Populism*. Nova York: Cambridge University Press.
- PLATTNER, Marc. (2015). “Is Democracy in Decline?”. *Journal of Democracy* 26 (1): 510.
- SCHMIDT, F., Mello, J., & Cavalcante, P. (2020). Estratégias de coordenação governamental na crise da Covid-19.
- SCHMITTER, Philippe. (2015). “Crisis and Transition, But Not Decline”. *Journal of Democracy* 26 (1): 32-44.
- STREECK, Wolfgang. (2011). “The Crises of Democratic Capitalism”. *New Left Review* 71: -29.
- Ter-Minassian, T., & de Mello, L. (2016). Intergovernmental Fiscal Cooperation: International Experiences and Possible Lessons for Brazil. *Inter-American Development Bank, Washington, DC*.

MANAGING UNCERTAINTY WITH FRAGILE INSTITUTIONS: COMPARATIVELY ASSESSING RESPONSES TO COVID-19 IN LATIN AMERICA

Fernanda Cimini

Gisela P. Zapata

Nayara Julião

Aline de Souza

Núbia Cabral

Introduction

When the virus hit Latin America, the region was, in theory, in a better position to contain the spread of the virus, benefitting from the growing experience and knowledge for managing the pandemic in other parts of the world. However, the pandemic reached the region at a difficult moment economically, politically and socially, characterised by sluggish economic growth, rapidly falling commodity prices, tight fiscal conditions, fragile health and institutional contexts, social unrest and political instability (World Bank, 2020).

This scenario is compounded by the high rates of labour informality and socioeconomic inequality that have historically affected the region, so that the burden of the crisis will disproportionately fall on the already vulnerable segments of the population. In this context, the pandemic tests not only the capacity of public health systems to meet the increasing demand for healthcare, but also governments' leadership and ability to control the rapid escalation of Covid-19 and its negative social and economic consequences.

In the absence of pharmaceutical solutions, the World Health Organization (WHO) has emphasised the need to contain virus transmission and reduce the number of cases, flattening the epidemiological curve in order to prevent the collapse of the health system (WHO, 2020a). According to the WHO Director-General “*isolating, testing and treating every suspected case and tracing every contact must be the backbone of the response in every country*” (WHO, 2020b). These strategies, however, require both officially sanctioned rules and wide societal cooperation ranging from large scale lockdowns to individuals’

prevention measures, such as voluntary physical and social distancing and good hygienic habits. The campaign “stay at home”, widely shared on social networks, intended to alert the population on the importance of prevention and the impact of individual actions on the disease curve.

This chapter seeks to develop a comparative analysis of the initial response by selected Latin American countries to contain the transmission of the virus. We focus on preventive measures for “flattening the curve” because they are relatively low-cost but have a potentially big social, fiscal and economic impact. Without actions to slow the virus transmission rate, up to 3.2 million people could die as a result of the pandemic in Latin America and the Caribbean (Walker, Whittaker & Watson, 2020). Thus, they may be good indicators of governments’ commitment to effectively combat the virus and the ensuing socio-economic crisis. We propose a comparative framework to differentiate institutional responses according to (i) the timing of the measures; (ii) the provision and intensity of compliance mechanisms; (iii) the geographical reach (scope) of the measures and (v) the joint adoption of complementary measures to mitigate some of the pandemic’s economic and social impacts.

The analysis is based on the taxonomy of policy responses proposed by Peña et. al. (2020) and data from the COVID-19 PoliMap collaborating group, a global repository of policy responses to the pandemic, UN-ECLAC’s COVID-19 Observatory in Latin America and the Caribbean, and governments’ official websites¹⁸. Thirteen countries from South and Central America are included in the analysis: Argentina, Bolivia, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Mexico, Paraguay, Peru and Uruguay¹⁹.

The chapter is divided in three sections. The first section discusses Latin America’s institutional and fiscal fragility and how they may affect the response to the pandemic. The second describes the methodological approach and comparatively examines the policy responses to contain the virus spread, including the instrumental policy of protecting households’ financial security. The third section reflects on the findings.

1. Institutional and fiscal fragility in Latin America

Latin America is widely known for its institutional fragility, which alludes to the fact that formal rules are repeatedly discarded or insufficient to produce meaningful outcomes (Blinks, Levitsky & Murillo, 2019). The lack of state capacities to enforce the rule of law and high political and economic instability are at the core of the institutional weakness observed in the region. In normal times, institutional weakness affects the ability of governments to manage behaviour and expectations towards common long-term goals, undermining political and economic performance. In hard times, fragile institutions can be even more detrimental

¹⁸ <https://polimap.org/>
<https://www.cepal.org/pt-br/taxonomy/term/8342>

¹⁹ All countries except Bolivia, Costa Rica and Honduras are included in the Polimap Database. Countries were chosen based on the public availability of data for the measures of interest.

because stakeholders' time horizons narrow, resources shrink, political conflicts unravel and policy responses diverge (Gouveritch, 1986). In the absence of a strong institutional framework to guide the political debate and the policy choices, the capacity of governments to react and to offer effective responses to crises is compromised.

In Latin America, this may be compounded by the volatility of the region's macroeconomic environment and its attendant feeble relationship with international financial markets, negatively impacting its ability to access funds, especially in times of crisis (Gavin, Hausmann, Perotti & Talvi, 1996). Weak links to international markets limit governments' room for manoeuvre and are in themselves a source of shocks that further increase macroeconomic instability. This, in conjunction with the underdeveloped nature of domestic financial markets, are also weaknesses of emerging, and Latin American economies, in particular (Caballero, 2000).

The outbreak of Covid-19 piles up new challenges for Latin America. Although the healthcare system varies considerably across countries, "universal health coverage remains an elusive goal for the region as a whole" (Kanavos, Parkin, Kamphuis & Gill, 2019, p.41). Only two countries in the region meet the WHO/PAHO recommended level of 6% of GDP for public expenditure on health: Costa Rica and Uruguay. The majority currently spend considerably below this level (Kanavos et al., 2019, p.89). Moreover, the region is in a much worse economic and political situation to tackle the pandemic than it was at the time of 2008-2009 great recession (see table 1): sluggish growth, average fiscal deficit and public debt are higher, democracy is under threat in many countries, living conditions are deteriorating and regional institutions seem unable to structure a coordinated approach to provide regional public goods (IDB, 2020; World Bank, 2020). In addition, it is expected that the region's GDP will contract 5.5% in 2020, as a result of the combined effects of the health and economic crises (IDB, 2020). In view of the sharp global recession caused by Covid-19, prominent economists are calling on countries to employ long term unconventional monetary and fiscal policies such as large, deficit-financed public investments in physical and human capital - infrastructure, R&D and child nutrition and development (Krugman, 2020).

Table 1 - Selected social and economic indicators in Latin America

| Country | GDP Growth ¹ (%) | | | Unemployment Rate ¹ (%) | | | Informal Employment ² (%) | GINI Index ² | HDI ³ |
|-----------|-----------------------------|------|------|------------------------------------|------|------|--------------------------------------|-------------------------|------------------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 | 2018 | 2018 | 2018 |
| Argentina | -2.2 | -5.7 | 4.4 | 9.8 | 10.9 | 10.1 | 48.14 | 41.4 | 0.83 |
| Bolivia | 2.8 | -2.9 | 2.9 | 4.0 | 8.0 | 4.0 | 73.22 | 42.2 | 0.70 |
| Brazil | 1.1 | -5.3 | 2.9 | 11.9 | 14.7 | 13.5 | 40.80**** | 53.9 | 0.76 |
| Chile | 1.1 | -4.5 | 5.3 | 7.3 | 9.7 | 8.9 | 27.68 | 46.00*** | 0.85 |
| Colombia | 3.3 | -2.4 | 3.7 | 10.5 | 12.2 | 11.9 | 57.25 | 50.4 | 0.76 |

| | | | | | | | | | |
|------------|------|------|-----|------|------|------|---------|------|------|
| Costa Rica | 2.1 | -3.3 | 3 | 12.4 | 12.5 | 10.5 | 36.03 | 48.0 | 0.79 |
| Ecuador | 0.1 | -6.3 | 3.9 | 3.8 | 6.5 | 5.9 | 64.79 | 45.4 | 0.76 |
| Guatemala | 3.6 | -2.0 | 5.5 | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | 0.65 |
| Honduras | 2.7 | -2.4 | 4.1 | 4.1 | 8.0 | 5.8 | N/A | 52.1 | 0.62 |
| Mexico | -0.1 | -6.6 | 3.0 | 3.3 | 5.3 | 3.5 | 48.90* | 45.4 | 0.77 |
| Paraguay | 0.2 | -1.0 | 4.0 | 7.2 | 7.1 | 6.4 | 64.46 | 46.2 | 0.72 |
| Peru | 2.2 | -4.5 | 5.2 | 6.6 | 7.1 | 7.3 | 59.91** | 42.8 | 0.76 |
| Uruguay | 0.2 | -3.0 | 5.0 | 9.4 | 10.5 | 8.1 | 23.48 | 39.7 | 0.81 |

¹ IMF. 2020: <https://www.imf.org/external/datamapper>

² GINI Estimate and Informal Employment as % of total non-agricultural employment. World Bank, 2020: <https://data.worldbank.org/indicator>

³ Human Development Index (2020). United Nations Development Programme: <http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components-1>

N/A - Not Available Data

*CEPALSTAT (2020) <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?IdAplicacion=37&idTema=877&idIndicador=2963&idioma=e>

** International Labour Organisation: https://www.ilo.org/shinyapps/bulkexplorer20/?lang=en&segment=indicator&id=SDG_B831_SEX_RT_A

***OECD (2020), Income inequality (indicator): <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>

****IBGE, 2018. PNAD contínua.

The initial policy responses to Covid-19 varied considerably. While some governments chose weak and narrow responses, others invested in more encompassing strategies, including measures for protecting citizens' incomes and livelihoods. Peña et al. (2020) have identified four major domains of policy interventions: (i) to reduce viral transmission, "flatten the curve"; (ii) to increase health systems' capacity; (iii) to mitigate the economic and social consequences of the pandemic; and (iv) governance strategies (power delegation, accountability, etc.). Given the severity of the pandemic, beyond specific health interventions, these four domains seem to be important in controlling, overcoming and minimising the negative impacts of the pandemic on the population and the economy (Council of the EU, 2020). So far, the majority of countries have intervened in all of these domains, but with different approaches and intensities.

Our hypothesis is that the timing and the way governments first reacted to this international emergency was crucial in shaping citizens' behaviour and expectations around health and the ensuing socio-economic crisis. The stronger the policy responses, the greater society's commitment to social distancing.

In the following section, we offer a preliminary evaluation of the strength of the rules designed for tackling Covid-19 in thirteen selected Latin American countries, focusing on the institutional significance of the early measures adopted to contain the transmission of the virus, including instrumental actions to protect households' financial security.

2. Policy responses to flatten the epidemiological curve

Despite so much uncertainty around Covid-19, the WHO has been emphatic on the need to flatten the virus' epidemiological curve, in order to reduce mass contagion, prevent a sudden increase in the number of infected people and avoid a collapse of the health system. The WHO has recommended the implementation of national communication plans that reflect the risks of the disease and highlight the populations' key role in combating Covid-19, as a top priority. Individual prevention measures and monitoring of symptomatic and asymptomatic cases are also recommended. Social isolation and quarantine measures are recommended based on local assessments (WHO, 2020).

Polimap, based on Peña et al. (2020), classifies measures to flatten the curve into three broad categories: (i) prevention of the susceptible populations from viral exposure, (ii) identification of exposed contacts and prevention of recurrent exposure, and (iii) interventions to identify carriers of the virus. The first category includes mobility restrictions - from international travel to regional and municipal mobility to city quarantines. It also includes all types of social distancing measures such as closure of educational, leisure and religious institutions, lockdown and restrictions to public gatherings and contact in the workplace. In this category also fall: incentivising individual and public space hygienic measures such as price controls and subsidies for essential products and media campaigns. The second category includes case and contact management (tracing and quarantine of contacts) and interventions to increase adherence to case-isolation (active surveillance). The third group of measures encompasses active and passive identification (testing, active screening strategies and reducing financial barriers for testing).

In our analysis, we only focus on the first category of measures to flatten the curve because the interventions under the second and third categories are mostly concerned with testing and case management, which cannot be captured without resorting to reliable data on the number of tests – which has been rather limited throughout the region. In the remainder of the section, we analyse, comparatively, responses according to (i) the timing of the measures; (ii) the provision and intensity of compliance mechanisms; (iii) the geographical reach (scope) of the measures and (v) the joint adoption of complementary measures to mitigate some of the negative economic and social impacts.

2.1 Timing of measures

When the WHO announced a Public Health Emergency of International Concern due to the 2019-nCoV on January 30, all countries were encouraged to plan their actions according to the global Strategic Preparedness and Response Plan. Despite Latin America's historical institutional fragility, there was one relative advantage: the timing of the pandemic's arrival to the region.

Brazil was the first nation in Latin America to report the disease on February 26, proceeding as an imported case from Lombardy, Italy, while Argentina was the first to register a death, on March 6, also from an imported case. Facing this new reality, the Pan American Health Organisation recommended countries to intensify their response to the outbreak. As of March 29, all 14 countries analysed had registered deaths caused by Covid-19.

Figure 1 reports the total number and timing of the announcement of measures for preventing the population from viral exposure in the period between January 29 and May 23, 2020. It also shows the date of both the first case (*) and the first death (+) registered in each country. Four measures have been largely embraced by Latin American countries: (i) school closures; (ii) workplace closures; (iii) cancellation or restrictions of public events and gatherings and; (iv) restrictions on the entry of foreigners, by air or land. Moreover, all countries implemented media campaigns to educate the population about individual hygienic measures, although few countries had invested in public space hygienic measures.

In general, there is a timing convergence in social distancing responses between countries, concentrated in the first month following the WHO's declaration of the Covid-19 outbreak as a pandemic, on March 11. Chile and Brazil were the first to declare national emergencies and to implement preventive measures, one month ahead of the other countries. The last country to react was Ecuador, which came to experience one of the worst outbreaks in the region²⁰.

Countries vary a lot in terms of the number of measures adopted. Nonetheless, a high volume of measures does not mean more policy action. For instance, in Brazil, more than half of the measures implemented in the second half of March were edited for regulating teleworking in each branch of the federal public administration. In Chile, 41 of the 68 measures announced were essentially the same but applied to different regions and localities as the country adopted a “dynamic quarantine” approach, by which localities went under strict quarantines at/for different periods of time. Also, most measures adopted after the second half of April refer to extensions of previous measures, especially those for postponing the end of social distancing measures²¹.

2.2 Compliance Mechanisms

Countries also vary considerably in the level of provision and intensity of compliance mechanisms for preventing the spread of the virus. Our index of “Compliance Mechanisms” (Table 2) captures the proportion of measures that include some type of compliance mechanism either through enforcement (penal sanctions, fines, etc) or meaningful surveillance (e.g schools and borders closure)²².

²⁰ <https://www.nytimes.com/2020/04/14/world/americas/coronavirus-Ecuador-guayaquil.html>

²¹ It is important to note that our database does not include measures for lifting restrictions, which started to be adopted by some countries in the second half of May.

²² The index was calculated by dividing the number of measures with a compliance mechanism by the total number of measures for preventing viral exposure.

Bolivia, Guatemala and Honduras are examples of countries that implemented measures with strict controls. In the three countries, total quarantine was mandatory, and people were only allowed outdoors for buying food or medicine. In the majority of countries, the first sets of measures were recommendatory, but as the number of cases increased, restrictive measures with some sort of compliance mechanism were introduced. Chile also has a high level of enforceable measures, but with limited scope, given the aforementioned strategy of dynamic quarantines. Brazil and Mexico are the countries with fewer mechanisms of compliance in place (with indexes of 0.222 and 0.231 respectively).

| Countries | Compliance Mechanisms | Geographical Scope | Protecting Households | Movement Trends |
|------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------|
| Argentina | 0.667 | 0.833 | yes | -0.608 |
| Bolivia | 0.917 | 0.917 | yes | -0.705 |
| Brazil | 0.222 | 0.556 | yes | -0.397 |
| Chile | 0.794 | 0.485 | yes | -0.511 |
| Colombia | 0.762 | 0.952 | yes | -0.605 |
| Costa Rica | 0.867 | 1.000 | no | -0.462 |
| Ecuador | 0.733 | 0.667 | no | -0.685 |
| Guatemala | 0.941 | 1.000 | yes | -0.472 |
| Honduras | 0.857 | 0.857 | no | -0.582 |
| Mexico | 0.231 | 1.000 | no | -0.394 |
| Paraguay | 0.519 | 1.000 | yes | -0.489 |
| Peru | 0.818 | 1.000 | no | -0.672 |
| Uruguay | 0.450 | 0.850 | no | -0.428 |
| Total Mean | 0.607 | 0.764 | | -0.539 |

Source: Authors' own elaboration. Data extracted from Polimap.org, UN_ECLAC's COVID-19 Observatory in Latin America and the Caribbean, governments' official websites and Google Community Mobility Reports.

2.3 Geographical Scope

The index of "Geographical Scope" refers to the proportion of measures that apply to all political-administrative levels²³ (Table 2). With the exception of Brazil, where the federal government, states and municipalities share common responsibilities and might cooperate in particular areas such as public health, decision-making tends to be highly centralised in Latin American countries (Garcia, 2016). Consequently, central governments may choose to adopt localised or nationwide restrictive measures, as in the case of Chile and Ecuador, which have chosen to enforce social distancing based on regional criteria. Almost all countries though implemented measures with a national scope.

²³ The index was calculated by dividing the number of measures that have a nation-wide reach by the total number of measures for preventing viral exposure.

In Brazil, Covid-19 has revealed the weaknesses of the country's federative model (with an index of 0.556, below the regional mean). The most important Federal Law for preventing the virus spread (Law 13.979) should be enacted at the discretion of each local authority. The Federal Government has not adopted any technical criteria to guide the implementation of social distancing measures. As soon as state and municipal authorities began to restrict circulation, President Jair Bolsonaro criticised and questioned the measures adopted, creating political tensions, especially in the first weeks of the pandemic (Cimini et al., 2020). As of April 15th, the Superior Court of Justice had to intervene to guarantee the constitutional autonomy of states and municipalities for adopting public health measures such as social isolation (Rodrigues & Azevedo, 2020). Thus, in a context of lack of federal coordination and clarity about competences, Brazilian states and municipalities have implemented measures based on their own criteria.

2.4 Complementary measures for protecting households' financial security

With regards to social mitigation efforts, we centred on measures designed to protect households' financial security: (a) protecting employment, (b) protecting household income and (c) reducing household costs (Table 2). In the face of the high levels of labour informality in the region, we understand that the enactment of these three types of policy functions as an instrument to incentivise compliance with social distancing measures during the pandemic.

In our index of "Protecting Households", the dummy variable "yes" means the adoption of at least one measure in each of the three categories. Countries vary considerably in the timing and scope of measures for protecting households' financial security. So far, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Mexico, Peru and Uruguay have not adopted measures in all three fronts. However, all countries, except for Honduras, have implemented at least measures for protecting household income, such as emergency cash assistance. Argentina has created the most encompassing system of protection, including income assistance, suspension of residential evictions, price caps for food and medicine and prohibiting the firing of employees.

2.5 Movement Trends

The index of "Movement Trends" provides a measure of people's mobility before and during the pandemic across different categories of places (retail, recreational spaces, groceries, pharmacies, parks, workplaces, transit stations)²⁴. Countries that adopted stronger compliance mechanisms have also achieved the greatest reduction in movement flows, such as Bolivia, Ecuador, Peru, Argentina and Colombia. Brazil, Mexico and Uruguay,

²⁴ The data was obtained from the COVID-19 Google Community Mobility Reports, taking as reference the median for the corresponding day of the week, during the five weeks between January 3 and February 6, 2020 (our baseline) and the period between March 15 and May 15, 2020 (after the onset of the pandemic). The index expresses the difference between the overall mean in the five categories for each country in both periods. The closer to -1, the greater the reduction of movement during the pandemic.

in turn, have the lowest reduction in movement over time (with indexes of -0.397; -0.394 and -0.428, respectively). These countries not only had the lowest compliance indexes for prevention, but also, the less encompassing policies for social protection.

3. Concluding remarks

From an institutional viewpoint, designing ambitious rules is the first condition for a desirable outcome, but this may not suffice in the case of Latin America. Our analysis indicates that the timing and geographical reach of the measures, the provision and intensity of compliance mechanisms and the joint adoption of complementary policies to mitigate the pandemic's economic and social impacts may be used as proxies for governments' commitment to tackle the crisis. In particular, based on the indexes proposed here, there seems to be a positive relationship between strong institutional responses and the reduction of movement during the pandemic.

Thus, the timing and the way governments in Latin America first reacted to this international emergency was crucial in shaping citizens' behaviour and expectations around health and the ensuing socio-economic crisis. Despite the region's long-term institutional and fiscal fragility, policy choice matters: the stronger and more comprehensive the policy responses, the greater society's commitment to social distancing.

Future in-depth research may evaluate whether measures announced were effectively implemented and enforced by local and national authorities, and if they actually reached the target population, especially the most vulnerable segments of society. It may also assess how the timing, type and the effectiveness of policy responses may have avoided unnecessary deaths.

REFERENCE

BRINKS, D., Levitsky, S., & Murillo, M. (2019). *Understanding Institutional Weakness: Power and Design in Latin American Institutions*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108772211.

CABALLERO, R. J. (2000). *Macroeconomic volatility in Latin America: a view and three case studies*. National Bureau of Economic Research.

UN_ECLAC. Observatorio COVID-2019 América Latina y el Caribe: acciones por país. <<https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>>

CIMINI, F., Julião, N. A., de Souza, A., Ferreira, J. V. S., & de Figueiredo, G. R. (2020). *Análise das primeiras respostas políticas do Governo Brasileiro para o enfrentamento da COVID-19 disponíveis no Repositório Global Polimap (No. 013)*. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais.

Council of the EU (2020). Report on the comprehensive economic policy response to the COVID-19 pandemic. Brussels.

GARCIA, A. (2016) Ray, S. Schwarz, H. The Encyclopedia of Postcolonial Studies. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/9781119076506.wbeps118

GAVIN, M., Hausmann, R., Perotti, R., & Talvi, E. (1996). Managing fiscal policy in Latin America and the Caribbean: Volatility, procyclicality, and limited creditworthiness.

GOUREVITCH, P. (1986). Politics in hard times: Comparative responses to international economic crises. Cornell University Press.

Google LLC “Google COVID-19 Community Mobility Reports”. <<https://www.google.com/covid19/mobility/>>. Accessed: May 28, 2020.

IDB, 2020. Public Policy to tackle Covid19. <https://publications.iadb.org/en/public-policy-to-tackle-covid-19-recommendations-for--latin-america-and-the-caribbean>

KANAVOS, P., Parkin, G. C., Kamphuis, B., & Gill, J. (2019). Latin America Healthcare System Overview.

KRUGMAN, P. (2020). The case for permanent stimulus. In “Mitigating the COVID Economic Crisis: Act Fast and Do Whatever It Takes”, Baldwin, R; Weder di Mauro, B. (eds). Centre for Economic Policy Research (CEPR), London.

PEÑA, S., Cuadrado, C., Rivera-Aguirre, A., Hasdell, R., Nazif-Munoz, J. I., Yusuf, M., ... & Vásquez, H. (2020). PoliMap: A taxonomy proposal for mapping and understanding the global policy response to COVID-19.

RODRIGUES, J. N., & Azevedo, D. A. D. (2020). Pandemia do Coronavírus e (des) coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. Espaço e Economia. Revista brasileira de geografia econômica, (18).

WALKER, P. G. T., Whittaker, C., & Watson, O. (2020). The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression: WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling. MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency Analytics, Imperial College London.

World Bank (2020). The Economy in the Time of Covid-19. The Chief Economist Office for Latin America and the Caribbean and The Macroeconomics, Trade and Investment Global Practice; Washington, D.C.

World Health Organization (2020a). Responding to community spread of COVID-19. <https://www.who.int/publications/i/item/responding-to-community-spread-of-covid-19>

World Health Organization (2020b). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---18-march-2020>

AVANÇOS E PERSPECTIVAS NA MITIGAÇÃO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO NORDESTE DO BRASIL (NEB)

Zoraide Souza Pessoa

Rylanneive Leonardo Pontes Teixeira

Yonara Claudia dos Santos

Introdução

Nos últimos meses, o mundo foi surpreendido com a capacidade de disseminação da COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*), doença provocada pelo novo coronavírus (*SARS-CoV-2*), que foi oficialmente declarada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020, com base no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Organização Mundial da Saúde (OMS), por se configurar em grave ameaça à saúde pública de rápida disseminação geográfica (OPAS, 2020). Em 11 de março do mesmo ano, a doença alcançou a condição de pandemia, decorrente do coronavírus, pela OMS (2020).

Essa crise sanitária e de saúde pública é também de caráter multidimensional em relação aos seus efeitos, atingindo não apenas as condições de saúde, mas também outras dimensões. A pandemia de COVID-19 vem gerando diversos impactos, com destaque para os socioeconômicos em virtude de provocar a paralisação dos setores, por exemplo, os produtivos (MACEDO *et al.*, 2020), agravando as condições de vida das populações, em especial as mais vulneráveis (PESSOA; TEIXEIRA, 2020).

No atual ponto da pandemia, os países estão em diferentes estágios de enfrentamentos, mas os casos continuam em ritmo ascendente. De acordo com o Centro de Recursos de Coronavírus da Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins, no final do mês de abril de 2020, o mundo tinha 3.157.459 infectados, 219.611 mortes e menos de 30% dos contaminados recuperados da COVID-19 em 185 países. Hoje, 29 de julho de 2020, exatos 90 dias, essa realidade é ainda mais grave, com 17.130.295 infectados e 669.055 óbitos em 188 países (HOPKINS, 2020).

Entre os países que mais ampliaram as estimativas da COVID-19 no mundo nos últimos meses, está o Brasil, segundo país com mais infectados e óbitos, e que vem mantendo um ritmo elevado em todo o seu território. No país, o início do enfrentamento da COVID-19 aconteceu com a declaração da situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em 03 de fevereiro de 2020, por meio da Portaria nº 188, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a). Todavia, a gestão da crise de fato, começou no final de fevereiro, por todos os governos em seus diferentes níveis, inclusive no NEB, área objeto das reflexões realizadas com esta análise.

Diante das crises global e nacional da pandemia, este artigo tem por objetivo discutir quais avanços e perspectivas se apresentam no contexto de mitigação da doença no NEB, a partir de um olhar intra-regional do seu território. Metodologicamente, trata-se de estudo de natureza descritiva e exploratória, com base em pesquisa documental e dados secundários institucionais dos nove estados e demais órgãos oficiais brasileiros. As análises foram organizadas em dois ciclos de períodos (de 28/02 a 29/04/2020 e de 30/04 a 29/07/2020), marcando a distinção desses momentos para a análise situacional desde a confirmação do primeiro caso da doença no país

Sob esse delineamento, este capítulo está estruturado em quatro partes, sendo a primeira esta introdução, que apresenta o contexto geral da crise de saúde mundial e no Brasil em decorrência do novo coronavírus. Na segunda, contextualiza-se, de forma sintética, a COVID-19 no âmbito do NEB. Na terceira, analisam-se as ações dos nove estados do NEB no que concerne à mitigação da doença em seus territórios. Por fim, na quarta e última, apresentam-se as conclusões a que se chega com esta análise.

Breve contextualização da covid-19 no NEB

O Brasil é, seguramente, um dos países mais atingidos pela COVID-19 em escala global. Reflexo, em certa medida, da falta de uma gestão nacional integrada da pandemia. Essa ausência se reflete no comportamento da COVID-19 no país ao longo dos últimos cinco meses e nos dois ciclos de enfrentamento destacados.

Dados da Rede CoVida, do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS) da Fiocruz e da Universidade Federal da Bahia (UFBA), mostraram, em 29 de abril de 2020, 73.235 infectados e 5.083 óbitos. Hoje, esses valores nem correspondem às vítimas fatais, registrando 2.557.436 infectados e 90.216 mortes em todo o país até 29 de julho (FIOCRUZ; UFBA, 2020).

Percebe-se, uma explosão de casos no território nacional nos últimos meses, com cenários ainda longe de diminuição dos infectados e dos óbitos. No 1º ciclo, caracteriza-se pelo início da ocorrência de casos, com a confirmação do primeiro caso na cidade de São Paulo/SP importado da Itália. Com isso, proliferam-se rapidamente os casos, espalhando-se por todo o Brasil, em especial, nas principais aglomerações urbanas e de grande mobilidade espacial (São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza e Manaus).

Neste ciclo, fica evidente a falta de ações coordenadas e integradas entre os entes federativos, voltadas a conter a proliferação do vírus, com especial atenção às populações vulneráveis (como moradores de rua, comunidades tradicionais-quilombolas e indígenas, e trabalhadores autônomos) e às que integram grupos de risco a complicações da doença (como idosos, pessoas com doenças crônicas e profissionais de saúde. Nesse momento, à nível nacional, o país passa a ficar sem um ministro de estado da saúde e permanece até o momento.

O 2º ciclo é marcado pelo avanço da contaminação na região Sul do país, da interiorização da doença pelas demais regiões, e do início da flexibilização das medidas de enfrentamento em localidades que já ultrapassaram o pico da doença, mas que permanecem com a manutenção diária de casos e de óbitos bastante elevadas, como nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Pernambuco e Amazônia.

No contexto nacional, se insere a NEB que apresenta diferentes cenários dos ciclos descritos, pois desde o início da crise sanitária e de saúde pública provocada pela COVID-19, sempre esteve no centro das preocupações, ou pelo menos deveria estar, dos seus gestores públicos e da população de modo geral. Pessoa, Teixeira e Clementino (2020) apontam que, na NEB, essa situação de risco é ainda mais iminente, visto que o território é um dos mais vulneráveis do Brasil, com diferenças e desigualdades em sua estrutura social, não sendo um território homogêneo, que acomoda uma complexa estrutura urbana e rural, sendo 75% de sua população urbana e 25% rural.

O NEB, além de apresentar em seu território importantes capitais estaduais, as regiões metropolitanas de Salvador, Recife e Fortaleza, tem o maior contingente de população rural do país, conectado a uma rede diversificada de médias e pequenas cidades, cujo padrão predominante é de baixos níveis de desenvolvimento humano e qualidade de vida. A população da região, de 57 milhões (IBGE, 2019), representa 27,2% da população brasileira, agregando 1.794 municípios (IBGE, 2010), nos quais cerca de 29% de seus habitantes vivem em municípios considerados extremamente pobres.

Diante dessa perspectiva social, aliada a outros aspectos deficitários no que diz respeito à infraestrutura urbana e de saúde em seus territórios, o risco da doença se alastrar na região e seus estados é grande. Dados do Índice de Vulnerabilidade Municipal ao alastramento do Coronavírus (IVC)²⁵, proposto pela Fundação Perseu Abramo (FPA, 2020), indicam que, entre as grandes regiões brasileiras, o Nordeste é um dos territórios com os piores indicadores de vulnerabilidade ao novo coronavírus (PESSOA; TEIXEIRA, 2020).

No 1º ciclo de respostas para mitigação pelos estados do NEB, a região apresentava 28,8%, quase um $\frac{1}{3}$ dos casos brasileiros (Tabela 1). Esse volume foi impulsionado, sobretudo, pelos os estados do Ceará, Recife e Salvador. Contudo, essa realidade se alterou rapidamente, crescendo a contaminação nos demais estados do NEB.

²⁵ O IVC tem por base a metodologia de cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), da Organização das Nações Unidas (ONU), com a escala 0 a 1, sendo mais próximo de 1 indicador de melhores condições. Também foram gerados subíndices para cada dimensão que agregados geraram o IVC geral. Para mais informações, disponível em: <<https://bit.ly/34kcedC>>. Acesso em: 28 de mai. de 2020.

É importante destacar que as taxas de ocorrências de casos no NEB foram preocupantes desde o início da pandemia no país que incidiram em grande letalidade no 1º ciclo. O estado do Ceará chegou a 76 casos por 100.000 habitantes, uma incidência mais alta que o estado de São Paulo, epicentro da epidemia no Brasil e com registro de 51,9 casos por 100.000 habitantes. Ambos os estados estavam com taxas acima da média nacional, de 34,7 casos por 100.000 habitantes (FIOCRUZ; UFBA, 2020).

No 2º ciclo, o NEB saltou de pouco mais de 21.000 infectados no final de abril para mais de 771.214 contaminados no final de julho, representando 30,16% dos casos nacionais, mantendo a tendência verificada no 1º ciclo de agrupar cerca de 1/3 dos infectados do país em seu território (Tabela 1).

Entre os estados mais afetados no 1º ciclo, o Ceará se destaca com 33,00% dos casos da região; seguido por Pernambuco, Maranhão e Bahia que registram 27,10%, 13,30% e 12,10% dos casos, respectivamente. Juntos, concentram mais de 85% dos casos em toda região. Os demais estados tinham menos de 1000 casos e situações bem parecidas na evolução da doença em seus territórios nos dois ciclos temporais analisados (Tabela 1).

No 2º ciclo, a situação se manteve parecida, o Ceará permanece como o estado mais comprometido, com recuo, mas ainda acumulando 21,93% dos infectados do NEB. Por outro lado, a Bahia avançou mais em relação a Pernambuco e Maranhão comparativo ao 1º ciclo. Os quatro estados, ainda acomodam mais de 69% de todos os infectados nesta região. Mas, os índices de contaminação se expandiram nos demais estados também, todos apresentam menos de 8% do total de casos da região (Tabela 1).

O NEB, praticamente todo, tem proporção de infectados por 100.000 mil habitantes superior a nacional, que é de 1208 pessoas/100.000 habitantes. No NEB, é de 1351 pessoas/100.000 habitantes, porém, entre os estados, Sergipe é o que apresenta maior proporção, 2445 pessoas/100.000 habitantes. Pernambuco, por outro lado, é o estado de menor relação com menos de 1000 pessoas/100.000 habitantes, o que sugere maior nível de transmissão do vírus (Tabela 1).

Tabela 1 – População Total por situação de casos de COVID-19 nos estados do NEB (2020)

| Território | População | | Casos | | | | | | Casos por 100 mil habitantes | |
|---------------------|-------------|----------|--------|-----------|-----------|-----------|--------|--------|------------------------------|------|
| | | | Ciclo | | | | | | 1° | 2° |
| | 1° | | 2° | | 1° | 2° | | | | |
| | PT | % PTE/PT | TC | %TCE/TCNE | TC | %TCE/TCNE | %TC/PT | %TC/PT | 1° | 2° |
| Brasil | 210.147.125 | -- | 73.511 | -- | 2.557.436 | -- | 0,03 | 1,22 | 35 | 1208 |
| NEB | 57.071.654 | 27,20 | 21.141 | 28,80 | 771214 | 30,16 | 0,04 | 1,35 | 37 | 1351 |
| Alagoas | 3.337.357 | 5,80 | 777 | 3,70 | 58.124 | 7,54 | 0,02 | 1,74 | 23 | 1742 |
| Bahia | 14.873.064 | 26,10 | 2.564 | 12,10 | 157.334 | 20,40 | 0,02 | 1,06 | 17 | 1058 |
| Ceará | 9.132.078 | 16,00 | 6.985 | 33,00 | 169.138 | 21,93 | 0,08 | 1,85 | 76 | 1852 |
| Maranhão | 7.075.181 | 12,40 | 2.804 | 13,30 | 117.694 | 15,26 | 0,04 | 1,66 | 39 | 1663 |
| Paraíba | 4.018.127 | 7,00 | 699 | 3,30 | 79.898 | 10,36 | 0,02 | 1,99 | 17 | 1988 |
| Pernambuco | 9.557.071 | 16,70 | 5.724 | 27,10 | 91.536 | 11,87 | 0,06 | 0,96 | 60 | 958 |
| Piauí | 3.273.227 | 5,70 | 454 | 2,10 | 50.206 | 6,51 | 0,01 | 1,53 | 14 | 1534 |
| Rio Grande do Norte | 3.506.853 | 6,10 | 854 | 4,00 | 49.194 | 6,38 | 0,02 | 1,40 | 24 | 1403 |
| Sergipe | 2.298.696 | 4,00 | 280 | 1,30 | 56.214 | 7,29 | 0,01 | 2,45 | 12 | 2445 |

Fonte: Elaboração dos autores a partir de dados do IBGE (2019), BRASIL (2020b), e FIOCRUZ e UFBA (2020). Legenda: (PT=População Total; PTE=População Total Estadual; TC=Total de Casos; TCE=Total de Casos Estados; TCNE=Total de Casos NEB).

Em relação à situação de mortalidade, percebe-se que a incidência caiu em todos os estados entre os dois ciclos de enfrentamento, contudo, com um cenário bem mais preocupante, nos mesmos estados com mais infectados. Nestes, conjuntamente, acumulam 87% dos óbitos na NEB. Pernambuco com 38,1% e Ceará com 31,3%, os dois, acumulavam mais 69% dos óbitos. Em seguida, tem-se o Maranhão, com 10,9% dos óbitos; enquanto que os demais apresentam percentuais abaixo de 8,0% (Tabela 2).

Relativo ao percentual de óbitos sobre os casos confirmados, no 1º ciclo, todos estavam acima de 3%, com os piores quadros Pernambuco e Paraíba, 8,87% e 7,58% dos óbitos, respectivamente. No 2º ciclo, Pernambuco continua com elevada proporção de óbitos, acima de 7,08%, apresentando relativo recuo, porém, o dobro do verificado para o Brasil e o NEB. Preocupante também a situação do Ceará e do Rio Grande do Norte, que apresentam proporções de óbitos superiores a 3%, já os demais com proporções de letalidade inferiores a 3,0% (Tabela 2).

Por outro viés, os estados com maior letalidade permanecem em ambos os ciclos de períodos analisados, concentrados em Pernambuco, Ceará, Maranhão e Bahia. Todos eles apresentaram recuo, com exceção do Maranhão que manteve na faixa de 10% de concentração dos óbitos do NEB. Na outra via, tem-se o Piauí que, no acumulado, é o estado com menos mortes decorrentes da COVID-19 (Tabela 2).

Tabela 2 – Situação de óbitos por estados do NEB (2020)

| Território | Óbitos | | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | Ciclo | | | | | |
| | 1º | 2º | 1º | | 2º | |
| | % TO/TC | % TO/TC | TO | % TOE /TONE | TO | % TOE /TONE |
| Brasil | 6,88 | 3,53 | 5054 | -- | 90216 | -- |
| NEB | 6,30 | 3,65 | 1332 | 26,40 | 28172 | 31,23 |
| Alagoas | 4,63 | 2,65 | 36 | 2,70 | 1540 | 5,47 |
| Bahia | 3,63 | 2,11 | 93 | 7,00 | 3321 | 11,79 |
| Ceará | 5,97 | 4,52 | 417 | 31,30 | 7648 | 27,15 |
| Maranhão | 5,17 | 2,53 | 145 | 10,90 | 2978 | 10,57 |
| Paraíba | 7,58 | 2,21 | 53 | 4,00 | 1766 | 6,27 |
| Pernambuco | 8,87 | 7,08 | 508 | 38,10 | 6484 | 23,02 |
| Piauí | 4,63 | 2,60 | 21 | 1,60 | 1304 | 4,63 |
| Rio Grande do Norte | 5,62 | 3,54 | 48 | 3,60 | 1741 | 6,18 |
| Sergipe | 3,93 | 2,47 | 11 | 0,80 | 1390 | 4,93 |

Fonte: Elaboração dos autores a partir de dados do IBGE (2019), BRASIL (2020b), e FIOCRUZ e UFBA (2020). Legenda: (TO=Total de Óbitos; TOE=Total de Óbitos Estadual; TC=Total de Casos; TCE=Total de Casos Estados; TONE=Total de Óbitos NEB).

Talvez por essa configuração nos dois ciclos aqui descritos, a pandemia de COVID-19 representa um grande desafio para essa região, com tendência à cenários preocupantes ainda, mesmo com avanços na mitigação pelos estados da NEB como se observa na discussão em sequência.

Mitigação da covid-19 e as diferenças nas gestões dos governos estaduais do NEB

Mitigar pressupõe prover ações que possam diminuir os efeitos e danos decorrentes de situações emergenciais e de desastres. No contexto da pandemia da COVID-19, mitigação diz respeito às ações pautadas na diminuição da contaminação e dos óbitos. Nessa direção, o NEB vem atuando a partir de duas frentes de mitigação na gestão da pandemia em seu território.

A primeira frente de mitigação vem sendo realizada individualmente por cada um dos nove estados da região, com adoção de medidas não farmacológicas para efetivação

do distanciamento social. Essas medidas coadunam com as recomendações das OMS e da experiência internacional, dos países asiáticos e europeus, que precederam o Brasil no enfrentamento da COVID-19.

Neste aspecto, a China e Itália, se destacaram ao experimentarem medidas não farmacológicas, pautadas no distanciamento social e em protocolos sanitários como os meios para frear a contaminação da COVID-19, diante da ausência de medidas farmacológicas eficientes ou de imunização que pudessem barrar seu alastramento (SHAW; KIM; HUA, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020). Também, foi verificado que a doença, no seu quadro sintomático, pode levar a quadros complexos de agravamento multissistêmicos nos infectados e de tratamento intervencionista demorado (WADMAN *et al.*, 2020).

Nesse sentido, diante de experiências internacionais, em meados do início da segunda quinzena de março de 2020, todos os estados do NEB já apresentaram planos de contingência, decretação de situação de emergência e a adoção de medidas não farmacológicas. Entre as medidas adotadas pelos nove estados, têm destaque aquelas voltadas para o distanciamento social, que coibiram a circulação das pessoas e a sua aglomeração, mantendo em funcionamento apenas serviços essenciais, como também impuseram outras medidas sanitárias como o uso obrigatório de máscaras e higienização das mãos. Todas essas medidas são observadas com maior detalhe nos decretos estaduais (Quadro 1).

O endurecimento das medidas decretadas no NEB, via *lockdown*, ocorreu ainda no 1º ciclo de enfrentamento da COVID-19 nos estados do Ceará, Maranhão e Pernambuco. Alguns estados, não decretaram *lockdown*, mas ampliaram a restrição de circulação de pessoas, como a Bahia, que restringiu a circulação com toque de recolher entre 18h e 05h, com exceção dos funcionários de serviços essenciais. Os demais estados não apresentaram iniciativas nestas direções. Relativo às medidas de flexibilização, observa-se que todos os estados do NEB estão em andamento, com a liberação de funcionamento das atividades de forma gradual, iniciadas entre o final de junho e início de (Quadro1).

Quadro 1 – Medidas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos estados do NEB (2020)

| Estados | Medidas de distanciamento social | Lockdown | Medidas de flexibilização |
|----------|----------------------------------|---|---------------------------|
| Alagoas | Decreto nº 69.501/2020 | --- | Decreto nº 70.349/2020 |
| Bahia | Decreto nº 19.529/2020 | --- | Decreto nº 19.865/2020 |
| Ceará | Decreto nº 33.519/2020 | Decreto nº 33.574/2020 | Decreto nº 33.693/2020 |
| Maranhão | Decreto nº 35.677/2020 | Decreto nº 35.722/2020 Medida Provisória nº 313/2020 | Portaria nº 043/2020 |

| | | | |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| Paraíba | Decreto nº 40.128/2020 | --- | Decreto nº 40.304/2020 |
| Pernambuco | Decreto nº 48.809/2020 | Decreto nº 49.017/2020 | Decreto Nº 49.147/ 2020 Portaria Conjunta SES-SDEC nº 19/2020 |
| Piauí | Decreto nº 18.884/2020 | --- | Decreto nº 19.116/2020 |
| Rio Grande do Norte | Decreto nº 29.513/2020 | --- | Portaria nº 006/2020- GAC/SESAP/SEDE/2020 Decreto nº 29.861/2020 |
| Sergipe | Decreto nº 40.567/2020 | --- | Decreto nº 40.620/2020 |

Fonte: Elaboração dos autores a partir de dados dos governos estaduais do NEB (2020).

Todas as medidas de distanciamento e a sua intensificação ocorreram em função do cenário deficitário da infraestrutura de saúde nos estados, que não suportaria o aumento da demanda hospitalar, sobretudo, de leitos. Neste aspecto, verifica-se um aumento no número de leitos de forma geral, mas sobretudo, das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) esses para tratamento de casos graves da COVID-19. Neste aspecto, apenas Bahia, Paraíba e Pernambuco estavam acima da média nacional antes da construção de novas UTIs para os casos de COVID-19. Apenas os estados do Rio Grande do Norte e Sergipe não construíram hospitais de campanha (Tabela 3).

Tabela 3 – Infraestrutura de saúde, do tipo leitos de UTIs e Hospitais de Campanha nos estados do NEB (2020)

| Estados | Números de leitos de UTI antes da COVID-19 | Números de leitos de UTI construídos com a COVID-19 | Hospitais Campanha |
|----------------|--|---|--------------------|
| Alagoas | 491 | 109 | 02 |
| Bahia | 2029 | 887 | 11 |
| Ceará | 1201 | 481 | 05 |
| Maranhão | 132 | 299 | 10 |
| Paraíba | 608 | 404 | 03 |
| Pernambuco | 1861 | 600 | 05 |
| Piauí | 353 | 178 | 02 |
| Rio G.do Norte | 375 | 294 | --- |
| Sergipe | 339 | 325 | --- |

Fonte: Elaboração dos autores a partir de dados dos governos estaduais do NEB (2020).

A outra frente de atuação realizada pelos governos do NEB foi através da integração regional, na expectativa de corroborar com as capacidades individuais de enfrentamento

da pandemia. Para isso, vem atuando em bloco através do Consórcio Nordeste, que é um instrumento político e de gestão pública criado em 2019 (CLEMENTINO, 2019) e que articula ações de interesse comuns entre os estados dessa região e pode configurar-se numa perspectiva inovadora de resposta aos desafios da crise sanitária no NEB (CLEMENTINO *et al.*, 2020).

Essa iniciativa de articulação regional ocorre diante de um cenário de desamparo nacional, de manutenção do viés negacionista da ciência e da gravidade da COVID-19 pelo governo federal (RODRIGUES; AZEVEDO, 2020). Diante desse fato, os governos do NEB optaram pelo respaldo científico no quadro de suas ações de enfrentamento à exemplo que foi exercido pelos gestores públicos contra a pandemia de COVID-19 à nível internacional (MOATTI, 2020).

Desde o início da crise da COVID-19, o Consórcio Nordeste atua através da publicação de cartas. Destacam-se também, a iniciativa de criação do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4NE) – Projeto Mandacarú, composto por especialistas notáveis para aconselhamento ao Consórcio e monitoramento da pandemia²⁶.

A iniciativa do C4NE pauta-se em apresentar recomendações que podem ser acolhidos pelos comitês de gestão de crise dos estados, possibilita o respaldo às ações dos governos estaduais do NEB frente à pandemia e na ausência de um assessoramento científico a nível nacional. Suas recomendações são publicadas em formato de boletins, sendo nove até o momento, tem um caráter emergencial e considera o ritmo da COVID-19 no NEB (Quadro 2).

Quadro 2 – Eixos de recomendações do C4NE (2020)

| | |
|----------------------------------|---|
| Distanciamento Social | <ul style="list-style-type: none">- Restringir atividades não essenciais- Higienizar mãos- Manter a distância de 2 metros entre as pessoas- Utilizar máscaras faciais- Proibir aglomerações |
| Isolamento Residencial | <ul style="list-style-type: none">- Isolar casos suspeitos, com sintomas leves ou viajantes (quarentena de 14 dias) |
| Flexibilização de Medidas | <ul style="list-style-type: none">- Não recomendado com curva de contágio crescente- Cogitar, se apresentar recuo de casos por mais de 14 dias- Não recomendado para nenhum estado do NEB no momento |

²⁶ Formado por pesquisadores de todos os estados da região, sob a coordenação de Miguel Nicolelis e Sérgio Machado Resende.

| | |
|----------------------------------|---|
| Lockdown | <ul style="list-style-type: none"> - Decretar caso 80% dos leitos de UTIs estejam ocupados - Definir bases de planejamento, controle e monitoramento - Pode ser realizado de forma setorial e regional |
| Mobilidade Espacial | <ul style="list-style-type: none"> - Controlar importação de casos por via aérea e terrestre - Restringir tráfego rodoviário não essencial nas rodovias dos estados - Desinfectar locais públicos - Controlar tráfego intermunicipal |
| Integração Regional-local | <ul style="list-style-type: none"> - Articular secretarias estaduais e municipais e entre os estados do NEB |
| Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Restringir o uso de medicamentos sem evidências científicas seguras - Criar Brigada Emergencial de Saúde de médicos brasileiros formados no exterior e revalidar seus diplomas - Ampliar proteção com uso de EPIS pelos trabalhadores essenciais - Testar profissionais de saúde e trabalhadores essenciais - Compartilhar respiradores por dois pacientes com mesmas condições clínicas pulmonares - Uso emergencial de ventiladores de salas de cirurgias - Contratar médicos intensivistas - Aumentar vagas de leitos |
| Ciência | <ul style="list-style-type: none"> - Articular áreas científicas do NEB - Criar 9 subcomitês temáticos para auxiliar nas recomendações - Criar rede de apoio de cientistas nacionais e internacionais |
| Tecnologia | <ul style="list-style-type: none"> - Usar tecnologias digitais para monitoramento de deslocamento - Promover telemedicina via <i>Monitora COVID-19</i> |
| Social e economia | <ul style="list-style-type: none"> - Mitigar efeitos sociais da pandemia - Estimular a microeconomia local e regional |

Fonte: Pessoa; Teixeira; Clementino (2020).

Em síntese, todas as iniciativas dos estados vêm sendo pautadas na complementaridade das suas atuações individuais com a colaboração regional, como estratégias que possam corroborar para atenuar os efeitos da pandemia na região como um todo.

Conclusões

Muito embora seja visível que avanços foram alcançados na mitigação da COVID-19 no NEB pelas duas frentes de atuação de suas ações, os índices de contaminação e óbitos ainda se mantêm elevados e preocupantes. Uma certa estabilidade e recuo foram alcançados, mas sem observância continuada de queda sustentada ao longo do tempo.

A situação poderia ser mais catastrófica do que está sendo, certamente. Porém, ainda não é momento de adoção de flexibilização das medidas de distanciamento social, pois os cenários da pandemia no NEB são desastrosos ainda. Mesmos nos estados que mais tiveram recuo, o número de infectados segue em ritmo elevado, cuja letalidade continua alta de modo geral no NEB. Em alguns estados, como Pernambuco, a incidência de óbitos permanece altíssima, não sofrendo redução se comparados entre os dois períodos analisados.

Uma das perspectivas de enfrentamento da pandemia e que não foi plenamente mitigada diz respeito às populações já fragilizadas pelo aumento da pobreza na região nos últimos anos, aliado à ocorrência recentes de desastres ambientais, como o vazamento de óleo no litoral nordestino na segunda metade do ano passado e que novamente é atingido neste semestre atual com a pandemia.

Nesses termos, observa-se que iniciativas de mitigação da COVID-19 precisam ser efetivamente compartilhadas, devendo-se considerar que as medidas farmacológicas de alcance mais amplo, como a vacinação, somente ocorrerão com expectativas plausíveis para o próximo ano, em meados do meio do ano. Nessa conjuntura, tem-se mais de 1 ano a vista de enfrentamento multidimensional da doença e que requer ações coordenadas e com eficiência, eficácia e efetividade no uso dos recursos públicos e de impacto no controle epidemiológico de forma continuada até lá.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Decreto nº 69.501, de 13 de março de 2020. **Procuradoria Geral do Estado de Alagoas**, 2020. Disponível em: <<http://www.procuradoria.al.gov.br/legislacao/boletim-informativo/legislacao-estadual>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

ALAGOAS. Decreto nº 70.349, de 13 de julho de 2020. **Procuradoria Geral do Estado de Alagoas**, 2020. Disponível em: <<http://www.procuradoria.al.gov.br/legislacao/boletim-informativo/legislacao-estadual>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

BAHIA. Decreto nº 19.529, de 16 de março de 2020. **Casa Civil**, 2020. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

BAHIA. Decreto nº 19.865 de 28 de julho de 2020. Altera os Anexos I e II do Decreto nº 19.586, de 27 de março de 2020, na forma que indica, e dá outras providências. **Casa Civil**, 2020. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, 2020a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL – Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus no Brasil**. Brasília: MS, 2020b. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

CEARÁ. Decreto nº 33.519, de 19 de março de 2020. **Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado**, 2020. Disponível em: <<https://www.cge.ce.gov.br/decretos-estaduais/>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

CEARÁ. Decreto nº 33.574 de 05 de maio de 2020. **Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado**, 2020. Disponível em: <<https://www.cge.ce.gov.br/decretos-estaduais/>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

CEARÁ. Decreto nº 33.693, de 25 de julho de 2020. **Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado**, 2020. Disponível em: <<https://www.cge.ce.gov.br/decretos-estaduais/>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda. A Atualidade e o ineditismo do Consórcio Nordeste. 2019. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental (IPEA)**, v. 21, p. 165-175, 2019.

CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda *et al.* **A colaboração em tempos de pandemia e o protagonismo do Consórcio Nordeste**. Rio de Janeiro: Boletim Semanal do Observatório das Metrópoles, 07 mai., 2020. Disponível em: <<https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/a-colaboracao-em-tempos-de-pandemia-e-o-protagonismo-do-consorcio-nordeste/>>. Acesso em: 07 mai. 2020.

FIOCRUZ; UFBA. **Painel da Rede CoVida**. Bahia: FIOCRUZ e UFBA, 2020. Disponível em: <<https://painel.covid19br.org/>>. Acesso em: 28 abr. 2020.

FPA – FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Boletins FPA: Estudo ranqueia municípios mais vulneráveis ao coronavírus**. Bahia: FPA, 2020. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2020/04/16/estudo-ranqueia-municipios-mais-vulneraveis-ao-coronavirus/>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

HOPKINS, J. **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)**. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 abr. 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Aspectos Demográficos – Informações Gerais**. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 29 abr. 2020.

MACEDO, Luziene Dantas de *et al.* A pandemia de Covid-19, vulnerabilidade econômica na Região Metropolitana de Natal e os seus reflexos nos setores produtivos e no turismo. In: CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda; ALMEIDA, Lindijane de Souza Bento; SILVA, Brunno Costa do Nascimento (Orgs.). **Em tempos de pandemia: contribuições do Observatório das Metrôpoles – Núcleo Natal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020, p. 187-200.

MARANHÃO. Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020. **CoronaVírus – Maranhão, 2020**. Disponível em: <<https://www.corona.ma.gov.br/atos-normativos>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MARANHÃO. Decreto nº 35.722, de 07 de abril de 2020. **CoronaVírus – Maranhão, 2020**. Disponível em: <<https://www.corona.ma.gov.br/atos-normativos>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MARANHÃO. Medida Provisória nº 313, de 08 de maio de 2020. **CoronaVírus – Maranhão, 2020**. Disponível em: <<https://www.corona.ma.gov.br/atos-normativos>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MARANHÃO. Portaria nº 043, de 26 de junho de 2020. **CoronaVírus – Maranhão, 2020**. Disponível em: <<https://www.corona.ma.gov.br/atos-normativos>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

MOATTI, Jean-Paul. The French response to COVID-19: intrinsic difficulties at the interface of science, public health, and policy. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. 255, 2020. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266720300876>>. Acesso em: 02 jul. 2020.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Director-General’s statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. Genebra: OMS, 2020. 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: 01 mai. 2020.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Washington: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 28 abr. 2020.

PARAÍBA. Decreto nº 40.128, de 17 de março de 2020. **Diário Oficial da Paraíba**, 2020. Disponível em: <<https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

PARAÍBA. Decreto nº 40.304, de 12 de junho de 2020.. **Diário Oficial da Paraíba**, 2020. Disponível em: <<https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

PERNAMBUCO. Decreto nº 48.809, de 14 de março de 2020.. **Legislação do Estado do Pernambuco**, 2020. Disponível em: <<https://legis.alepe.pe.gov.br/lista.aspx?tiponorma=6>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

PERNAMBUCO. Decreto nº 49.017, de 11 de maio de 2020. **Legislação do Estado do Pernambuco**, 2020. Disponível em: <<https://legis.alepe.pe.gov.br/lista.aspx?tiponorma=6>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

PERNAMBUCO. Decreto Nº 49.147, de 30 de junho de 2020. **Legislação do Estado do Pernambuco**, 2020. Disponível em: <<https://legis.alepe.pe.gov.br/lista.aspx?tiponorma=6>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

PESSOA, Zoraide Souza; TEIXEIRA, Rylanneive Leonardo Pontes; CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda. Interfaces between Vulnerabilities, Governance, Innovation and Capacity of Response to COVID-19 in Brazilian Northeast. **Ambiente & Sociedade**, v. 23, 2020.

PESSOA, Zoraide Souza; TEIXEIRA, Rylanneive Leonardo Pontes. Vulnerabilidades e sociedade de riscos em tempos de COVID-19: reflexões para a Região Metropolitana de Natal. In: CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda; ALMEIDA, Lindijane de Souza Bento; SILVA, Brunno Costa do Nascimento (Orgs.). **Em tempos de pandemia: contribuições do Observatório das Metrôpoles – Núcleo Natal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020, p. 174-186.

PIAUI. Decreto nº 18.884, de 16 de março de 2020. **Governo do Piauí**, 2020. Disponível em: <<https://www.pi.gov.br/decretos-estaduais-novo-coronavirus/>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

PIAUI. Decreto nº 19.116, de 22 de julho de 2020. **Governo do Piauí**, 2020. Disponível em: <<https://www.pi.gov.br/decretos-estaduais-novo-coronavirus/>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Decreto nº 29.513, de 13 de março de 2020. **Governo do Rio Grande do Norte**, 2020. Disponível em: <<https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/medidas/medidasdogoverno/>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Portaria nº 006/2020-GAC/SESAP/SEDE, de 18 de junho de 2020. **Diário Oficial do Rio Grande do Norte**, 2020. Disponível em: <http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20200619&id_doc=686500>. Acesso em: 31 jul. 2020.

RODRIGUES, Juliana Nunes; AZEVEDO, Daniel Abreu de. Pandemia do Coronavírus e (des)coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. **Espaço e Economia [Online]**, 18 | 2020. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/espacoeconomia/12282>>. Acesso em: 07 mai. 2020.

SÃO LUÍS. **CARTA DOS GOVERNADORES DO NORDESTE**. São Luís: 2019. Disponível em: <<https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/wp-content/uploads/2019/03/Carta-dos-Governadores-do-Nordeste-14.03.19.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2020.

SERGIPE. Decreto nº 40.567, de 24 de março de 2020. **Diário Oficial de Sergipe**, 2020. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391536>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

SERGIPE. Decreto nº 40.620, de 23 de junho de 2020. **Procuradoria Geral do Estado de Sergipe**, 2020. Disponível em: <<https://www.pge.se.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Decreto-Altera-Plano-COGERE.23.06.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2020.

SHAW, Rajib; KIM, Yong-kyun; HUA, Jinling. Governance, technology and citizen behavior in pandemic: Lessons from COVID-19 in East Asia. **Progress in Disaster Science**, v. 6, n. 100090, April 2020. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2590061720300272>>. Acesso em: 27 abr. 2020.

VIEIRA, Cristina Mesa *et al.* COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. **Maturitas**, v. 136, p. 38-41, 2020. Disponível em: <[https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(20\)30234-6/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(20)30234-6/fulltext)>. Acesso em: 21 abr. 2020.

WADMAN, Meredith et al. A rampage through the body. **Science**, v. 368, p. 356-360, 2020. Disponível em: <<https://science.sciencemag.org/content/368/6489/356>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

O COMITÊ CIENTÍFICO DO CONSÓRCIO NORDESTE COMO RESPOSTA DOS GOVERNADORES NORDESTINOS À PANDEMIA DE COVID-19

Vítor Eduardo Veras de Sandes-Freitas

Luciana Santana

Fábio Guedes Gomes

Olívia Cristina Perez

Helga Almeida

Introdução

O alastramento da pandemia causada pela Covid-19 tem revelado distintas concepções de mundo que perpassam projetos políticos no poder. De um lado estão os negacionistas, que, em linhas gerais, rejeitam fatos históricos e evidências científicas. Do outro, aqueles que defendem que os conhecimentos científicos e técnicos devem guiar as decisões humanas e que os mesmos não devem ser excluídos como também balizadores das decisões, ainda que possam contrair quem se privilegia com tal negação. Essa disputa, anterior à pandemia, tem se revelado mais contundente no enfrentamento dos males causados pela Covid-19 em partes do mundo, inclusive do Brasil.

Em terras tupiniquins, o Presidente da República Jair Bolsonaro (sem partido) e o grupo que o apoia têm negado a gravidade da pandemia e defendido soluções sem comprovação científica como, por exemplo, o uso da hidroxicloroquina para combater a fase inicial da doença. Essa posição não é exclusiva do Governo Federal: diversos municípios e estados alinhados com essa posição, retroalimentado esse discurso.

Para tentar barrar o avanço da doença, municípios e estados dirigidos por grupos que creem minimamente na ciência atuam de forma isolada ou cooperadamente. Dentre essas formas cooperativas, tem se destacado o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste - Consórcio Nordeste.

O Consórcio Nordeste foi criado antes da pandemia, através do Protocolo de Intenções, de 14 de março de 2019, conforme prevê a Lei Federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que

autoriza a criação de associação pública, de natureza autárquica e interfederativa, pessoa jurídica de direito público interno, que integra a administração indireta de cada ente da República Federativa do Brasil.

Importante salientar que desde 2003 os governadores da região se reuniam, sistematicamente, pelo menos 4 vezes ao ano, nos chamados Fóruns dos Governadores. A criação do Consórcio Nordeste foi apenas a institucionalização do amadurecimento dessas reuniões e seu progresso. No entanto, sua atuação ficou mais evidente em 2020, especialmente porque ele passou a orientar os governadores no combate à pandemia. Para tanto, foi criado um Comitê Científico que divulga boletins com diretrizes para atuação dos governadores no combate à doença e suas consequências. Argumentamos aqui que o Comitê tem cumprido a função de munir o Consórcio Nordeste e os estados participantes de conhecimentos necessários para o enfrentamento da pandemia de Covid-19.

O presente texto aborda o Comitê Científico do Consórcio Nordeste mostrando o contexto de sua criação, suas funções e ações, principalmente as orientações divulgadas nos boletins científicos. Como pano de fundo são abordadas as discordâncias do Consórcio em relação ao governo federal.

Os dados da pesquisa advêm dos boletins científicos divulgados no site do Comitê Científico do Consórcio Nordeste, de abril a julho de 2020, bem como da exposição de falas do Governo Federal e registradas em jornais e portais de grande circulação e alcance que evidenciam seu viés negacionista.

O texto contribui, assim, para a compreensão sobre a importância do Consórcio Nordeste e, respectivamente, do seu Comitê Científico, em especial no combate à pandemia. Mais do que isso: o texto revela concepções de mundo e espaços de conflitos e disputas hoje no Brasil. Essa disputa ajuda explicar as consequências sociais da pandemia de Covid-19 no país, evidenciadas pelo alto número de contaminados e mortos pela doença.

A criação do Comitê Científico

A cooperação em questões de saúde e ciência já era um objetivo almejado pelo Consórcio Nordeste desde sua criação. No próprio “Protocolo de Intenções do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste”, no tópico “Dos objetivos, finalidades, atribuições e princípios”, a área científica foi ressaltada,

III - na Ciência Tecnologia e Inovação, a elaboração de políticas que proporcionem o desenvolvimento científico e tecnológico da Região Nordeste, em especial na articulação e desenvolvimento de seus pólos e parques tecnológicos, incubadoras, aceleradoras, startups e inserção em redes globais, com destaque para as áreas de biotecnologia, tecnologias digitais, *smart cities*, energias renováveis, internet das coisas, desenvolvimento de novos materiais, tecnologias limpas e Inteligência Artificial.

Também chama a atenção quando aborda o desenvolvimento social e preocupa-se com a costura de uma articulação do bloco focada na saúde

IV - no desenvolvimento social, a) na área da saúde, aquisição centralizada e ou compartilhada de medicamentos, equipamentos e material de saúde, gestão de serviços de saúde, em especial hospitais e laboratórios regionais, desenvolvimento e implantação de tecnologias digitais e inovação em saúde, prontuários eletrônicos e compartilhamento de estruturas, dados e sistemas; gestão compartilhada e associada de transporte sanitário, integração de sistemas de vigilância sanitária, qualificação do trabalho e formação profissional em saúde.

Ou seja, o Consórcio Nordeste já nasce com aspirações cooperativas em questões da saúde e da ciência. E esse alinhamento pré-pandemia contribuiu para que medidas realizadas em bloco fossem tomadas rapidamente no enfrentamento da pandemia, o que levou à criação de um Comitê Científico regional unificado.

Além disso, o viés negacionista reforçado pelas falas do Governo Federal, por meio dos discursos e afirmações do presidente da República, Jair Bolsonaro, parece ter sido variável de impacto na construção de articulação rápida do Consórcio Nordeste para o enfrentamento conjunto dos desafios da pandemia de Covid-19. Dois elementos foram centrais: i) a ausência de uma coordenação nacional para o enfrentamento do problema, que exigia celeridade e foco; ii) e, a falta de informações sobre a dimensão do problema, suas consequências e formas de abordá-lo

No dia 11 de março, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de Covid-19, causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Concomitantemente a esse processo, o presidente da república, Jair Bolsonaro, minimizava os riscos da doença à saúde pública da população brasileira, o que perdurou ao longo do tempo. Tal situação fica evidente nas falas e no comportamento do chefe do executivo. Em pronunciamento, em cadeia nacional, no dia 24 de março de 2020, o presidente chegou a considerar a pandemia como uma gripezinha²⁷, conforme seu relato: “No meu caso particular, pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar. Nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho”. Ainda no mês de março, o presidente utilizou as expressões “histeria”, “gripezinha” e “fantasia” para se referir à doença, além de comentar que a situação não podia ser tratada como “se fosse o fim do mundo”.

Nessa toada o governo federal perdeu completamente o *timing* na tomada de medidas de prevenção para todo o território nacional, fazendo com que a doença se espalhasse de forma acelerada. Dada a inércia da União, dá-se início a uma corrida para conter os avanços da epidemia por governadores e prefeitos, através de decretos e a criação de comitês diversos de enfrentamento à pandemia.

²⁷ <https://congressoemfoco.uol.com.br/governo/bolsonaro-contraria-autoridades-de-saude-e-pede-fim-do-confinamento-em-massa/>

A não coordenação do governo federal levou à construção e publicação da Carta-Manifesto intitulada “Pela vida” é divulgada pelos governadores no dia 27 de março²⁸. O documento evidencia a intenção dos governadores em manter todas as medidas restritivas para combater o coronavírus e a busca por integração regional. Os governadores se comprometeram em atuar de acordo com as principais premissas e orientações da “ciência e pela experiência nacional”, na tomada de decisões contra o coronavírus, através principalmente das orientações da Organização Mundial da Saúde. Ainda, informaram que contariam com o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, Sociedade Brasileira de Infectologia e os Ministérios Públicos Federal e Estaduais.

No dia 30 de março de 2020, novamente o Presidente da República concedeu entrevista para o Programa “Alerta Nacional”, da Rede TV, com críticas veladas aos governadores, sem citar nomes e exemplos específicos, levantando insinuações de estarem utilizando as mortes ocasionadas em decorrência do novo coronavírus para tentar receber mais recursos federais. Essa seria a forma utilizada por governadores para justificar as medidas de isolamento social.

Parece que há interesse de alguns governadores de inflar o número dos óbitos vitimados do vírus, e, a partir daí, dar mais respaldo para eles, talvez, pedir mais recursos do Governo Federal. Para justificar as medidas que eles tomaram e (depois) dizer que “se eu não tivesse tomado essas medidas no meu estado a crise seria mais grave e mais pessoas teriam morrido”²⁹.

Esse relato não expressa somente a discordância em relação ao posicionamento dos governadores do Nordeste, já que outros governadores atuaram de maneira distinta do governo federal. O caso emblemático foi o do governador do Estado de São Paulo, João Dória (PSDB), que decidiu se posicionar diametralmente contrário às medidas do governo federal, inclusive com embates em reuniões com a presença do chefe do executivo federal.

A visibilidade e repercussão das falas negacionistas não aconteceram sem reação. O Supremo Tribunal Federal (STF), inclusive, decidiu pela legalidade da atuação do Distrito Federal, estados e municípios em suas medidas referente ao combate à pandemia de Covid-19 quando julgou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341 ainda em abril deste ano. Assim sendo, compete aos estados e municípios definirem regras e medidas específicas aos seus territórios, mesmo que Medidas Provisórias editadas pelo Governo Federal estejam em desacordo com as ações tomadas no nível subnacional. Prevalece, portanto, as medidas tomadas por governadores e prefeitos.³⁰

28 <https://jc.ne10.uol.com.br/politica/2020/03/5603989-governadores-do-nordeste-dizem-em-carta-que-bolsonaro-promove--atentado-a-vida.html>

29 Programa completo: <https://www.redetv.uol.com.br/jornalismo/AlertaNacional/videos/todos-os-videos/alerta-nacional-30-03-20-%7C-completo>

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

A principal veio justamente Nordeste brasileiro: os governadores se reuniram e decidiram que além dos comitês estaduais de combate à Covid-19, era momento de aprofundar as funções pensadas para o Consórcio Nordeste. Então, foi criado o Comitê Científico com a finalidade de de assessorar os Estados consorciados na adoção de medidas para a prevenção, o controle e a contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, objetivando evitar a disseminação da doença e a estruturação do sistema de saúde para o atendimento da população.

De fato, em 30 de março de 2020, os governadores do Consórcio Nordeste oficializaram a criação de um Comitê Científico para auxiliar os gestores da região na tomada de decisões sobre as ações de enfrentamento à crise decorrente do novo coronavírus³¹.

O Comitê foi idealizado pelo então presidente do consórcio, o governador da Bahia, Rui Costa³² (PT) e teve sua primeira reunião realizada no dia 01 de abril de 2020, por videoconferência, contando com a participação de governadores e equipes técnicas dos nove Estados.

O Comitê Científico do Consórcio Nordeste é integrado por representantes de todos Estados da região Nordeste e assessorado por pesquisadores, cientistas e especialistas da área de saúde de outras regiões do País e do exterior, divididos em sub-comitês temáticos, a saber: Subcomitê 1 - Sala de situação: produzirá um clipping científico, um perfil dos membros do Comitê, coleta e análise de dados, aplicativos e suporte TI, simulações, estimativas e cenários, logística e comunicação pública; Subcomitê 2 - Protocolos de assistência médica e ambulatorial, clínica e terapêutica, estudos clínicos, desenvolvimento de drogas; Subcomitê 3 - Equipamentos hospitalares, ventiladores e alternativas, EPI e insumos, recursos hospitalares, e de UTI; Subcomitê 4 - Interação entre indústria, startups e laboratórios, e unidades de pesquisa locais; Subcomitê 5 - Fomento a redes de pesquisa, desenvolvimento tecnológico, fontes de recursos e novas linhas de financiamento; Subcomitê 6 - Contatos nacionais e internacionais; Subcomitê 7 - Virologia, vacinas e diagnóstico laboratorial; Subcomitê 8 - Políticas públicas de intervenção (medidas econômico-sociais).

A coordenação do Comitê ficou sob responsabilidade do médico e neurocientista, prof. Miguel Nicolelis, e do físico e ex-ministro da Ciência e Tecnologia do governo Lula, prof. Sérgio Rezende. Foram indicados representantes dos nove estados da região Nordeste.

Desde sua oficialização, os coordenadores do Comitê Científico se dispuseram a realizar reuniões periódicas com autoridades científicas brasileiras e de outros países para discutirem soluções na tentativa de mitigar a disseminação de casos da Covid-19, além de reuniões entre os integrantes dos subcomitês para definirem diretrizes e recomendações que possam orientar decisões dos governadores e prefeitos, via boletins (Santos, 31/03/2020).

31 O Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio Nordeste) foi concebido em março de 2019 e oficializado em julho do mesmo ano. É um instrumento jurídico, político e econômico de integração dos nove estados nordestinos.

32 <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/30/governadores-do-nordeste-criam-comite-cientifico-contracoronavirus.htm>

A ideia dos Consórcios Interestaduais como o Consórcio Nordeste é criar espaços de cooperação horizontal entre os estados, de forma a resolver problemas comuns dos entes federativos. No caso do Nordeste, como destaca Clementino (2019, p. 171), “além do objetivo geral do desenvolvimento sustentável, ele aborda problemas de gestão num momento de conjuntura política adversa e de difícil relacionamento com o governo federal”. Ainda que seja um Consórcio ainda recente, o Comitê Científico é um passo importante para tornar o Consórcio uma instituição de *expertise* regional, munindo os consorciados de informações relevantes para a construção de políticas públicas que visem promover o desenvolvimento regional.

Os boletins do Comitê Científico

Desde sua criação, o Comitê tem atuado para mitigar o problema e encaminhar recomendações aos estados, quanto à adoção de medidas com base em recomendações da OMS e em estudos científicos para o combate à pandemia. As orientações têm acontecido tanto através de reuniões organizadas pela assessoria executiva do Consórcio Nordeste, envolvendo os coordenadores do Comitê e os Governadores, quanto por meio da produção e publicação de boletins disponibilizados portal oficial: <https://www.comitecientifico-ne.com.br>. Os boletins, sintetizados em tópicos abaixo, tornam transparentes as recomendações do Comitê em relação às medidas que deveriam ser adotadas por todos os estados nordestinos.

O primeiro boletim do Consórcio, publicado em 1º de abril de 2020, apresentou recomendações iniciais consensuais do Comitê, visando minimizar os impactos negativos da pandemia. O foco principal do boletim era garantir que medidas restritivas para o isolamento social fossem implementadas pelos estados, com recomendações de implementação de medidas legais (decretos) para contribuir para minimizar os contatos entre as pessoas e interromper a cadeia de contágio do novo coronavírus. Além disso, outras medidas foram indicadas aos consorciados para: diminuição do fluxo contágio do coronavírus, com a implantação de testagem dos passageiros e orientação dos viajantes nos aeroportos e terminais de ônibus e postos de saúde; mitigação dos efeitos sociais da pandemia, com apoio à ações de apoio material e financeiro às famílias em situação de vulnerabilidade; articulação entre as secretarias estaduais e municipais de saúde para otimizar as ações de enfrentamento da pandemia e contribuir na superação das dificuldades e limitações que enfrentam governos em todo mundo, como a falta de insumos, materiais e equipamentos; construção de tecnologias digitais de monitoramento para ampliar a troca de informações sobre as soluções tecnológicas já desenvolvidas nos estados e promover sua integração de modo a implantar plataformas digitais com informações atualizadas sobre o cenário da doença no Nordeste; intensificação da articulação entre os grupos de pesquisa do Nordeste em diversas áreas com apoio das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (FAPs), secretarias de ciência e tecnologia, e das fundações de apoio das universidades, para financiar a pesquisa por meio de redes interestaduais em temas desafiantes da Covid-19 (Boletim 01, 01/04/2020).

Os boletins publicados em abril (do 1^o ao 5^o) seguintes buscaram reforçar a necessidade de medidas de isolamento social, sensibilizar os estados nordestinos para que adotassem ações que contribuíssem com o reaquecimento da microeconomia, envolvendo toda a sociedade no combate ao novo coronavírus. Além disso, recomendaram outras medidas preventivas, como o uso de máscaras caseiras pela população, posteriormente adotado pelos estados. Essa medida foi fundamental, pois reduziu a pressão no mercado sobre as descartáveis, cujo uso deve ser prioritário para os profissionais de saúde. Do ponto de vista do tratamento, em contrapartida às recomendações do governo federal, o Comitê orientou pelo não uso da Hidroxicloroquina e da Cloroquina, dado que não havia embasamento científico ou clínico. Por fim, foram sugeridas medidas de restrição de tráfego nas rodovias do Nordeste e a criação de uma Brigada Emergencial de Saúde no Nordeste para ampliar o contingente de médicos e demais profissionais de saúde no atendimento à população, dentre outros³³.

Os boletins 6, 7 e 8, publicados de maio ao início de julho, mantiveram forte recomendação em relação à manutenção das medidas de isolamento social, incluindo orientações em relação à realização de lockdowns em municípios, conforme a lotação de leitos clínicos e de UTIs. Além disso, foram apresentados dados sobre os riscos nos estados nordestinos em relação à difusão da pandemia. Por isso, o Comitê considerou importante em avançar em relação à realização de testes de Covid-19.

Por fim, o boletim 9 foi o mais extenso publicado pelo Comitê e, talvez, o mais controverso. Com mais de 50 páginas, ele trazia uma visão panorâmica da dinâmica da pandemia em toda a região Nordeste, acompanhada da tese da possibilidade de um “efeito bumerangue” na região. Os argumentos, nesse sentido, sustentam que com a interiorização da pandemia e a flexibilização dos decretos que sustentavam as medidas de distanciamento social, haveria dois movimentos: i) o fluxo de pessoas do interior para a capital cresceria, contribuindo assim para o retorno da curva de contágio nas regiões metropolitanas, especialmente das capitais nordestinas; e, ii) em função da precariedade do sistema hospitalar na grande maioria das cidades interioranas, seria necessária transportar pacientes para as capitais, aumentando, assim, o fluxo de pessoas infectadas nessas regiões e, ainda, a demanda pelos leitos de hospitais, principalmente de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Entretanto, até a conclusão deste artigo, aquela tese não se comprovou na prática. Ademais, muitas das informações e dados apresentados nesse boletim foram motivos de intenso debate e críticas, o que denota a complexidade do fenômeno entre os estados nordestinos e a frágil base de dados que alimentam os principais modelos matemáticos e estatísticos.

Outra orientação importante bastante reforçada neste e em outros boletins do Comitê Científico é a implementação imediata das Brigadas Emergenciais de Saúde em todos os estados nordestinos. No Piauí, por exemplo, foi implementado o programa Busca

³³ Importante apontar que o presidente do Consórcio aderiu a recomendação da criação das Brigadas Emergencial de Saúde publicando a Resolução nº 08/2020 de 17 de abril de 2020, instituindo-as. <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/294782160/doeba-executivo-28-04-2020-pg-6?ref=serp>

Ativa, que é capaz de identificar casos da Covid-19 ainda não registrados, permitindo um acompanhamento e tratamento imediato de cada caso. A proposta do Comitê é que devem ser associadas também outras medidas, dando mais foco à atuação dos governos estaduais, por meio de testagem massiva da população e de aplicativo telefônico, o Monitora Covid19.

Os boletins científicos, de orientações técnicas, unificam procedimentos e protocolos a serem utilizados em hospitais e unidades de saúde nos nove estados consorciados, entendendo a região como um todo articulado e interdependente. Todavia, o Comitê Científico não ignora que há particularidades dos estados e, por vezes, abre brechas para que elas se expressem, como pode ser visto na instrução de que municípios decidam a respeito do controle de tráfego de rodovias e do estabelecimento de *lockdown* quando a ocupação de leitos de UTI e/ou de enfermarias ultrapassarem 80%.

Em síntese, o Comitê Científico do Consórcio Nordeste tem sido uma espécie de braço técnico-científico do Consórcio, que trata, por ora, apenas do combate à Covid-19, atuando no sentido de munir os governadores de informações para as ações nos estados no contexto da pandemia de Covid-19.

A instituição de um Comitê Científico no âmbito do Consórcio Nordeste instrumentaliza os entes federados da região a fortalecerem a cooperação e se utilizarem de informações produzidas exclusivamente para a região, levando em contas as problemáticas regionais que conectam os estados.

Como afirmam Abrucio e Sano (2013, p. 96), “o desafio para se instituir um federalismo mais cooperativo no Brasil está em fortalecer os incentivos à parceria e ao entrelaçamento mantendo um jogo intergovernamental que dê participação e capacidade de negociação aos estados e municípios.” Para isso, eles precisam ter informações precisas para tomarem decisões conjuntas, preservando a autonomia dos consorciados de tomarem suas decisões à luz das particularidades políticas, sociais e econômicas estaduais.

Considerações finais

O capítulo demonstra como a criação do Comitê Científico do Nordeste é resultado da falta de coordenação federal e falta de alinhamento às recomendações científicas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A conclusão que se chega, após a análise dos boletins é que o Consórcio Nordeste, por meio do seu Comitê Científico, tem mais uma vez agido com autonomia e independência em relação ao executivo federal, ao passo que tem fortemente orientado seus membros pela manutenção do isolamento das medidas de distanciamento social como política mais efetiva no combate à Covid-19, enquanto a presidência da República tem pressionado os estados e os municípios a flexibilizarem as medidas de isolamento social. Logo, trata-se de uma arena de obtenção de orientação com base na ciência de modo alternativo às declarações negacionistas governo federal.

Em que pese a tentativa do comitê científico do consórcio Nordeste, o número de contaminados e óbitos no Nordeste brasileiro cresce de forma preocupante, o que pode estar ligado à falta de infraestrutura de saúde e de proteção social, resultante do não investimento na região advinda de centenas de anos de governos federais que não viam a região Nordeste como prioritária. Outra razão que pode estar por trás desse crescimento é a evolução das ações de testagem da população. Muitos governos estaduais empreenderam ações nessa direção em tempos diferenciados. Além disso, a ausência de coordenação do governo federal deixou os governos estaduais e municipais suscetíveis às pressões dos agentes de interesse que propugnam seus interesses próprios em contraposição aos conhecimentos científicos, mesmo em um contexto pandêmico.

Essa situação leva à reflexão sobre os impactos do discurso negacionista no Brasil e suas consequências em um contexto de alastramento de uma doença com alto índice de mortalidade. Por isso deixamos como sugestão e incentivo que se pesquise e se problematize discursos negacionistas. Parece um contrassenso defender a ciência em pleno século 21, mas ela está sob ataque mesmo que demonstre cotidianamente que é com base nela que combatemos doenças.

Referências

ABRUCIO, Fernando Luiz; SANO, Hironobu. **Associativismo Intergovernamental: experiências brasileiras**. Brasília: Editora IABS, 2013.

CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda. A atualidade e o ineditismo do Consórcio Nordeste. **Boletim regional, urbano e ambiental**, n. 21, p. 165-174, jul.-dez. 2019.

NORDESTE, Consórcio. **Boletim 01 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste**, 01/04/2020. Disponível em: <https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em 26/04/2020.

_____. **Boletim 02 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste**, 03/04/2020. Disponível em: <https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em 26/04/2020.

_____. **Boletim 03 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste**, 09/04/2020. Disponível em: <https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em 26/04/2020.

_____. **Boletim 04 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste**, 16/04/2020. Disponível em: <https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em 26/04/2020.

_____. **Boletim 05 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste,**
24/04/2020. Disponível em:<https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em
26/04/2020.

_____. **Boletim 06 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste,**
05/05/2020. Disponível em:<https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em
20/07/2020.

_____. **Boletim 07 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste,**
21/05/2020. Disponível em:<https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em
em 20/07/2020.

_____. **Boletim 08 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste,**
01/06/2020. Disponível em:<https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em
em 20/07/2020.

_____. **Boletim 09 – Comitê Científico do Consórcio Nordeste,**
02/07/2020. Disponível em:<https://www.comitecientifico-ne.com.br/boletim>. Acesso em
em 20/07/2020.

SANTOS, Alexandre. Governadores do Nordeste criam comitê científico contra
Coronavírus. **UOL**, Salvador: 31/03/2020.

RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS E A GOVERNANÇA DE CRISE NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NA BAHIA E EM SALVADOR³⁴

Carla Galvão Pereira

Rafael de Aguiar Arantes

Cláudio André de Souza

Introdução

Este artigo analisa as relações intergovernamentais construídas no estado da Bahia no enfrentamento à pandemia da COVID-19, especialmente a governança de crise conformada pelo Governo do estado e pela Prefeitura Municipal de Salvador (PMS). O trabalho discute as principais medidas adotadas por estes entes para combater a pandemia, refletindo sobre as características do pacto federativo brasileiro e as relações de cooperação e conflito estabelecidas entre os entes federados.

Segundo Anastasia (2015, p. 143), “o Brasil é uma República Federativa, bicameral, presidencialista, com representação proporcional e multipartidarismo”. O pacto federativo brasileiro é conformado pela União, Estados, o Distrito Federal e Municípios. Esses entes são autônomos, podem adotar sua própria agenda política e possuem competências legislativa, administrativa e tributária independentes. Apesar disso, mesmo com um regime de separação de fontes tributárias, a arrecadação é bastante concentrada no governo federal e extremamente desigual entre os governos subnacionais e municípios. Para reduzir tais desigualdades, existem transferências obrigatórias de caráter constitucional que distribuem parte das receitas entre os entes, e que pós-constituição de 1988 descentralizaram a implementação de diversas políticas públicas. Não obstante, as relações existentes entre os entes da federação brasileira são ainda bastante verticais (ARRETCHE, 2004). Como destacou esta autora, a capacidade de coordenação das políticas setoriais depende em grande medida dos arranjos institucionais de cada política pública, mas sua implementação

³⁴ Este capítulo é uma versão ampliada e atualizada do artigo “Fighting COVID-19 in Salvador: cooperation and conflict in intergovernmental relationship” (PEREIRA e ARANTES, 2020).

e impactos dependem também do perfil da coalizão política predominante em cada contexto, como salientou Anastasia (2015).

Tais arranjos podem ser analisados a partir da lógica da ação coletiva, conforme discutido no artigo clássico de Olson (1999). O autor analisa os fatores que levam os indivíduos e organizações a cooperar, considerando o tamanho dos grupos e os incentivos engendrados. Para ele, o bem público não seria alcançado a menos que fossem aplicados incentivos seletivos negativos (coerção) sobre os membros que não cooperam ou incentivos seletivos positivos (como retribuições individuais materiais ou simbólicas) aos membros que forneceram a sua contribuição para o “bem comum”.

A ação coletiva depende também dos interesses e estratégias das elites políticas, que podem ser entendidas como pessoas, partidos e grupos que estão no comando ou que têm influência sobre instâncias decisórias. As elites interferem na agenda pública (Kaplan e Lasswell, 1984) e contribuem para a constituição das próprias instituições políticas, que, em parte, são resultados das suas ações (Marenco, 2008).

Considerando esses elementos, é possível discutir a articulação de entes federativos analisando em que medida as relações intergovernamentais e as estratégias das elites políticas se fundamentam em ações de cooperação (quando há manutenção da autonomia dos entes), ações de verticalização/hierarquização (que ocorrem quando um ente concentrador de recursos intervém sobre a esfera de ação dos demais) (Souza, 2008) ou ações de competição e conflito (quando os entes assumem posições distintas ou disputam as ações na formulação de uma dada política). Essas articulações são de fundamental importância para entender as medidas de enfrentamento à pandemia adotadas na Bahia, em Salvador e também no Brasil.

Relações intergovernamentais e as medidas de enfrentamento à COVID-19 na Bahia e em Salvador

O Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) vêm nos últimos anos demonstrando uma grande incapacidade de produzir uma governança cooperativa. Isso se deve a motivos variados, como a histórica vulnerabilidade do poder político local na Bahia frente ao executivo estadual, que é uma esfera concentradora de recursos e capacidade técnica e muitas vezes subjugou a autonomia deste ente federativo por conta do contencioso político-eleitoral (Dantas Neto, 2000). O governo do estado sempre exerceu um poder verticalizado e centralizador sobre os municípios, como no caso da Região Metropolitana de Salvador (RMS), onde impediu a configuração de um padrão de governança metropolitana mais horizontal e baseado na autonomia dos entes (SOUZA, 2008).

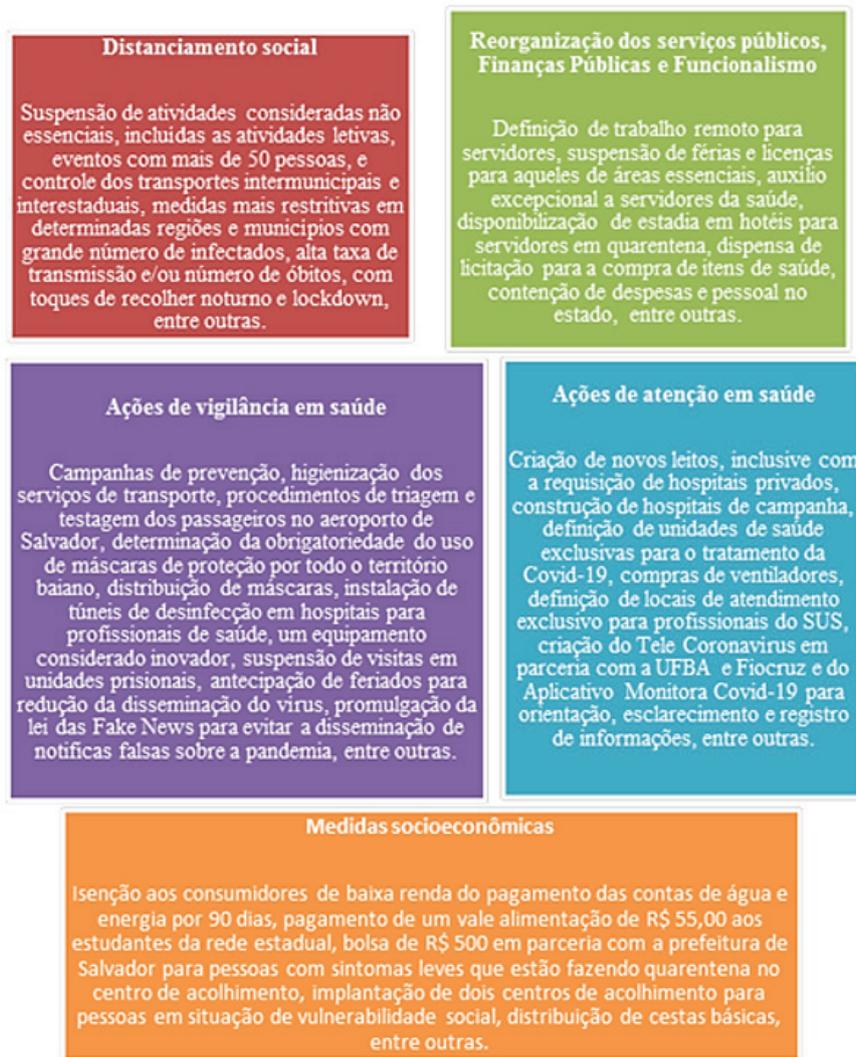
Embora a tendência seja a prevalência das ações centralizadoras do governo do estado, por vezes os municípios, em especial Salvador, conseguem produzir uma disputa por sua autonomia, configurando uma verdadeira competição intergovernamental³⁵. Tal competição entre entes federativos e elites políticas tem se expressado de formas diversas, na disputa simbólica por quem faz mais, quem tem o melhor modelo de gestão, quem mais intervém sobre o espaço da cidade, o que tem produzido superposição de algumas ações e falta de complementariedade em outras. Tem gerado também um autorreferenciamento dos diversos planos construídos, a exemplo do PDDU de Salvador e do boicote a instituições metropolitanas³⁶. A consequência é a incapacidade de produzir cooperação, estratégia fundamental para a governança de uma metrópole que é extremamente complexa (ARANTES & PEREIRA, 2019).

Embora tais características sejam históricas, o enfrentamento da pandemia parece ter suspenso, pelo menos momentaneamente, essa competição. O estado da Bahia teve o primeiro caso confirmado de COVID-19 no dia 6 de março, nove dias depois do primeiro caso confirmado no Brasil. Tratava-se ainda de uma transmissão importada da Itália, de uma residente do município de Feira de Santana, segunda maior cidade baiana. Dez dias depois, em 16 de março, quando havia 10 casos confirmados, o governo estadual tomou as primeiras medidas para o enfrentamento do novo coronavírus e no dia 18 de março declarou situação de emergência em todo o território baiano. Desde então, o governo do estado editou diversos decretos e sancionou algumas leis sobre a questão. Desde março, a Bahia conta com um “Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento ao Novo Coronavírus” elaborado por 11 profissionais multidisciplinares ligados à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). As principais medidas adotadas são apresentadas na Figura 1 que se segue.

35 Tal competição vem ocorrendo na cidade depois da eleição em 2012 de um prefeito de oposição ao governo do estado. ACM Neto, do Partido Democratas (DEM), faz parte de um grupo político historicamente antagônico àquele do atual governador do estado, Rui Costa, do Partido dos Trabalhadores (PT).

36 A prefeitura municipal de Salvador não reconhece a Entidade Metropolitana criada em 2014 pelo governo do estado para exercer as competências relativas à integração da organização, do planejamento e da execução de funções públicas de interesse comum na RMS.

Figura 1 – Medidas do Governo da Bahia no Enfrentamento à Pandemia da COVID-19



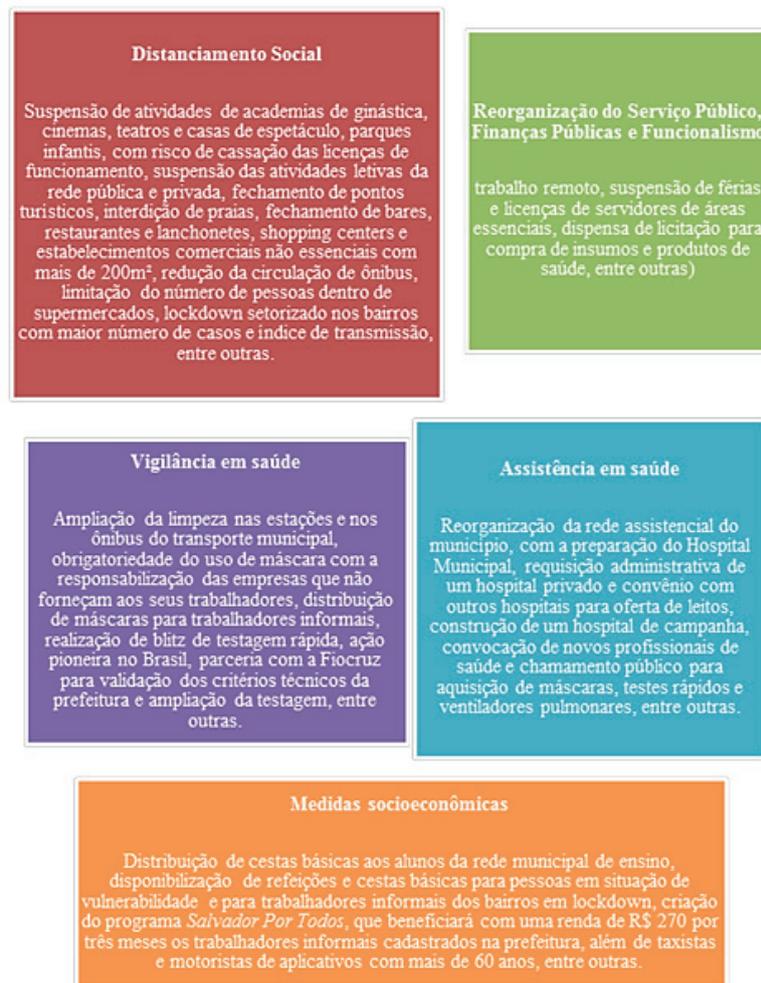
Fonte: Elaboração própria com informações do Governo do Estado da Bahia, 2020.

A prefeitura municipal de Salvador também adotou posturas precoces e bastante rígidas para o combate ao novo coronavírus. A cidade teve o seu primeiro caso confirmado no dia treze de março, também de origem importada. No dia seguinte, antes mesmo portanto do primeiro decreto do governo estadual, a PMS publicou os primeiros decretos com disposições de prevenção e controle. Dois dias depois, quando o município possuía quatro casos confirmados e ainda não era o principal foco do estado, a prefeitura ampliou as medidas de distanciamento social e no dia 18 de março foi declarada situação de emergência em Salvador. As ações implementadas pela PMS foram progressivas, destacando-se as seguintes medidas, conforme apresentado na Figura 2.

Devido ao momento de excepcionalidade provocado pela pandemia, o governador do estado e o prefeito de Salvador se reuniram, em conjunto com seus secretários de saúde, logo após a declaração da situação de emergência sanitária para definirem ações conjuntas, deixando de lado o histórico recente de competição intergovernamental, e ajustando as ações

interfederativas. Em abril nova reunião foi realizada, com ambos destacando o “esforço conjunto” “acima de qualquer diferença partidária” como algo fundamental para “preservar vidas”, além de outras reuniões nos meses seguintes. Claro que eles aproveitam o momento estrategicamente para demonstrar liderança política, mirando o fortalecimento do seu grupo político para os próximos pleitos. Pesquisas dos meses de abril, maio e junho do Instituto DataPoder revelaram que as medidas do governador e do prefeito de enfrentamento à pandemia tiveram grande aprovação da população, o que repercutiu nas altas taxas de aprovação das suas gestões.

Figura 2 – Medidas Prefeitura Municipal de Salvador no Enfrentamento à Pandemia da COVID-19



Fonte: Elaboração própria com informações da Prefeitura Municipal de Salvador, 2020.

Como se observa, tanto o governador quanto o prefeito passaram a reconhecer a necessidade de cooperação entre as ações dos entes federados. Eles não apenas têm produzido uma governança cooperativa como também acumulam posicionamentos críticos ao governo federal, especialmente ao presidente da República, pela sua incapacidade de produzir uma concertação político-federativa de combate a atual emergência sanitária. Em poucos meses,

o governo federal acumulou crises na condução política e no modelo de gestão do Ministério de Saúde, com trocas sucessivas de ministros e de uma parte do corpo técnico à frente do combate à pandemia.

Enquanto o governo federal se eximia da responsabilidade de liderar uma ação concertada com os demais entes federativos e/ou tentava ferir a sua autonomia, os estados da região Nordeste fortaleceram o Consórcio Nordeste criado em 2019. Este novo arranjo institucional, presidido pelo governador da Bahia, articulou ações conjuntas no enfrentamento à pandemia, tendo criado um comitê científico para assessorar os governos regionais na tomada de decisões.

Cooperação e conflito: reabertura ou isolamento?

O Governo da Bahia ao longo de todo este período tem centrado esforços na implementação de ações conjuntas com os municípios do estado, especialmente com Salvador, o que se configurou numa governança de crise, até aqui, relativamente bem-sucedida. De acordo com o boletim da *Rede CoVida* – Ciência, Informação e Solidariedade formado pela Cidacs/Fiocruz e Ufba, divulgado no dia 13 de abril, a Bahia teve até aquele momento uma redução de 27% da taxa de transmissão do coronavírus. Segundo os pesquisadores, a análise dos dados sugere “fortemente, que as medidas de distanciamento social e redução do fluxo de transportes intermunicipais vêm achatando a curva da epidemia” (Rede CoVida, 2020, p. 7).

Até o momento da escrita deste trabalho, julho de 2020, o Estado da Bahia tem taxas de casos confirmados e de óbitos menores do que as taxas do país. Da mesma forma, Salvador tem índices muito menores do que outras capitais do Nordeste como Fortaleza e Recife, onde a crise sanitária foi ainda mais severa.

Apesar disso, houve momentos de desafios e tensões. Segundo o boletim do Comitê Científico do Consórcio Nordeste divulgado em 1º de junho, Salvador ficou no limiar da necessidade de um lockdown total no final de maio, quando a ocupação de leitos de UTI chegou a 88%. A ampliação do número de leitos, com a entrega de hospitais de campanha, reduziu esta taxa, mas os números continuaram crescendo, tendo havido um aumento de 117% no número de casos na última quinzena de maio. Em junho a curva de contágio da COVID-19 permaneceu ascendente em diversas cidades baianas, como nos demais municípios da Região Metropolitana de Salvador (RMS) e em Feira de Santana, segunda maior cidade da Bahia. Em novo boletim, agora no dia 03/07, o comitê científico do Consórcio Nordeste indicou a necessidade de lockdown em Salvador, Feira de Santana, Teixeira de Freitas e Itabuna.

Segundo o governador, o estado sofreu o “efeito São João”, com o deslocamento de uma parte da população para os municípios do interior baiano. Mesmo com o cancelamento das festas juninas e a antecipação do feriado para maio, diversas cidades tiveram aglomeração e

movimentação considerável de visitantes nesse período. Tem havido também um fenômeno de migração de retorno de baianos que viviam em grandes centros e, sem trabalho e renda, têm voltado aos seus municípios de origem, muitas vezes em ônibus clandestinos (que não passam por fiscalização e controle sanitário) devido à suspensão do transporte intermunicipal e interestadual em diversas regiões do estado. Em algumas cidades esse fenômeno implicou em um acréscimo de até 10% em sua população. Esses fatores podem ter contribuído para uma interiorização da pandemia no estado. Se no início da pandemia Salvador concentrava a maior parte dos casos do estado, atualmente é responsável por cerca de 34%, com uma tendência de diminuição nos últimos dias.

Entre o final de junho e início de julho a Bahia se encontrou em um período com o maior número de casos confirmados e de óbitos por dia, o que levou o governo a coordenar ações junto aos municípios por meio de decretos com a implementação de medidas restritivas como toque de recolher e fechamento do comércio. Ao longo do mês de julho, o governador realizou diversas reuniões virtuais com os prefeitos e ressaltou que “a parceria entre estado e municípios é fundamental para que possamos, juntos, vencer o coronavírus na Bahia”³⁷.

Cooperando com essas medidas, alguns prefeitos também decretaram lockdown em seus municípios. Entretanto, outros implementaram medidas de flexibilização do isolamento social, especialmente a abertura do comércio. Mesmo com a curva ascendente de casos em várias cidades baianas ao longo do referido mês, ampliou-se a pressão de prefeitos e lideranças empresariais a favor da reabertura do comércio e da flexibilização do isolamento, o que envolveu uma série de conflitos, inaugurando um período de acirramento dos conflitos e tensões.

O caso do prefeito de Itabuna, Fernando Gomes (PTC), ficou conhecido nacionalmente quando ele afirmou que abriria o comércio da cidade “morra quem morrer”³⁸. Em Juazeiro, o comércio foi reaberto no início de junho, mas foi novamente fechado em menos de um mês por recomendação do MP-BA. Outro conflito se estabeleceu por conta dos protocolos de tratamento. Em alguns municípios foram distribuídos para pessoas com sintomas o chamado “Kit COVID-19”, composto por Hidroxicloroquina, Ivermectina e Azitromicina. O secretário de Saúde do estado, Fábio Villas-Bôas, se posicionou afirmando que a Secretaria Estadual não possuía um protocolo que utilizasse esses medicamentos e que sua distribuição sem receita médica configurava infração sanitária.

A tensão em torno da flexibilização do isolamento perpassa o cálculo político e eleitoral. As estratégias dos atores políticos, dentro de um arbitramento de conflitos, foram pressionadas a também ponderar as demandas dos segmentos empresariais favoráveis à reabertura do comércio, shoppings, bares e restaurantes. No início de julho, por exemplo,

37 Matéria completa no link: < <https://bit.ly/33mXBHW> > 13/07/2020 às 18:26

38 Veja a declaração em matéria completa do UOL: <<https://bit.ly/2DeHKAF>> Acesso em 22/07/2020 às 20:00

“viralizou” um vídeo no qual um lojista pedia aos prantos que as lojas fossem reabertas diante do prefeito de Salvador claramente constrangido, que tentará em novembro eleger seu sucessor, o vice-prefeito Bruno Reis (DEM).

Seguindo essa estratégia, no dia 07/07, o prefeito da capital e o governador do estado deram uma coletiva de imprensa em conjunto para apresentar um plano de abertura das atividades na cidade, conforme a Figura 3, que se segue. O critério principal se fundamenta na taxa de ocupação dos leitos de UTI, mas também envolve outras medidas. Para a reabertura dos shoppings, por exemplo, o plano previa a testagem de todos os funcionários a cada 21 dias, o que gerou forte crítica das associações comerciais. Após as críticas, a prefeitura rebaixou as exigências e buscou dialogar com as entidades da área.

Figura 3 – Plano de retomada das atividades em Salvador



Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador, 2020.

Uma vez que o critério principal se tornou a taxa de ocupação de leitos de UTI, logo após a divulgação do plano, prefeitura e governo se apressaram para disponibilizar novos leitos, de modo a induzir a diminuição da taxa de ocupação e a antecipação desta reabertura, conformando o que se pode chamar de uma “governança de leitos”. A taxa de ocupação de leitos de UTI em Salvador caiu para 75% e a reabertura dos shoppings e do comércio ocorreu no dia 24/07.

Os prefeitos dos demais municípios da RMS também se reuniram com representantes do governo do estado e decidiram adotar um protocolo único para a reabertura do comércio, igualmente baseado na taxa de ocupação dos leitos de UTI.

Este critério, embora importante, é bastante limitado quando se compara à matriz de risco disponibilizada pelo comitê científico do Consórcio Nordeste, que envolve, além da tensão sobre o sistema de saúde, o fator de reprodutibilidade da doença, a situação local da epidemia, o isolamento social e a influência geográfica. O plano de reabertura é claramente resultado das pressões dos setores econômicos e da incapacidade dos governos de manter por muito mais tempo as medidas de isolamento social. A estratégia de “governança de leitos” enseja a mesma questão problematizada por Sandes-Freitas (2020) em suas análises sobre a situação do Piauí, “controlando a pandemia ou a ocupação de leitos?”.

Os gestores públicos, que enfrentarão eleições municipais em novembro, estão às voltas com profundas contradições que envolvem, de um lado, a preocupação com a preservação de vidas (e a repercussão negativa das possíveis falhas nessa estratégia) e, de outro, com a retomada das atividades econômicas. Os grupos políticos locais evidentemente enxergam na reabertura do comércio uma estratégia que envolve a expectativa de ganhos eleitorais futuros.

A pesquisa do DataPoder 360 de julho, por exemplo, demonstrou uma queda das taxas de aprovação tanto do governador quanto do prefeito de Salvador. A racionalidade da ciência, expressa na preocupação dos infectologistas e claramente incorporada nas recomendações do comitê científico do Consórcio Nordeste, se defronta nesse momento com a racionalidade da política, cada vez mais subordinada à lógica do pleito eleitoral de novembro.

Considerações Finais

É difícil prever como a experiência da pandemia impactará a vida em termos econômicos, sociais, culturais, psicológicos, políticos e institucionais. Muito tem se debatido sobre se o mundo retornará ao padrão de relações de antes do surgimento da pandemia ou se novas regras, valores e práticas surgirão.

Em termos políticos, a pandemia e as medidas tomadas deverão ser um dos temas centrais das eleições municipais. Pesquisas mostram que em todo o país uma parte dos prefeitos recuperou a sua imagem com as ações de combate à pandemia. Para outros, no entanto, a crise provocada pela pandemia soterrou ganhos políticos e possibilidades de sucesso nas próximas eleições. Uma das questões a serem observadas é se os eleitores serão chamados a avaliar as gestões municipais (reeleição ou apoio a um sucessor) pelo que fizeram em três anos ou, de forma “plebiscitária”, darão ênfase somente aos meses finais dos mandatos, marcados pela pandemia.

No caso das relações interfederativas, especialmente entre a prefeitura de Salvador e o governo do estado, a experiência de cooperação relativamente exitosa experimentada durante a pandemia pode deixar um legado “positivo”, demonstrando que estratégias políticas conjuntas podem ser mobilizadas com sucesso, ainda que, como destacou Souza (2008) a busca por uma governança baseada no bem comum, numa cooperação absoluta

e sem conflitos seja uma idealização. As possibilidades de manutenção das estratégias de cooperação entre grupos e coalizações políticas distintas logo se defrontarão com o contencioso político-eleitoral das próximas eleições municipais. Os resultados das eleições e o novo balanço das forças políticas nos municípios da Bahia serão a nova realidade em que estas estratégias serão testadas a partir de 2021.

REFERÊNCIAS

ANASTASIA, Fátima. Federação e relações intergovernamentais. IN: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio O. (orgs.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. São Paulo: Ed. UNESP, 2015.

ARANTES, Rafael de Aguiar; PEREIRA, Carla. Poder Político e Desenvolvimento Urbano em Salvador. In: *Congresso Observatório das Metrôpoles 20 anos - As metrôpoles e o direito à cidade: dilemas, desafios, esperanças*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional / Observatório das Metrôpoles, v. 1. p. 1788-1802, 2019.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2): 17-26, 2004.

DANTAS NETO, Paulo Fábio. Caminhos e atalhos: autonomia política, governabilidade e governança em Salvador. IN: IVO, Anete Brito Leal (org.). *O poder da cidade: limites da governança urbana*. Salvador: EDUFBA, 2000.

KAPLAN, A; LASSWELL, H. *Poder e sociedade*. Brasília: EdUNB, 1984.

MARENCO, André. Estudos de elites políticas explicam como instituições tornam-se instituições? *BIB. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, v. 65, p. 5-26, 2008.

MARQUES, Eduardo. Government, Political Actors and Governance in urban policies in Brazil and São Paulo: Concepts for a Future Research Agenda. *Brazilian Political Science Review*, set(3) p.8-35, 2013.

OLSON, Mancur. *A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais*. São Paulo: Editoria da Universidade de São Paulo, 1999.

REDE COVIDA. Boletim Covida – Pandemia de Covid 19 – *Os impactos das medidas de distanciamento social e redução do fluxo intermunicipal na Bahia*. Disponível em <<https://bit.ly/2Kjvsqy>>, acesso em 21/04/2020, às 16:45h, 2020.

PEREIRA, Carla Galvão; ARANTES, Rafael de Aguiar. FIGHTING COVID-19 IN SALVADOR: cooperation and conflict in intergovernmental relationship. *Ambient. soc.*, São Paulo , v. 23, e0083, 2020 . Disponível em <<https://bit.ly/2PqIYuV>>. Acesso em 03/08/2020, às 11:54h.

SANDES-FREITAS, Vítor E. V. *Piauí: controlando a pandemia ou a ocupação de leitos?* IN: *ESPECIAL ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil*. Disponível em <<https://bit.ly/39T63QI>>. Acesso em 03/08/2020, às 11:52h.

SILVEIRA, R.; ALMEIDA, L.; MEDEIROS, S.; SILVA, B.; MELO, K.; SILVA, G. *Governança metropolitana em tempos de pandemia*. Disponível em <<https://bit.ly/2x70PBQ>>, acesso em 23/04/2020, às 15:51h.

SOUZA, Celina. Cooperação e coordenação na Região Metropolitana de Salvador: o contexto institucional. IN: CARVALHO, Inaiá M. M.; PEREIRA, Gilberto C. *Como Anda Salvador e sua Região Metropolitana*. Salvador: EDUFBA, p. 213-228, 2008.

GOVERNOS ESTADUAIS E A GESTÃO DA PANDEMIA NA REGIÃO SUL: REABERTURAS PRECOCES OU PRECAUÇÃO COM A ECONOMIA?

Rodrigo Horochovski

Luiz Fernando Miranda

Rodrigo Mayer

Tiago Borges

Maiane Bittencourt

1. Introdução - As Competências dos Entes Federativos

O Brasil é constituído como uma república federativa. Como tal, há uma repartição de competências e responsabilidades entre os 5.598 governos (União, 26 estados, 5.570 municípios e o Distrito Federal) que formam a federação brasileira. O Brasil é um caso raro entre as federações do mundo pois tem seus municípios como entes federativos. Além disso, nossa ordem constitucional prevê uma simetria entre os entes da federação, ou seja, em quase todos os casos, entes de mesmo tipo têm as mesmas competências.

No caso constitucional brasileiro, boa parte das decisões políticas cabe à União. A Constituição Federal também detalha algumas competências exclusivas dos estados, municípios e do Distrito Federal, mas em geral, além das competências concorrentes, que podem ser exercidas por mais de um ente federativo, as competências dos governos subnacionais são residuais.

As atribuições federativas tem-se apresentado como um importante pano de fundo para a trajetória da atual crise sanitária. Vários dos problemas de que padece o país no enfrentamento da doença e de seus efeitos estão diretamente relacionados a dificuldades de coordenação entre os entes federados. Já sabemos que o centro de gravidade do poder político dos estados varia em função de como são construídas as relações entre o Executivo e o Legislativo no plano da União (STEPAN, 1999). Sabemos, como fator decorrente, que a capacidade de coordenação das diferentes *policies* está atrelada a questão anterior

(ARRETCHE, 2004). Uma vez que o governo federal tem deixado sua tarefa de coordenar a pandemia os governadores parecem não conseguir imprimir uma política sanitária adequada para um sistema de saúde que se encontra bastante descentralizado.

Como resultado disto temos que, no momento em que produzimos este artigo (entre julho e agosto de 2020), ou seja, passados cerca de quatro meses e meio do início da pandemia³⁹, o Brasil é o segundo país com maior número de casos e óbitos, ficando apenas atrás dos EUA. Ao concluirmos a edição deste artigo, em 3 de agosto, o Brasil já tinha mais de 2 milhões e 750 mil infectados e mais de 94 mil mortes pela doença. Isto conflagra uma das maiores tragédias sanitárias da história brasileira.

Para agravar a situação, a contenção da crise deixará uma recessão econômica como efeito colateral além de uma possível desconfiança profunda nas instituições⁴⁰. Recessão esta que acreditamos que pudesse ser minorada com medidas sanitárias efetivas de isolamento social. Em resumo, podemos dizer que não há uma dicotomia entre enfrentamento da crise sanitária e uma economia aquecida. É claro que as medidas de isolamento afetam diretamente a economia. O descuido em isolar a população adequadamente, com medidas de abertura e retenção social, parece-nos aumentar a duração da pandemia, e, conseqüentemente, piorar o cenário econômico. Estudos iniciais indicam que a descoordenação entre os entes federativos tem gerado uma competição entre estes diferentes entes sobre a gestão da crise sanitária (PEREIRA et al, 2020). Como fatores complicadores para a gestão da crise sanitária temos a contração de investimentos em assistência médica, proteção social e ciência & tecnologia feita pelo governo Bolsonaro (MASSARD DA FONSECA e BASTOS, 2020) além dos governadores e prefeitos de algumas cidades não estarem baseando suas ações de reabertura pelos critérios da Organização Mundial de Saúde (PATHERICK, 2020).

Uma vez que temos problemas em diversas áreas da gestão da crise, uma das razões para os números se manterem altos, mesmo depois de tantos meses, é a dinâmica de contágio no território nacional e a gestão do isolamento social. As regiões que foram mais afetadas no início da pandemia – Norte, Nordeste e Sudeste – viram, no conjunto, o quadro estabilizar-se e mesmo melhorar (embora haja dinâmicas diferenciadas dentro das próprias regiões).

Neste momento, são justamente as regiões menos atingidas no começo do problema – Centro-oeste e Sul – que assistem à rápida piora da situação, com uma elevação no ritmo de aumento dos casos e óbitos, após lograrem manter esses números relativamente controlados. Notem que a diminuição do contágio nas regiões norte, nordeste e sudeste não se deu num ritmo de queda suficiente para reaberturas mais abruptas, como vem ocorrendo. O que se observa são oscilações entre decréscimo, estabilidade e aumento do contágio nessas regiões.

Uma vez que tenhamos tratado do tema nos três estados que formam a Região Sul, bem como observado a coordenação destes estados com o governo federal, abordaremos, a

39 O primeiro caso de coronavírus confirmado pelo Ministério da Saúde se deu em 25 de fevereiro.

40 Disponível em: <<https://www.neomondo.org.br/2020/07/03/a-resposta-dos-governos-a-covid-19-podera-deixar-cicatrices-politicas-afirmam-pesquisadores/>> Acesso em 02/08/2020.

partir de uma linha do tempo, um conjunto de dados secundários para indicadores de saúde relacionados à covid-19. Entre estes dados está o número de casos e óbitos pela doença, além de alguns dados referentes à estrutura de saúde.

Essa exposição é acompanhada por um balanço das ações dos governos em três frentes: controle da circulação de pessoas nos espaços públicos, melhoria da estrutura de saúde para enfrentar a crise sanitária e medidas de mitigação dos efeitos sociais e econômicos da pandemia.

O capítulo está dividido em três partes, além desta introdutória. Na sessão dois, retomamos a discussão que fizemos no início do texto, abordando como os problemas de coordenação federativa, vale dizer, o que cabe a cada ente e o que cada ente vem fazendo, tem afetado o enfrentamento da pandemia da covid-19 no Brasil. Na parte três, apresentamos e discutimos os dados específicos para a região sul, a que nos referimos anteriormente. Na quarta e última sessão são as considerações finais, que consistem em uma síntese desses dados, a partir da qual indicamos tendências, levantamos perguntas e hipóteses e sugerimos ações em termos de políticas e programas, especialmente nas arenas governamentais.

2. A pandemia e a coordenação federativa

A covid-19 não acarreta somente implicações sanitárias. A pandemia trouxe consequências drásticas para todos os campos da vida social, como a ruptura dos círculos mais íntimos de sociabilidade até gerar crises em todos os setores da economia. A pandemia causa, inevitavelmente, perdas econômicas e sociais. Ela gera um número crescente de mortos e uma diminuição forçada da circulação de pessoas. Tudo isto lança um desafio sobre a manutenção da produção de riquezas e oferta de serviços, além da contenção sanitária e vacinação da população. Não apenas pela quantidade de doentes e mortos que produz, mas também devido às restrições que impõe ao transporte e à circulação de pessoas e mercadorias.

Tal quadro exige de governos, em todos os países afetados, no nível nacional e subnacional, respostas rápidas, iniciativa e capacidade de coordenação. Isso é ainda mais importante em uma federação, onde os diferentes governos gozam de maior autonomia política e administrativa, como no caso brasileiro. Se de um lado isso de alguma forma traz, para as esferas locais de decisão, um maior poder, por outro lado estas esferas subnacionais podem se ver em dificuldades por ter seus aumentos administrativos e gerenciais de custos. Nesse sentido, cabe perguntar: qual o dever de cada ente federativo diante de um problema com as dimensões da atual pandemia? Em outros termos, quais são as reponsabilidades dos diferentes entes que compõem a federação brasileira? E o que eles vêm fazendo, ou seja, em que medida vêm atendendo o que deles se espera? No intuito de iniciar este esforço analítico vamos pontuar alguns desses aspectos, começando pelo tema da saúde.

O Brasil é um dos poucos países de grande extensão e população a contar com um sistema de saúde público, universal e gratuito, que se constitui como direito constitucionalizado dos

cidadãos e cidadãs e dever do estado e que se concretiza como política pública, por meio dos mais variados programas e ações. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O SUS (Sistema Único de Saúde) é o resultado concreto da universalização do direito à saúde, sendo uma das principais novidades trazidas pela Constituição Federal de 1988 e é, talvez, o maior exemplo, no país, de uma política pública a exigir a referida coordenação federativa e de maneira bastante estrita. A responsabilidade por sua implantação e funcionamento é compartilhada por todos os entes federativos. O desafio que o Brasil vem enfrentando há pouco mais de três décadas é materializar todos esses princípios.

De um lado, um sistema como este traz a importante questão do financiamento, pois garantir acesso gratuito e universal à saúde não é barato. No caso brasileiro, a saída, obtida a partir de um árduo processo de embates entre diversos atores sociais foi constitucionalizar o gasto com a área, de modo que os estados e o Distrito Federal estão obrigados a investir 12 por cento de suas receitas próprias em saúde, incluindo repasses a municípios. Para os municípios, este percentual é de 15 por cento, enquanto que o Governo Federal deve aplicar 15 por cento da receita corrente líquida, incluindo os repasses aos demais governos.

Todos os entes da federação brasileira têm a responsabilidade de prestar atendimento integral à saúde. É por isso que a maioria dos municípios brasileiros, ainda que pequenos e pobres, oferecem um mínimo de atendimento básico, ao passo que municípios mais ricos, estados, o Distrito Federal e a União são capazes de assumir responsabilidades mais custosas, como a compra de medicamentos e de procedimentos mais complexos, como por exemplo, os que demandam hospitalização, cirurgias, tratamentos de doenças crônicas etc. Todavia, algo que inequivocamente cabe a todos estes entes (União, estados e municípios) é tomar medidas de controle de endemias, epidemias e pandemias, assim vem sendo feito, em maior ou menor grau, com maior ou menor eficiência.

A União, desde o início do ano, passou a monitorar o desenvolvimento da covid-19 em outros países, inicialmente com aumento da atenção a pessoas advindas de países que já apresentavam casos da doença. Em 11 de março, a OMS decretou a pandemia do novo coronavírus, o que levou o Ministério da Saúde a recomendar medidas de isolamento social e impor a adoção de quarentena para pacientes suspeitos de infecção. Em 20 de março, o Congresso Nacional aprovou um pedido do Executivo, reconhecendo estado de calamidade pública, para viabilizar respostas imediatas à crise e agilizar a aplicação de recursos públicos para contenção da pandemia.

Até o momento, todavia, há uma ausência de providências mais rigorosas de âmbito federal para a restrição geral da circulação e concentração de pessoas. O que vemos, no plano do Executivo federal, especialmente na figura do Presidente da República Jair Bolsonaro, são comuns posições favoráveis à flexibilização das medidas de isolamento social que os governos subnacionais decretam e tentam manter. O problema é que os posicionamentos do Executivo federal tem se convertido em ações anti-sanitárias, o que, por si só, já cria um problema grave de coordenação da pandemia.

Com efeito, o governo federal vem mostrando uma preocupação central com os efeitos econômicos da crise sanitária, deixando desse modo às medidas restritivas para os governos estaduais e municipais. Nesse sentido, as principais medidas federais emergenciais são do campo econômico, como um auxílio emergencial de 600 reais para os trabalhadores que perderam seus rendimentos, linhas de crédito para empresas e a suspensão temporária de contratos de trabalho, sem demissões, com o governo federal assumindo os pagamentos dos trabalhadores até determinados valores.

Vale mencionar que o auxílio emergencial é outro exemplo de operação dos *checks and balances*, neste caso, envolvendo uma questão de coordenação dentro de um mesmo ente federativo, no caso, a União. No projeto original enviado pelo executivo ao Congresso, previa-se como auxílio uma única parcela de 200 reais. Na discussão do projeto, o legislativo elevou o valor para 500 reais e, como barganha final foi aprovado um valor de 600 reais e que estão sendo pagos em mais de uma parcela⁴¹.

As medidas de mitigação das consequências econômicas são necessárias e têm garantido a sobrevivência de pessoas e empresas, ainda que sem a eficiência suficiente. O problema é que as ações em um campo mais prioritário, que é o da saúde, têm sido demasiado tímidas, quando não mal conduzidas por parte do governo federal. Desde o início da pandemia, dois ministros da saúde, Luiz Henrique Mandetta e Nelson Teich, pediram demissão, sendo que o último permaneceu apenas cerca de um mês no posto. Desde o dia 15 de maio, a saúde tem um ministro interino, Eduardo Pazuello, general de divisão do Exército Brasileiro. Pode-se, portanto, vislumbrar que a carência de coordenação começa dentro do próprio governo federal.

As trocas de ministros devem-se a discordâncias dos ex-titulares da pasta com a condução da crise pelo presidente da república, seja contra as medidas de isolamento, seja por minimizar a gravidade da doença, insistindo que esta já poderia ser tratada com medicamentos como, por exemplo, a *hidroxicloroquina* e o vermífugo *nitazoxanidal*. A ciência, entretanto, ainda não descobriu nenhuma substância capaz de tratar a infecção viral, sendo o tratamento sintomático para a covid-19 e buscando-se a solução para a infecção através de uma vacina.

Até o momento, a ação mais específica do governo federal na área de saúde tem sido marcada por investimentos muito aquém dos necessários, por exemplo, na aquisição de testes, em repasses para os demais governos, a ativação de leitos e UTIs e assim por diante. Em 23 de junho foi noticiado que o ministério da Saúde havia gastado menos de um terço da verba destinada para combater a pandemia, até então⁴².

41 Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/03/26/bolsonaro-aumenta-valor-apos-fala-de-maia-e-propoe-r-600-a-trabalhadores.htm>> Acesso em 02/08/2020.

42 Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/06/23/ministerio-so-gastou-27-2-do-dinheiro-para-combater-pandemia-admite-pazuello>> Acesso em 02/08/2020

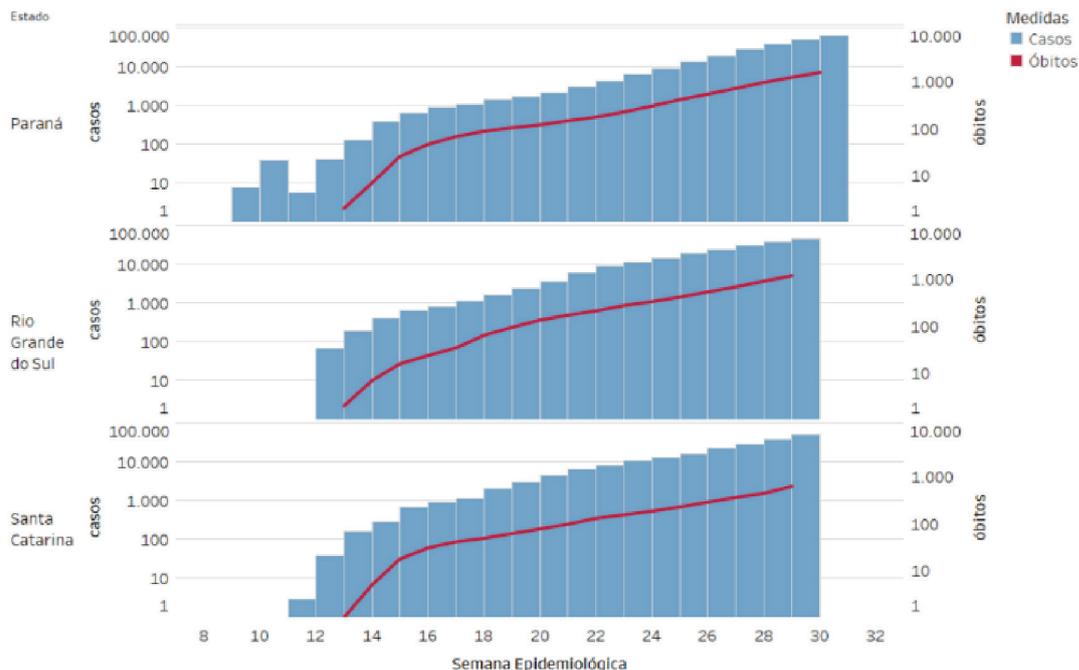
O padrão de atuação do governo federal vem colocando os estados em situações-limite. Os governos estaduais e municipais são os que sofrem maiores restrições orçamentárias e que, na ponta do processo, arcam com os maiores custos de enfrentamento da pandemia – seja no atendimento pelos sistemas de saúde, sejam os ônus políticos das ações de restrição – sem dispor dos diversos recursos (institucionais, políticos, financeiros etc.) necessários para sustentar as medidas. Na próxima seção, abordamos como isso ocorre no espaço específico da Região Sul do Brasil.

3. A covid-19 no Sul do Brasil

Esta seção apresenta alguns indicadores de saúde relacionados à covid-19 na Região Sul⁴³, dispondo esses dados em uma linha do tempo, de acordo com as semanas epidemiológicas, as quais seguem as semanas do ano civil. Além disso, trazemos algumas das ações dos governos da região para o enfrentamento do problema, buscando confrontar a problemática da coordenação dos entes federativos que permeia o estudo.

O Gráfico 1 mostra os números absolutos de casos e óbitos, dispostos em escala logarítmica, onde se obtém uma melhor visualização das tendências da pandemia nos três estados sulistas.

Gráfico 1. Casos e óbitos no PR, RS e SC, em escala logarítmica, por semana epidemiológica



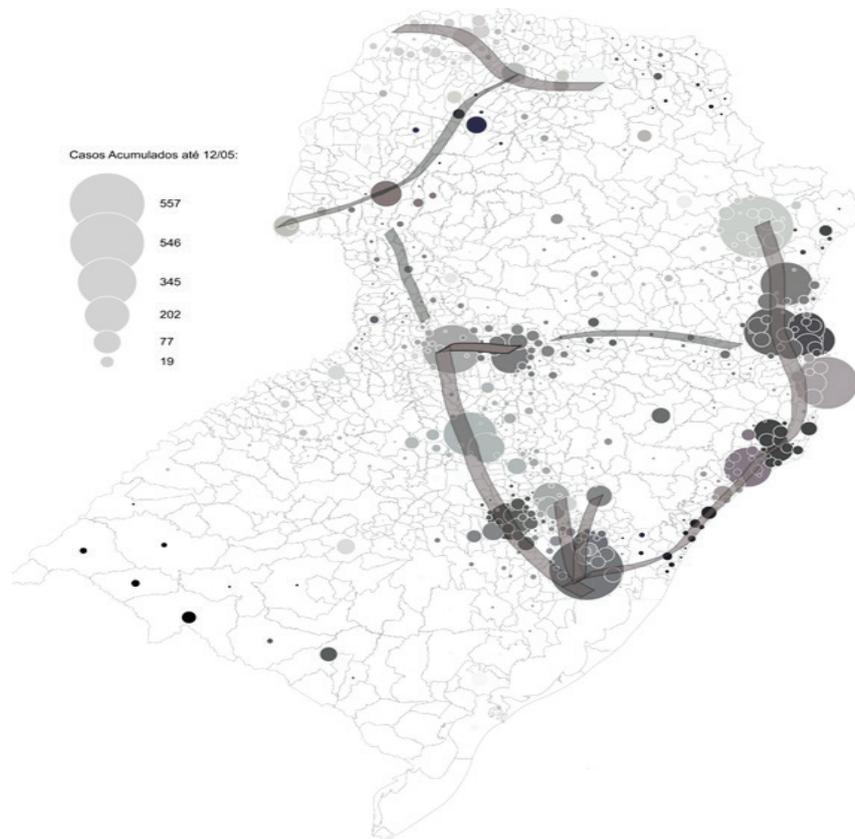
As tendências de casos e óbitos, em escala logarítmica, por semana epidemiológica para cada Estado. A cor vermelha representa a tendência de óbitos e a cor azul a tendência de casos. A coleta dos dados foi realizada entre o dia 20 e 27 de junho de 2020.

Fonte: Elaboração própria

⁴³ A Região Sul é composta por três estados: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Estes estados são respectivamente governados por Ratinho Junior (PSD); Carlos Moisés (PSL) e Eduardo Leite (PSDB).

Os estados registraram o aparecimento da doença em diferentes momentos. É interessante observar, no entanto, que a difusão do problema seguiu uma lógica territorial, eclodindo, inicialmente, no estado mais ao norte, o Paraná, que está mais próximo do foco inicial da pandemia no Brasil, o estado de São Paulo.

Figura 1 – Principais vetores rodoviários de transmissão na Região Sul



Fonte: Monteiro et al. (2020)

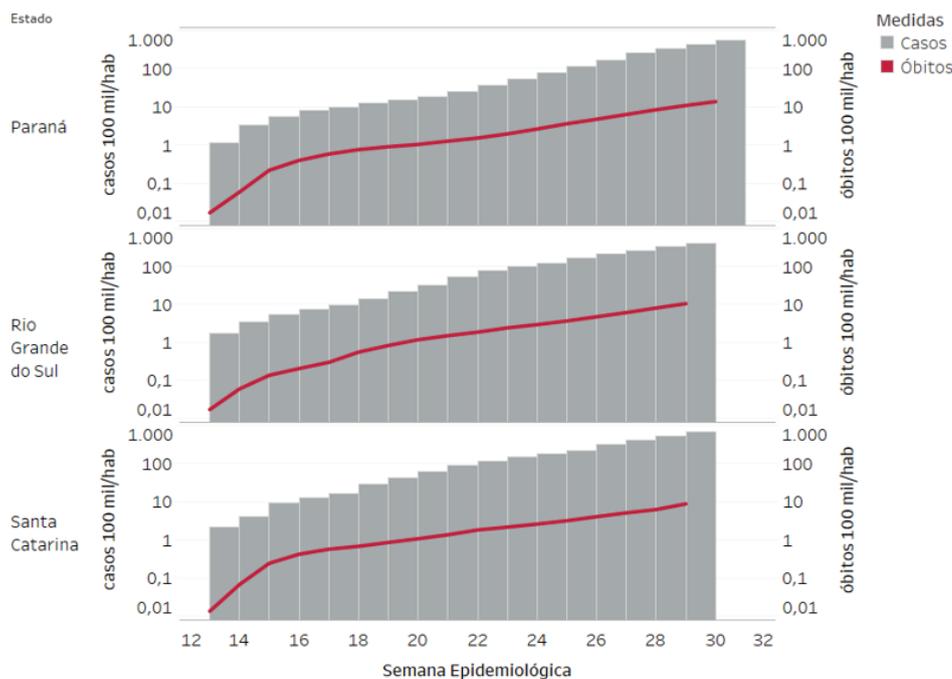
O Paraná registrou os primeiros casos ainda na nona semana epidemiológica (conforme relatório publicado em 28/02). , Em Santa Catarina, os primeiros casos ocorreram na 11ª semana epidemiológica e, no Rio Grande do Sul, o estado mais meridional, na 12ª. Os óbitos, por sua vez, surgiram de maneira mais ou menos simultânea nas três unidades federativas, aparecendo, pela primeira vez, nos boletins da 13ª semana epidemiológica.

Tal dinâmica sugere que o coronavírus circulou de norte a sul dentro da região e, como podemos observar na Figura 1, seguiu as principais rotas de transporte, especialmente as rodovias federais que cortam a região. Embora se trate de dados para o dia 12 de maio, eles permitem visualizar o argumento da transmissão rodoviária da covid-19.

Embora, os três estados sulistas apresentem curvas de crescimento semelhantes, é possível observar ligeiras, porém importantes diferenças, que vão surtir efeitos nas ações dos governos. Santa Catarina é o estado com o crescimento mais abrupto no número de óbitos,

que se dá logo nas primeiras semanas (entre a 13^a e a 15^a semana epidemiológica), em uma dinâmica semelhante à do Paraná. O Rio Grande do Sul, por seu turno, segue uma tendência menos aguda de crescimento, com uma linha de tendência mais suave. No entanto, quando se observam os dados a partir de índices (Gráfico 2), as semelhanças entre os estados ficam patente, na medida em que os três apresentam índices muito próximos de casos e óbitos, ao menos no momento em que escrevemos este artigo.

Gráfico 2. Casos e óbitos por 100 mil habitantes no PR, RS e SC, em escala logarítmica, por semana epidemiológica



As tendências de casos e óbitos por 100 mil habitantes, em escala logarítmica, por semana epidemiológica para cada Estado. A cor vermelha representa a tendência de óbitos e a cor cinza a tendência de casos. A coleta dos dados foi realizada entre o dia 20 e 27 de junho de 2020.
Fontes: Informe Epidemiológico do Paraná, Comitê de Dados Covid-19 Rio Grande do Sul e Boletim Novo Coronavírus Santa Catarina.

Fonte: Elaboração própria

Uma análise atenta desses índices sinaliza que a excepcionalidade da região, sugerida durante o início da pandemia no Brasil, devia-se a uma lógica pela qual o contágio teve alguns focos iniciais no país, expandindo-se para outras partes nas semanas e meses seguintes para, finalmente, atingir todo o território nacional, principalmente em face das dificuldades de impor medidas rígidas de controle da circulação.

No Sul, tal como aconteceu em outras partes do país, a propagação da doença não está mais controlada, especialmente quando se considera que, meses após a manifestação inicial da patologia, não se chegou a um platô, que indicaria a estabilização dos números, os quais continuam a subir semana após semana.

É necessário ressaltar, também, que esses índices são móveis, devendo-se alertar para os limites de se analisar índices de uma doença que, como qualquer outra, pode ter seu rumo alterado e ainda está, de fato, em crescimento na Região Sul. O que vemos agora é um retrato do momento, ou seja, um fotograma em meio a um filme cuja duração não se conhece e que parece estar longe de seu final. Cabe-nos perguntar, portanto: como os governos da Região Sul têm agido diante desse quadro?

Um primeiro conjunto de ações reúne medidas direcionadas ao controle da aglomeração e circulação de pessoas nos espaços públicos, visando ao isolamento social, na medida em que este é, até o momento, o único mecanismo razoavelmente eficaz para conter o avanço da epidemia.

Em face da ausência de medidas federais mais restritivas e globais de isolamento – no plano federal, isolamento social e quarentena tornaram-se obrigatórios apenas para casos suspeitos, a partir de 13 de março –, logo após o aparecimento dos primeiros casos, governos estaduais e municipais nos três estados sulistas seguiram estratégias semelhantes, editando decretos suspendendo aulas, fechando o comércio e outras atividades econômicas, restringindo o transporte de pessoas, estabelecendo a possibilidade de atividades remotas pelo funcionalismo público quando estas fossem possíveis entre outras. No plano dos governos estaduais, medidas como estas foram inicialmente tomadas a partir de 12 de março no Paraná e no Rio Grande do Sul e no dia 17 do mesmo mês em Santa Catarina.

É lícito supor que o fato das medidas sanitárias de isolamento social (e capacitação de equipamentos) terem sido postas em prática assim que o problema se instalou em outras partes do país (e antes mesmo de acontecerem as primeiras mortes) tenha contribuído para o bem-sucedido controle inicial da doença na região, principalmente quando se consideram as taxas por 100 mil habitantes.

No entanto, as mesmas medidas que salvaram vidas, concorreram, com efeito, para a piora de um cenário econômico, já desgastado com uma lenta retomada da economia. O PIB brasileiro teve uma queda de 1,5 na comparação com os três meses anteriores⁴⁴. Com as restrições mais ou menos severas ao seu funcionamento, as atividades econômicas sofreram quedas generalizadas em praticamente todos os setores. O resultado, como seria de se esperar, foi um profundo impacto negativo para o emprego e a renda de amplas camadas da população⁴⁵. O desgaste para todos os governos foi profundo, dado que, para além da tragédia da própria doença e das mortes por ela causadas, a vulnerabilidade social teve um aumento abrupto.

44 Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/pib-do-brasil-cai-15-no-10-trimestre-inicio-da-pandemia-segundo-ibge.shtml?origin=uol>> Acesso em 02/08/2020. O Fundo Monetário Internacional projetara uma queda de 9,1 por cento no PIB brasileiro para 2020, a maior em 120 anos. A queda, de 4,1% e menor que a previsão, ainda se mostrou em um patamar significativo para um país que ainda não conseguiu se recuperar seu último período de recessão

45 O Fundo Monetário Internacional projeta uma queda de 9,1 por cento no PIB brasileiro para 2020, a maior em 120 anos Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020>).

Do ponto de vista político, o desgaste para os governos tem sido inevitável e é neste ponto que os problemas relacionados à coordenação dos entes federativos assomam com toda sua força. O Executivo federal parece fazer a conta de que há um benefício em não auxiliar os governos estaduais no controle da pandemia. O eleitorado de Bolsonaro tem se mostrado cético quanto aos efeitos da pandemia propagados pela OMS e por cientistas de todo mundo, e uma vez que a “responsividade” do governo se dirige praticamente toda para seu público mais fiel e radical, nos parece que a inação e o desincentivo do governo são frutos de um cálculo a espera de um ganho futuro.

Na prática, o governo federal não vem exercendo um papel de coordenação de políticas públicas que é o que, normalmente, se espera no nosso desenho federativo. As providências menos simpáticas e que geram mais desgaste político são deixadas, desse modo, para os governos estaduais e municipais, ainda que os governos subnacionais tenham implantado algumas medidas de mitigação dos efeitos econômicos da pandemia.

No Paraná, por exemplo, foram estendidos os prazos para pagamentos de tributos, concedidas linhas de crédito para empresas, além de aumentadas as franquias da tarifa social de energia (pela Companhia Paranaense de Energia – Copel) e água (pela Companhia Paranaense de Saneamento – Sanepar) e concedidas moratórias para pagamento de prestações de habitações financiadas pela Cohapar⁴⁶.

Já o governo do estado de Santa Catarina anunciou, no mês de março, linhas de crédito para micro e pequenas empresas, além de um programa de microcrédito a Juro Zero para o empreendedor individual. Também foi anunciado um projeto de auxílio para pequenos empreendimentos rurais, através do Fundo de Desenvolvimento Rural (FDR). Além disso, foi anunciada a solicitação para a prorrogação do prazo de tributos estaduais, como o ICMS e outras obrigações das empresas junto ao governo estadual. Trata-se de medidas mais focadas em pequenos empreendimentos rurais e urbanos, com linhas de crédito e postergação do recolhimento de tributos⁴⁷.

No Rio Grande do Sul, o governo do estado concedeu linhas de crédito para pessoas físicas e produtores rurais, ampliou a linha de crédito, em dez por cento, para micro, pequenas e médias empresas, além de dar carência de dois meses para o pagamento de dívidas. O governo também proibiu o corte de água e luz por noventa dias⁴⁸.

46 Disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=106318>>

47 Disponível em: <<https://www.sc.gov.br/noticias/temas/coronavirus/coronavirus-sc-pge-obtem-novas-decisoes-favoraveis-a-manutencao-da-arrecadacao-tributaria-do-estado-para-combate-a-pandemia>> Acesso em 01/08/2020.

48 Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/economia/noticia/2020/03/banrisul-aumenta-oferta-de-credito-para-pessoas-fisicas-e-juridicas-em-funcao-do-coronavirus-ck7xubshf05sa01pqrqrwn0s.html>; e, <https://guaiba.com.br/2020/03/24/por-90-dias-empresas-de-energia-devem-suspender-cortes-de-luz-de-clientes-inadimplentes/>> Acesso em 01/08/2020.

Medidas como essas, apesar de sua importância, têm efeitos e impactos menos visíveis do que as medidas tomadas no plano da união, principalmente uma medida que foi gestada pelo Ministério da Economia e ajustada pelo Congresso Nacional, que é a ajuda emergencial de R\$ 600,00 para trabalhadores sem fontes de renda, além da suspensão dos contratos de trabalhadores da iniciativa privada, com o governo federal bancando parte dos salários dos trabalhadores afetados e reduzindo os custos para os empregadores, em um momento em que setores inteiros estão paralisados pela pandemia.

Em suma, os governos subnacionais – e no sul do Brasil não foi diferente – acabaram ficando com a maior parte do ônus das medidas restritivas e também têm se responsabilizado pela maior parte do atendimento aos infectados em suas estruturas de saúde. Este quadro é agravado por problemas na área da saúde no plano federal, que já abordamos na seção anterior deste capítulo.

Ao mesmo tempo, premidos pela condução do governo federal e pela queda brutal no faturamento, que começa a impactar a arrecadação tributária, setores econômicos passaram a exercer forte pressão justamente sobre os governos dos estados e municípios, que estão mais próximos e, no fim das contas, assumem o ônus de impor restrições.

O resultado dificilmente poderia ser outro que não os titulares desses governos paulatinamente cederem, flexibilizando as medidas de isolamento social. Nos últimos meses, tem-se sucedido medidas de reabertura e fechamento, com posterior reabertura do comércio e de locais com grande aglomeração de pessoas, como shopping centers, bares e restaurantes e mesmo templos religiosos.

4. Considerações finais

Os dados apresentados neste artigo mostram que a Região Sul nada tem de excepcional na dinâmica de expansão da covid-19 no Brasil, à exceção, talvez, de o problema ter-se apresentado mais tarde em relação a outras regiões brasileiras. Tal como ocorreu no restante do país, houve aumento constante do número de casos, e por meses consecutivos, antes de se atingir uma estabilização que, no entanto, ainda não chegou à região.

Para conter o avanço da pandemia é necessário, portanto, medidas que reduzam ao mínimo possível a presença de pessoas em espaços públicos, como o *lockdown*. E aí começam os maiores problemas políticos porque nas democracias eleitorais os agentes políticos seguem determinadas lógicas relacionadas à obtenção da aprovação junto ao seu eleitorado de maneira e lhe permitir permanecer no poder (Riker, 1960).

No início da pandemia, governadores e prefeitos beneficiaram-se do protagonismo que o governo federal lhes legou, dado que a eles coube impor as medidas mais duras e fazer os investimentos mais pesados para tentar debelar a crise. Porém, com o desenrolar dos fatos, e, sob pressão, os governadores da Região Sul tem sua popularidade abalada pelos efeitos colaterais da crise sanitária na economia.

O problema é que a pandemia apresenta um paradoxo, que é o fato de o sucesso das medidas isolacionistas diminuir, entre diversos setores da população, a sensação de que elas eram necessárias. Como resultado, os principais beneficiários – os próprios cidadãos – passam a pressionar os governos por flexibilização. Os governos estaduais, no fim das contas, têm cedido às pressões. E se o aumento do contágio tem relação com decretos de abertura, como aparentemente ocorre, o que poderemos esperar como tendência é a crise sanitária manter-se em um patamar elevado ou mesmo piorar.

O descompasso – tanto no tempo, quanto no próprio conteúdo – entre as ações dos governos estaduais da região sul é o resultado da insuficiência de uma coordenação federativa em face da crise sanitária. Frente a tal quadro levantamos uma questão, a orientar os próximos passos na pesquisa dos efeitos políticos da pandemia: uma vez que é razoável supor que os governos têm ciência da necessidade de medidas de isolamento mais rígidas; em que medida, porém, as ações dos governos, tanto federal quanto subnacionais, são de fato pautadas pelo enfrentamento do problema sanitário ou pelo cálculo das perdas e ganhos de popularidade?

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta (2004). ‘Federalismos e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia’. *São Paulo em Perspectiva*, 18 (2).

BRASIL, (1988). *Constituição Federal*. São Paulo, Editora Revista dos Tribunais.

MASSARD DA FONSECA, Elize e BASTOS, Francisco Inácio (2020). ‘Brazil’s Response to the Coronavirus Pandemic’. *Blog Cambridge Core*.

MONTEIRO, R.R., ANGELOTTI, R., LAUTERT, L.F.D.C., ANGELIN, P.E. e PORTES, J., 2020. “Rodovírus” ou “Caronavírus”? Mapas da Distribuição do Covid-19 na Região Sul do Brasil: Indícios da contaminação por rodovias. *Confins. Revue franco-brésilienne de géographie/Revista franco-brasileira de geografia*, (45). Disponível em: <<https://journals.openedition.org/confins/28246>>. Acesso em 30/07/2020.

PATHERICK, Anna; GOLDSZMIDT, Rafael; KIRA, Beatriz; BARBERIA, Lorena (2020). ‘As medidas governamentais adotadas em resposta ao Covid-19 no Brasil atendem aos critérios da OMS para flexibilização de restrições?’ *BSG Working Paper Series*.

PEREIRA, Ana Karine; OLIVEIRA, Maria; SAMPAIO, Thiago (2020). ‘Heterogeneidades das Políticas Estaduais de Distanciamento Social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnicos-administrativos’. *Revista de Administração Pública*, 54 (4).

RIKER William (1962). *The Theory of Political Coalitions*. New Haven: Yale University Press.

STEPAN, Alfred (1999). 'Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder da demos. *Dados* 42 (2).

RIO DE JANEIRO: CONFLITOS, SOLUÇÕES E MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO FRENTE À PANDEMIA)⁴⁹

Priscila Riscado

O início: contextualizando o cenário da pandemia no Rio

O surgimento do covid 19 em março não é a primeira crise enfrentada pelo Estado do Rio em 2020. Vindas de moradores da Baixada Fluminense, desde o dia 3 de janeiro se iniciaram as denúncias sobre a água suspeita no Rio de Janeiro e região metropolitana. Desde então 86 bairros na capital e seis municípios relataram problemas com o abastecimento. A distribuição da água fornecida no estado do Rio é realizada pela Cedae (Companhia Estadual de Água e Esgoto), empresa estadual de saneamento básico.

As cenas que se observaram desde os primeiros momentos de 2020, no mínimo, curiosas: garrafas de água mineral desaparecendo das prateleiras, cariocas fazendo fila para pegar água em fontes de água mineral na Floresta da Tijuca e em Guaratiba, zona oeste do Rio de Janeiro. Segundo a orientação de especialistas, atividades como beber, cozinhar, lavar o rosto e escovar os dentes só deveriam ser realizadas com água previamente filtrada e fervida. A água que saía das torneiras apresentava cor, gosto e cheiro.

Em nota publicada em sete de janeiro, a Cedae afirmou que a presença de um material conhecido como geosmina estaria por trás das alterações na água que sai das torneiras. O presidente da Cedae, Hélio Cabral, garantiu à população que a água seguia potável e adequada para higiene pessoal. Ele afirmou, na época, que a geosmina não é tóxica e que não há, necessariamente, “risco sanitário” por conta das alterações de odor e gosto.

Em nota técnica a UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), entretanto, ressaltou que uma terceira característica, a turbidez da água, não teria relação com a presença de geosmina. O aspecto turvo da água poderia ser causado por sujeira. Para os pesquisadores

⁴⁹ Este texto tem significado especial para mim. Sua escrita foi realizada ao longo de meu último mês de gestação. Sua revisão feita dias após o parto. Dedico este ensaio a Vicente, minha inspiração neste e nos próximos desafios vindouros. Agradeço o convite da ABCP para contribuir com esta inovadora iniciativa, com especial gratidão a organizadora da obra, Luciana Santana. Finalmente, agradeço a Paulo d’Avila Filho. Sua leitura atenta e contribuições generosas foram fundamentais para a realização deste trabalho.

que prepararam o documento da UFRJ, a insuficiência da rede de saneamento básico na região, o crescimento populacional e a ocupação urbana desordenada são os principais motivadores da crise. Meses depois – em junho de 2020, já no auge da pandemia em todo o Estado do Rio - um laudo realizado a partir de análise de pesquisadores da UFRJ revelou que a substância encontrada na água tem estrutura parecida, mas não é a geosmina. A pesquisa encontrou uma forte presença de esgoto doméstico e também poluição industrial. O governador do Estado, Wilson Witzel (PSC), condicionou a realização de melhorias no sistema à privatização da estatal de saneamento.

A privatização da CEDAE, encarada por Witzel como essencial para o Estado, se justificaria em função de um cenário de crise fiscal, que já existia e se agrava após a pandemia. A dívida consolidada do Estado aumentou de R\$ 155 bilhões para R\$ 167 bilhões em 2019. Isso representa 282% da sua receita. Desde 2016, o estado do Rio ultrapassa o limite imposto pela lei de Responsabilidade fiscal que é de 200% de dívida acima da receita. Em 2017, foi assinado com o governo federal um plano de recuperação fiscal para o Estado. O acordo, com vigência prevista até 2020, proíbe a concessão de reajustes salariais para servidores e empregados públicos, veda a criação de cargo e alteração de carreira que possa implicar aumento na despesa do Estado. Mesmo antes do cenário da pandemia se avizinhar, o governo do Estado já vinha dando sinais sobre a necessidade de prorrogação do referido plano. Podemos observar, ao mesmo tempo, aspectos cruéis de uma crise de dimensões mundiais como a atual e seus reflexos em um Estado profundamente desigual como o Rio de Janeiro.

Finalmente, mas não menos importante, não podemos deixar de fora os problemas relacionados a pobreza e a desigualdade, que marcam o Estado. O Rio de Janeiro – em especial, a capital- é marcado pela presença de comunidades, com inúmeros problemas relativos à pobreza de sua população. Estas informações são importantes para levarmos em consideração dados como distribuição de água, saneamento, número de moradores por residência, entre outros – aspectos que se relacionam de forma direta com o padrão de disseminação do COVID 19. Segundo dados levantados pelo instituto Trata Brasil no ranking do saneamento básico no Brasil - que mediu a qualidade dos serviços de água e esgoto entre as 100 maiores cidades do país - cinco municípios da região da Baixada Fluminense do Estado estão entre os piores do país na qualidade dos serviços de água e esgoto, são eles: Belford Roxo; São Gonçalo; Duque de Caxias; São João de Meriti; e Nova Iguaçu. As cidades de Nova Iguaçu e São João de Meriti, na Baixada Fluminense, praticamente não tratam seus esgotos. Belford Roxo e Duque de Caxias, também na Baixada, tratam 5% e 6%, respectivamente, dos seus rejeitos. Já São Gonçalo, na Região Metropolitana, trata 15% de seu esgoto. A capital do Estado se encontra na parte intermediária do ranking, na posição 51^o. Na cidade do Rio, a água tratada chega para quase 100% dos moradores (99,16%). Todavia, apenas 46% do esgoto dos cariocas recebem algum tipo de tratamento.

Conhecer, ainda que de forma breve, aspectos constitutivos do Estado do Rio de Janeiro se apresenta como importante tarefa para que possamos compreender os efeitos – e os desdobramentos - da pandemia no Estado.

COVID 19: o cenário da pandemia no Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro registrou até o dia 30 de outubro de 2020 20.565 mortes e 309.496 casos confirmados de Covid-19. Os primeiros casos da doença são registrados em março. Desde então, o estado ocupa a vice-liderança no país em óbitos e casos registrados⁵⁰. Desde o início, o enfrentamento a pandemia no Estado tem apresentado algumas especificidades. O então governador Wilson Witzel (PSC) adotou uma postura, em certa medida, inversa ao discurso adotado pelo presidente Jair Bolsonaro (sem partido), no que tange à pandemia do COVID 19. As recomendações são díspares. Enquanto, em nível federal, não há consenso entre recomendações de isolamento social, o governador do Rio manteve, ao longo dos quatro primeiros meses de pandemia (entre março e julho de 2020), o isolamento social em certa medida. Em decreto com data de 21 de julho de 2020, o governo do Estado determinava como suspensas, até o dia 05 de agosto de 2020, para todo o Estado, atividades diversas, tais como atividades coletivas de cinema, teatro e afins; aulas presenciais, nas unidades da rede pública e privada de ensino (incluindo as unidades de ensino superior); permanência, pela população, nas praias, lagoas, rios e piscinas públicas. A postura do estado era claramente oposta ao posicionamento defendido pelo Governo Federal, que defendia um “retorno a normalidade”.

Desde os primeiros momentos da pandemia, em março de 2020, o governador buscou pautar suas ações em uma postura voltada para a consulta aos pareceres técnicos – tais como as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de profissionais e técnicos de saúde. O enfrentamento ao COVID 19 tem sido feito pelo governo do Estado com base no isolamento social e na restrição a serviços em geral. As medidas adotadas em âmbito estadual tem obtido apoio dos deputados, mesmo entre os de oposição. Ainda que mantendo relações amistosas com o governador, o prefeito do Rio, Marcelo Crivella (Republicanos), por sua vez, tem demonstrado publicamente apoio às falas do presidente Bolsonaro, no que diz respeito ao afrouxamento da quarentena e reabertura do comércio. O conflito entre o prefeito do Rio e o governador do Estado ficou explícito, o que gerou uma “guerra” de decretos entre julho e agosto deste ano.

Os problemas enfrentados pelo sistema de saúde do Estado tornaram a situação do Rio de Janeiro especialmente alarmante. Em abril, municípios como Duque de Caxias já tinham 100% de seus leitos de UTI ocupados em função da pandemia. Um caos para o sistema de saúde do município.

⁵⁰ Este dado se confirma a partir dos números absolutos de casos registrados. A partir disso, podemos afirmar que o Rio de Janeiro é o segundo estado no país com maior número de casos e óbitos, estando atrás apenas de São Paulo ainda que ambos sejam os Estados mais populosos do país).

Os primeiros casos e óbitos registrados nas comunidades localizadas na capital começaram a ser divulgados na primeira semana de abril. A chegada do COVID 19 as comunidades do Rio são consideradas pelos especialistas da área de saúde como o pior que poderia acontecer para a disseminação da doença na cidade. As comunidades costumam se caracterizar pela falta de saneamento básico, ruas estreitas, além de possuírem muitos moradores em uma mesma residência. O potencial de propagação e letalidade da doença, que já alto, cresce ainda mais nestes cenários. Apesar dos dados alarmantes, até aqui não se verificou nenhuma política ou recomendação específica por parte do governo do Estado para conter os avanços da doença nas comunidades. Tomando por base seis localidades na cidade do Rio (Rio das Pedras, Realengo, Campo Grande e Cidade de Deus, localizadas na Zona Oeste; Maré, na Zona Norte e Rocinha, na Zona Sul), pesquisa realizada pelo IBOPE no final de junho de 2020 aponta que o número de pessoas infectadas pelo COVID 19 pode ser até 80 vezes maior do que os números oficiais.

As medidas de isolamento social vinham se mostrando como um importante acerto para a população do Estado do Rio. Segundo especialistas de saúde, a curva de casos e óbitos registrados poderia ser ainda maior caso o isolamento social não fosse adotado no Estado. Todavia, o recente afrouxamento destas medidas - por parte do governo Estado e, em especial, dos governos municipais, faz com que a pandemia pareça estar longe de ser controlada no Estado do Rio. A prefeitura da cidade do Rio colocou em prática a flexibilização desde junho de 2020. O prefeito Marcelo Crivela autorizou que os 14 mil camelôs licenciados pela prefeitura retomassem o trabalho nas ruas na capital fluminense na quinta-feira, dia 4 de junho - mesmo dia em que o Estado e a capital registram recorde em número de óbitos em apenas 24h. A liberação do trabalho dos camelôs não estava no primeiro decreto da prefeitura, que trazia os detalhes do plano de reabertura gradual da economia na cidade. Porém, foi incluída em uma edição extraordinária do Diário Oficial do Município, publicada na noite do dia 2 de junho. De acordo com o novo plano, os camelôs legalizados podem trabalhar sem restrições, desde que sigam o que a prefeitura chama de “regras de ouro” como, por exemplo, higienizar as mãos com álcool em gel a 70% e usar máscaras.

Em ambas as esferas de governo, chama a atenção a mudança de critérios para a adoção da flexibilização e retomada das atividades comerciais em geral. O então governador Wilson Witzel, por exemplo, até meados de maio sustentava a posição de que a flexibilização estaria diretamente ligada ao funcionamento dos hospitais de campanha previstos para serem inaugurados no estado. Só um destes hospitais se encontra em funcionamento no momento (unidade maracanã).

O quadro atual evidencia ainda uma mudança em relação ao início da pandemia: o deslocamento geográfico dos mortos e contaminados pela doença. Quando observamos os dados referentes ao período que vai até o dia 30 de abril de 2020, verificamos que 3 em cada 4 mortes na cidade relacionadas ao COVID 19 ocorreram em bairros das Zonas Norte e Oeste, áreas mais pobres do município. Das 533 mortes ocorridas na cidade no referido

período, 413 são registradas em algum bairro dessas duas áreas enquanto na Zona Sul da cidade foram registrados 93 óbitos. Até o dia 5 de junho o registro dos óbitos na cidade do rio segue se distribuindo de forma concentrada em algumas áreas. O bairro de Campo Grande, localizado na zona Oeste da cidade, é o líder em número de óbitos por COVID 19, registrando 223 óbitos no Município. Os bairros de Bangu, Realengo e Santa Cruz- todos localizados na zona oeste, ocupam, respectivamente, 2º, 4º e 5º lugar entre o registro de óbitos. Apenas um bairro da zona sul integra o ranking das mortes na cidade: Copacabana, que ocupa o 3º lugar. No final de julho (entre os dias 25 e 26 de julho de 2020), quando observamos medidas de flexibilização já bastante avançadas, o Estado voltou a apresentar indícios de alta no número de mortes causados pela doença. Este cenário não ocorria desde 4 de junho.

Como se não bastasse a ameaça do vírus, a pandemia se conjuga a um escândalo de corrupção no Estado do Rio, que culminou com o afastamento do governador Wilson Witzel. No dia 26 de maio, a Polícia Federal deflagrou uma operação (Operação Placebo) para cumprir mandados de busca na residência oficial do governador do Rio, Wilson Witzel. A operação investiga indícios de desvios de recursos e fraudes em processos de licitação para compra de equipamentos e insumos destinados ao combate à covid-19 no Rio de Janeiro. Em 28 de agosto de 2020, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) determinou o afastamento imediato do governador Wilson Witzel (PSC) do cargo **por suspeitas de corrupção**. Também determinou buscas contra a primeira-dama, **a advogada Helena Witzel, que tem contratos com empresas envolvidas no esquema de desvio de recursos**. Depois disso, em uma votação no plenário da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj) por 69 a 0 os deputados estaduais decidiram dar prosseguimento ao processo de impeachment do governador em um tribunal misto. Com a notificação e formação do tribunal, o governador se tornou novamente afastado por 180 dias.

A pandemia do covid 19 se desenvolve sob este cenário no Estado do Rio de Janeiro. Uma das muitas questões que parecem pertinentes em serem analisadas sob este contexto diz respeito às políticas públicas voltadas para a área de saúde, diretamente ligada às ações que se estabeleceram no combate ao covid 19. Analisar as ações realizadas pelos governos estaduais e municipais- em especial as ações realizadas em parceria entre estes entes federativos- é que será feito, ainda que de forma breve, a seguir.

Políticas Públicas e pandemia: janelas de oportunidades se abrem no Estado do Rio?

Refletindo a luz da tipologia proposta por Kingdon⁵¹, que se pauta a partir das razões da entrada de uma questão na agenda governamental e, por conseguinte, na agenda pública, tentou-se aqui se observar de que forma a pandemia provocou os governos – sobretudo o estadual – a construir uma agenda de políticas públicas direcionadas a área de saúde

⁵¹ Para saber mais, ver AGUM, MENEZES E RISCADO (2020)

do estado do Rio, a partir do desenvolvimento do COVID 19 no estado. Em um primeiro momento não parece que o Estado do Rio tenha espelhado o modelo de Kingdon para pensar suas políticas na área de saúde.

Os hospitais de campanha são um exemplo disso. No final de março de 2020, o governador Wilson Witzel anunciou novos investimentos em hospitais e equipamentos para agilizar o atendimento a pacientes de Covid-19. Entre as ações, o governador apontou a montagem de oito hospitais de campanha no estado, que iriam oferecer 1,8 mil leitos no total. A previsão inicial era que as unidades fossem inauguradas até o dia 30 de abril. Ao todo seriam 7 hospitais de campanha: o Hospital de Campanha do Maracanã, o de São Gonçalo, o de Nova Iguaçu, o de Campos dos Goytacazes, um em Casimiro de Abreu, outra unidade em Duque de Caxias e uma unidade em Nova Friburgo. Destes, apenas dois entraram em operação – as unidades do Maracanã e São Gonçalo.

O fechamento das unidades de Nova Friburgo – na região serrana do estado do Rio- e das unidades de Nova Iguaçu e Duque de Caixas, municípios da baixada fluminense – foi anunciado no final de julho pelo governo, ainda que estes hospitais sequer tenham sido abertos. Os três hospitais de campanha fazem parte de um total de sete previstos no contrato de R\$ 770 milhões firmados entre a Secretaria de Estado de Saúde e a organização social Iabas.

A estratégia dos hospitais de campanha mostrou-se um fracasso, sob diversos pontos de vista. Dois aspectos podem ser destacados: a gestão dos recursos gastos e a articulação entre estado e municípios. Estes dois aspectos se destacam por destacarem dois graves problemas que caracterizam o enfrentamento da pandemia no estado do Rio, a saber: a ineficácia na gestão pública e a ausência de articulação entre os entes federativos. O debate sobre a importância do sistema público de saúde em meio a pandemia- e as necessidades de investimento para manutenção do sistema não foi capaz de provocar um redirecionamento das políticas públicas na área no estado do Rio. Estas não se tornaram prioridade na agenda de políticas públicas governamental. Uma oportunidade “perdida” para o desenvolvimento destas no Estado como um todo.

O “legado” da pandemia: algumas considerações

Ainda que presente recente queda no número de óbitos, o Estado do Rio segue na vice-liderança nacional de casos registrados e óbitos pelo COVID 19. A condução desordenada do processo de abertura no âmbito do Estado não parece favorecer a superação da pandemia na região.

O estado do Rio de Janeiro não apresenta unidade de ação no que diz respeito ao combate do covid 19. O governador Wilson Witzel (PSC) vem prorrogando algumas das medidas restritivas de prevenção e enfrentamento à pandemia do novo coronavírus em todo o estado – com destaque para atividades que envolvem aglomeração de pessoas, como o

funcionamento de escolas e universidades. Todavia, os municípios se comportam de forma distinta por todo o estado. Na cidade do Rio, o prefeito Marcelo Crivella (Republicanos) iniciou ainda em junho um plano de flexibilização gradual da quarentena. Atividades esportivas nos calçadões e na orla da cidade do Rio, assim como atividades em igrejas, comércio em lojas de móveis (de venda e decoração) e concessionárias de automóveis estão liberadas desde o início do mês de junho na cidade. Desde julho, shoppings foram autorizados a funcionar em horário ampliado, das 12h às 22h. Vias públicas voltaram a ser abertas para lazer aos domingos e feriados. Feiras de arte e artesanato também voltaram a funcionar na cidade.

Estas diferenças de comportamento entre os entes federativos se mostram como um aspecto preocupante para o combate a pandemia. No caso do Município do Rio de Janeiro, por exemplo, a flexibilização produzida pela prefeitura promoveu cenas inquietantes. Em 2 de julho, primeiro dia da reabertura de bares e restaurantes na cidade, assistiu-se a um cenário absurdo para uma cidade que já registrou mais de 7.000 óbitos em função da pandemia. Bairros como o Leblon, na zona sul da cidade, ficaram lotadas. Pessoas aglomeradas e sem máscara deram o tom da reabertura. Os estabelecimentos continuaram em funcionamento após as 23h, horário de fechamento estipulado pela prefeitura. No dia 1º de agosto se iniciou no Rio de Janeiro nova fase de flexibilização na cidade. Dentre outras mudanças propostas, uma se destacou: a liberação de banho de mar sem a permanência na areia. Concomitantemente, os ambulantes legalizados também estão autorizados a trabalhar na areia das 7h às 18h. A medida, por si só, parece bastante peculiar- já que banhistas seguem sem autorização de permanência na areia. Esta flexibilização preocupa especialistas, que já falam em uma “segunda onda da doença” na cidade do Rio de Janeiro.

No que diz respeito ao enfrentamento da pandemia, Estado e municípios não parecem caminhar juntos na busca por soluções conjuntas para o combate do COVID 19. O critério de ocupação de leitos de UTI, adotado tanto pelo governo do Estado quanto por diversos municípios do Rio como base para o planejamento da flexibilização não parece ser suficiente para garantir que as medidas de abertura se realizem de forma segura para a população do estado. Medidas como testagem em massa da população continuam sendo negligenciadas pelos governos.

A ausência de um diálogo profícuo entre os entes federativos, capaz de gerar ações e políticas públicas integradas se apresenta, desde o início da pandemia, como importante obstáculo para a superação da mesma no estado.

Concomitantemente, os números de óbitos e infeccionados no Estado segue aumentando- ainda que em menor escala nas duas últimas semanas. O Rio de Janeiro registrou até o dia 26 de julho 12.835 mortes e 156.325 casos confirmados de Covid-19, segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde. Quando observamos o número total de mortes por município, verificamos que entre as cinco cidades com maior número de óbitos, quatro estão localizadas na região metropolitana do Estado – a liderança pertence a capital (com 8.023 óbitos registrados) e os demais municípios são São Gonçalo (com 571 óbitos); Duque de Caxias

(com 527 óbitos); Nova Iguaçu (com 417 óbitos) e São João de Meriti (com 307 óbitos). Estes números confirmam uma realidade já conhecida no Estado, mas que não pode ser esquecida e que ainda deve produzir, em alguma medida, incomodo em todos nós: ao observar os dados de óbitos temos a certeza de que as mortes por COVID 19 não são “democráticas” ou restritas aos chamados “grupos de risco” da doença. O vírus cada dia mais atinge a população pobre do Rio de Janeiro. Fenômeno que se amplia com as medidas de flexibilização do isolamento já em curso, pois os trabalhadores que integram a força de trabalho nesta região, não por acaso, são residentes nas áreas com maior incidência de óbitos no estado.

A letalidade do COVID 19 mostra sua face mais terrível em um estado administrado de forma caótica como o Rio de Janeiro, forma esta acompanhada pela prefeitura da capital.

Muito ainda precisa ser feito para evitar um legado ainda pior de crise e degradação para a população como um todo. O governador interino do Rio de Janeiro, Cláudio Castro (PSC), foi ao Palácio do Planalto em 28 de outubro pedir ajuda ao presidente Bolsonaro para aprovar o Projeto de Lei Complementar 101 no Congresso Nacional. O projeto amplia o prazo do regime de recuperação fiscal do estado. Segundo o governador, a medida seria a possibilidade de salvação do Rio. No início de setembro, o atual governador já havia pedido renovação do plano de recuperação à equipe econômica, que prorrogou o acordo em até seis (6) meses. Se não fosse postergado, o governo fluminense teria de pagar R\$ 2,8 bilhões em dívidas em outubro. Isso colocaria em risco o pagamento de funções básicas do funcionalismo público, como a folha de salário dos servidores. Esta combinação – pandemia e ausência de recursos e de planejamento - pode ser fatal para o estado do Rio.

REFERÊNCIAS

AGUM, Ricardo R. ; RISCADO, Priscila. E. ; Menezes, Monique . Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. AGENDA POLITICA, v. 3, p. 12-42, 2015.

<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/01/28/Quais-as-dimens%C3%B5es-pol%C3%ADticas-da-crise-h%C3%ADdrica-do-Rio>. Data de acesso: 23/07/2020

<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/06/04/cheiro-e-gosto-ruins-na-agua-do-rj-nao-foram-causados-pela-geosmina-segundo-analises-da-ufRJ.ghtml> Data de acesso: 23/07/2020

Ranking do Saneamento - INSTITUTO TRATA BRASIL 2020. Relatório completo. http://www.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/ranking_2020/Relatorio_Ranking_Trata_Brasil_2020_Julho_.pdf. Data de acesso: 26-07-2020.

<https://vejario.abril.com.br/cidade/covid-19-favelas-cariocas-mais-mil-casos-infectados/>. Data de acesso: 26-07-2020.

<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/26/rj-tem-12835-mortes-e-156325-casos-confirmados-de-covid-19.ghtml>- Data de acesso: 27-07-2020.

<https://vejario.abril.com.br/coronavirus/coronavirus-witzel-mantem-restricoes-liberadas-crivella/>- Data de acesso: 27-07-2020

<https://diariodorio.com/apos-quase-dois-meses-rj-volta-a-apresentar-indicativo-de-altas-mortes-por-coronavirus/>- Data de acesso: 27-07-2020

<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/27/secretario-de-saude-do-rj-diz-que-deve-anunciar-o-fechamento-de-3-hospitais-de-campanha-essa-semana.ghtml>- Data de acesso: 27-07-2020

<https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2020-07-26/nao-irei-decepcionar-o-povo-do-rio-de-janeiro-afirma-o-governador-witzel.html>- Data de acesso: 27-07-2020

Novo coronavírus no Estado do Rio: <https://coronavirus.rj.gov.br/>- Data de acesso: 27-07-2020

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/iabas-diz-que-entrega-hospitais-de-campanha-no-rio-na-proxima-semana> - Data de acesso: 27-07-2020

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/inauguracao-dos-hospitais-de-campanha-do-rio-de-janeiro-e-adiada#>- Data de acesso: 27-07-2020

<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/07/26/rj-tem-12835-mortes-e-156325-casos-confirmados-de-covid-19.ghtml>- Data de acesso: 27-07-2020

<https://prefeitura.rio/saude/fase-5-entenda-o-que-muda-na-rotina-do-carioca-com-a-flexibilizacao/>- Data de acesso: 27-07-2020

-<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/10/29/relator-do-impeachment-de-witzel-entrega-parecer-sobre-processo-de-afastamento.ghtml>- Data de acesso: 30-10-2020

-<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/10/30/rj-tem-20565-mortes-e-309496-casos-de-covid-19.ghtml>- Data de acesso: 30-10-2020

GEOECONOMIA DA CELULOSE E PAPEL E A PANDEMIA EM MATO GROSSO DO SUL

Marcos Henrique Prudencio da Silva

Elaine Regina Prudencio Hipólito da Silva

Introdução

A questão regional brasileira é um ponto crucial para análise de políticas públicas e especialmente em questões sanitárias. Desde o início da pandemia provocada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) já se havia a ideia de que cada região do país seria afetada de uma forma diferente, tendo suas “Espanhas e Itálias”.

E nessa realidade a perspectiva regional é fundamental. Logo, é preciso compreender cada região segundo sua formação socioespacial, pois as especificidades se fazem presentes neste (SANTOS, 2012). Ainda neste contexto pandêmico.

Mato Grosso do Sul possui uma formação socioespacial voltada a produção de *commodities* agrícolas e minerais, voltadas ao mercado externo e que ganharam grande expansão durante os Governos Lula (2003-2010) e Dilma (2011-2016). Durante esta pandemia e dadas as medidas quarentenárias os fluxos destes produtos não se detiveram a ficar em casa.

Desta feita, este texto se propõe a pensar a realidade da ação do vírus em Mato Grosso do Sul junto à produção de *commodities*. O texto é dividido em duas partes, uma para discussão sobre o momento da disseminação do vírus pelo estado e a outra sobre como a produção agroindustrial da celulose e papel tem se portado durante a pandemia.

A pandemia em Mato Grosso do Sul

Pensar uma questão regional da pandemia é desafiador, por vários motivos, contudo o principal é a falta de dados, o Brasil é conhecido por ser um país que não testa as pessoas, portanto a ausência de informação sobre o real número de infectados é um pedregulho nos pés de qualquer pesquisador.

As tentativas do Governo Federal de nublar a transparência de dados ao diminuir o número de boletins informativos e retirar os dados acumulados prejudicam a visão da situação brasileira, implicando em consequências graves aos cientistas que desejam contribuir com análises sobre a pandemia. Acreditar num querer científico de apenas criticar as ações federais, como se houvesse uma torcida por parte dessa classe trabalhadora para erros na administração federal da pandemia é ingênuo e/ou leviano.

As esferas do poder de governança estatal não trabalham da mesma maneira apesar de cometerem erros parecidos. O governo de Mato Grosso do Sul até o momento realizou 98.830 testes segundo o site Coronavírus Brasil⁵².

Realizar a divisão simples entre o número de residentes, 2.778.986 milhões, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) e a quantidade de testagem chegamos a uma taxa de cobertura de apenas 3,55% da população.

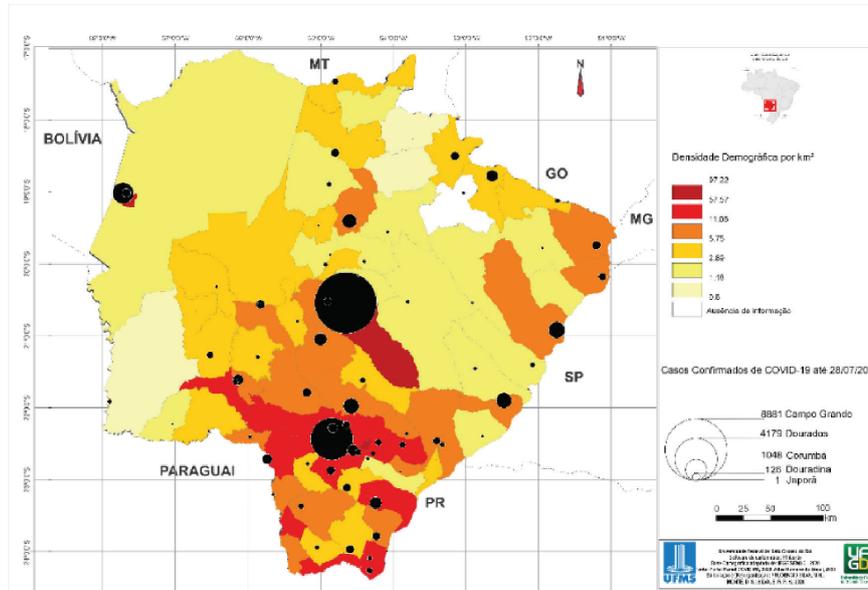
Atualmente, o número total de infectados é de 22.443. As taxas de ocupação global dos leitos de Unidades de Tratamento Intensivas (UTIs), até o dia 28 de julho de 2020, chegaram a 96% na macrorregião de Campo Grande (capital do estado), 63% na macrorregião de Dourados, 42% na macrorregião de Três Lagoas e 82% na macrorregião de Corumbá, as cidades citadas são o mais alto ponto da hierarquia urbana de cada macrorregião, e logo os maiores centros econômicos.

Os principais foco da pandemia estão localizados na capital e nas demais cidades supracitadas, como demonstra a Figura 1, sendo também possível ver a relação entre a densidade demográfica a quantidade de casos.

O novo coronavírus se espalha facilmente pelo contato direto e indireto, por isso existe uma ligação intrínseca entre a quantidade de pessoas por quilômetro quadrado e o número de casos. As cidades que apresentam grande números de casos possuem uma densidade populacional maior. Corumbá e Três Lagoas fogem à regra, devido ao tamanho territorial dos municípios.

⁵² Ver mais em <https://coronavirusbra1.github.io/>

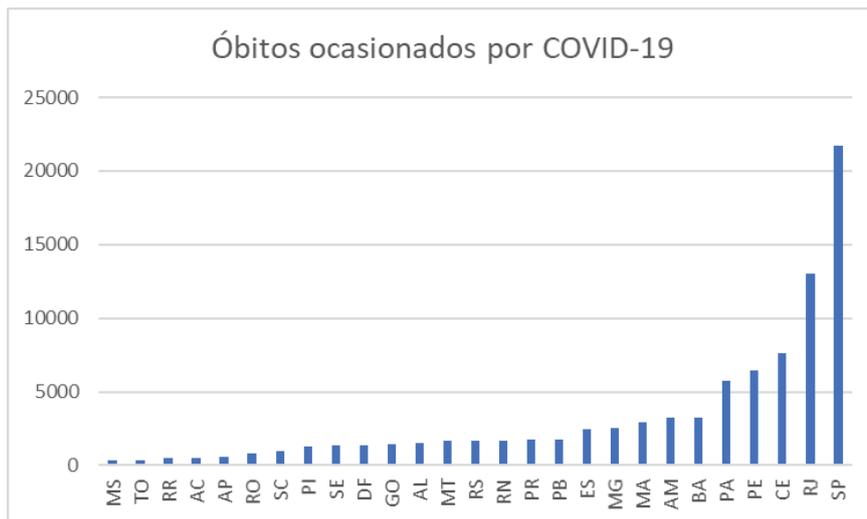
Figura 1- Densidade demográfica e casos confirmados de COVID-19



Org: PRUDENCIO SILVA, M. H.

Em número de óbitos ocorridas pela COVID-19, o estado de Mato Grosso do Sul é o último neste ranking, com 328 mortes ao todo⁵³.

Figura 2- Óbitos ocasionados por COVID-19.



Fonte: Coronavírus Brasil, 2020.Org. Prudencio Silva, M. H.

Da mesma forma que as quatro maiores cidades do estado, Campo Grande, Dourados, Corumbá e Três Lagoas lideraram no número de casos, elas são as quatro primeiras em óbitos, 106, 53, 13 e 11, respectivamente (MATO GROSSO DO SUL, 2020).

⁵³ Boletim Epidemiológico COVID-19 - 2020.07.28. <<https://www.vs.saude.ms.gov.br/boletim-coronavirus-covid-19-143/>> Acesso em: 28 de junho de 2020.

Mesmo com poucas mortes em relação a outros estados Mato Grosso do Sul apresenta a partir de junho uma alta no número de óbitos, como demonstrada o Figura 3.

Figura 3- Novos óbitos confirmados por dia (MS).

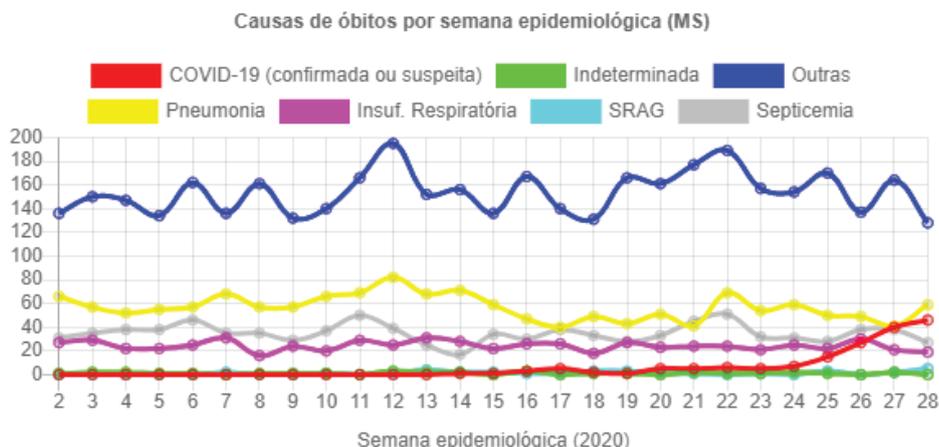


Fonte: SES-MS

Org: Brasil.IO, 2020

A COVID-19 já ocupada a segunda principal causa de morte no estado, segundo os dados de registro civil coletados pelo Brasil.IO. Na Figura 4 as demais causas ocupam o primeiro lugar em mortes, contudo a partir da vigésima quarta semana epidemiológica vemos o crescimento vertiginoso do número de mortes. Talvez, Mato Grosso do Sul esteja se aproximando do pico da doença e de óbitos.

Figura 4- Causas de óbitos por semana epidemiológica (MS).

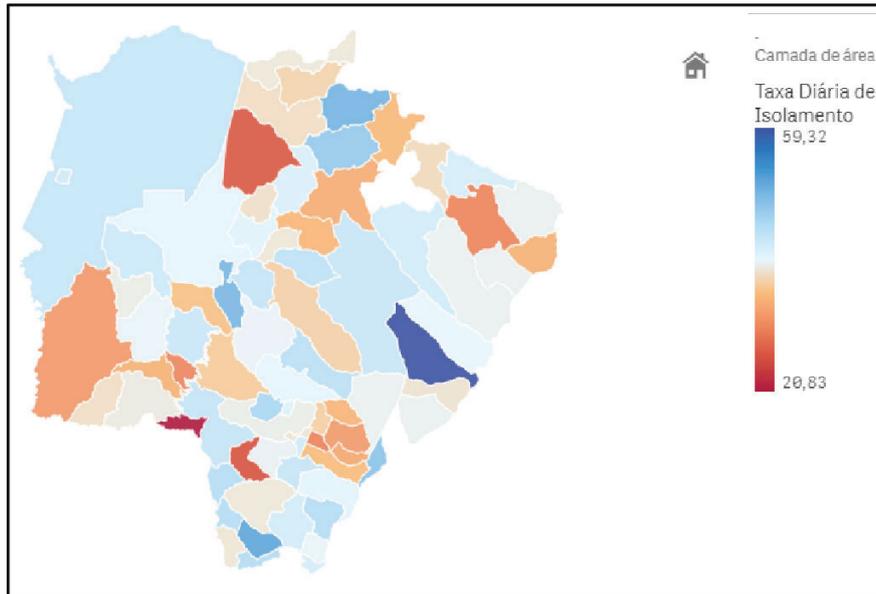


Fonte: Registro Civil, 2020

Org: Brasil.IO, 2020

Ao observarmos os dados de isolamento social no estado demonstrados na Figura 5, do dia 28 de junho de 2020, fornecidos pela base de dados do Governo Estadual, vemos que apenas o município de Santa Rita do Pardo, com 465 casos confirmados nesta data, está próximo ao limite máximo do isolamento (de Mato Grosso do Sul) que é de 59,32%.

Figura 5- Mapa de Isolamento social



Fonte e Org: Governo Estadual de Mato Grosso do Sul

Fazendo o exercício de olharmos a Figura 1 e 5, veremos a capital do estado, Campo Grande com um isolamento social próximo ao mínimo dos dados, fazendo jus aos mais de 8 mil casos confirmados de COVID-19. Em nenhuma parte do território estadual é feito o isolamento social de 70% recomendado pela Organização Mundial da Saúde, imaginar o pico da contaminação não é difícil, para que se realize é apenas uma questão de tempo.

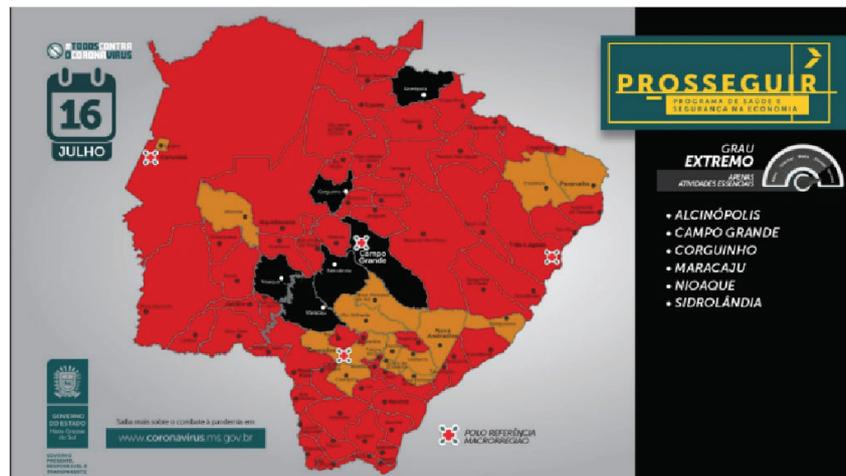
O Governo Estadual exercido pelo governador Reinaldo Azambuja (PSDB) instituiu Programa de Saúde e Segurança da Economia PROSSEGUIR (Decreto 15.462), segundo Monte, Prudencio Silva, e Silva (2020, sem paginação):

a implantação do Programa de Saúde e Segurança da Economia PROSSEGUIR (Decreto 15.462), que estabelece bandeiras de baixo, médio, alto e extremo risco para cada macrorregião de saúde do estado e institui a observância de protocolos especiais para o exercício de algumas atividades econômicas, a depender da situação da pandemia em cada macrorregião. O PROSSEGUIR busca subsidiar políticas públicas municipais e decisões sobre a adoção de medidas de restrição ou flexibilização do distanciamento social, com o potencial de articular melhor os governos estaduais e municipais na gestão da crise.

Os autores destacam a formulação do plano de reabertura do estado. Como já informado no início do texto, estabelecer um plano de reabertura sem dados é no mínimo complicado. A Figura 6 destaca o atual estágio do programa para as macrorregiões de saúde, nenhuma macrorregião possui nível abaixo do elencado por moderado.

Dos 79 municípios do estado, 14 (cor amarela) estão no nível moderado, 59 (cor vermelha) no alto e 6 (cor preta) no nível extremo. Tanto os municípios classificados como nível alto e extremo devem respeitar várias medidas de prevenção, mas destacamos aqui a seguinte: *Determinar que apenas os setores classificados como Essenciais e de baixo risco (conforme anexo) continue em funcionamento* (MATO GROSSO DO SUL, p.1, 2020). Ao compararmos os mapas fica elucidado que mesmo estando em classificação de nível alto e extremo devem existir muitos serviços não essenciais funcionando, pois a taxa do isolamento não é compatível com essa realidade.

Figura 6- Classificação de Mato Grosso do Sul, segundo o Programa Prosseguir



Fonte: Coronavírus Mato Grosso do Sul, 2020

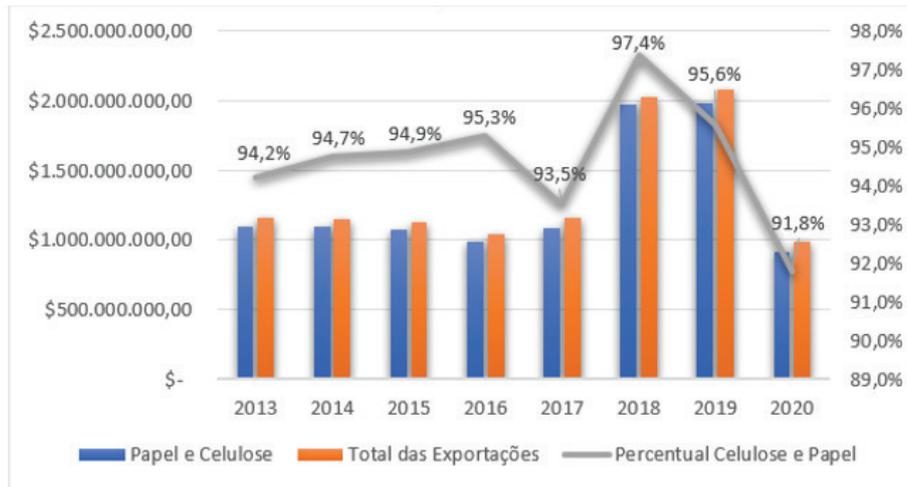
Produção econômica da celulose e papel e o vírus

Mato Grosso do Sul é um grande produtor de *commodities* agrícolas e minerais, o território do estado foi preparado para receber grandes fluxos financeiros para realizar a produção destas mercadorias. A pandemia do novo coronavírus parece não interferir da mesma forma neste setor do que no restante da sociedade, sendo assim, tentamos esboçar um quadro sobre essa situação, tendo como base o setor da celulose e papel devido a sua relevância no cenário mundial.

Olhando por exemplo os dados das exportações de celulose e papel produzidos no município de Três Lagoas, vemos que a partir de 2017 o volume de produção de celulose e papel praticamente dobraram. Agora, em 2020, no primeiro semestre os dados também apresentam que independentemente da pandemia causada pelo novo coronavírus, a

quantidade exportada pelas empresas Suzano e Eldorado está já com 50% em relação ao ano de 2019, ou seja, já venderam praticamente metade de um ano comum sem pandemia.

Figura 7- Exportação de celulose e papel de Três Lagoas/MS 2013-2020⁵⁴



Fonte: Ministério da Economia (ME), 2020
Elaboração: PRUDENCIO SILVA, M.H, 2020

Portanto, é claro e objetivo ver a força do capital frente as mazelas sociais, pois ainda em pleno curso da pandemia no Brasil, o setor da celulose e papel já exportou \$ 911 milhões, o que convertidos em reais (no valor do dólar R\$ 5,34 hoje, 14/07/2020) daria em torno de R\$ 4.866 bilhões. Em apenas um semestre de pandemia, com mais o segundo semestre a caminho é provável que o valor dobre.

Os setores produtivos do país e logo do Mato Grosso do Sul não vão parar por causa da pandemia, os fluxos econômicos e especialmente as *commodities* estão aumentando suas quantias exportadas, pretender que as grandes empresas parem por causa do vírus é irreal.

Lembrando dos graves problemas econômicos causados pelo vírus o Fundo Monetário Internacional⁵⁵ denominou essa crise de “*The Great Lockdown*” em paralelo a crise de 1929 chamada de a Grande Depressão. Mesmo assim, a crise atinge de forma bem desigual a sociedade, pois de acordo com estes dados as *commodities* não se detiveram a ficar em casa.

No início do segundo quarto do século XX a crise de 1929 foi causada pela superprodução, e a de agora pela super circulação da produção, pois o vírus viajou de acordo com os elementos de transportes disponíveis que trazem e levam mercadorias. Lembrando que como assevera Silveira (2011), mesmo quando um passageiro entra num meio de transporte, seja um ônibus, avião ou trem, ele se torna uma mercadoria a ser levada do ponto A ao ponto B.

⁵⁴ Os dados do ano de 2020 vão até o mês de junho.

⁵⁵ <https://www.theguardian.com/business/2020/jun/24/global-economy-will-take-12tn-hit-from-coronavirus-says-imf>

Essa mesma logística de transporte então não se deteve frente ao vírus e sim continuou seu caminho, ao expandir a escala geográfica a pauta exportadora brasileira até o momento é responsável por um valor de \$ 61.milhões⁵⁶, frente ao valor do ano passado (2019) no primeiro semestre onde o resultado foi de \$109.4 milhões⁵⁷, apresentando uma queda de 44% do total (MDIC, 2020).

Sendo o sistema capitalista desenvolvido de modo desigual em cada território conforme apontado por Harvey (2012), é possível identificar que a crise atual incide desigualmente por um mesmo país, não só na questão da saúde pública, mas também na forma da organização produtiva do capital. A realidade brasileira está com regiões que perdem e ganham neste cenário pandêmico, Benko e Lipietz (1994).

O território do Brasil é voltado para exportação de produtos com baixo valor agregado desde os primórdios de sua colonização, como já pontuado.

A continuidade deste processo, foi motivada pelos altos investimento em infraestrutura. Carvalho (2018), ao analisar as raízes do crescimento econômico brasileiro nos anos de 2006 a 2010, evidenciou o papel das infraestruturas no país, segundo a autora:

Há vasta evidência empírica de que os investimentos públicos têm grande capacidade de induzir investimentos privados, pois dinamizam o mercado interno e recuperam as expectativas das empresas sobre a demanda futura. [...] A razão é simples: esses investimentos induzem outros investimentos e geram emprego e renda no conjunto da economia, estimulando também um maior consumo das famílias (Idem, posição⁵⁸ 277 e 281).

Investir em infraestrutura aumenta o investimento de capitais estrangeiros e nacionais, durante o período analisado o país se beneficiou da alta dos preços das *commodities*, conhecido como superciclo de *commodities*, fenômeno impulsionador de economias baseadas nessa produção gerado pela alta demanda chinesa no mercado mundial.

Deste modo, o Estado brasileiro durante esse período privilegiou políticas industriais e de transportes para beneficiarem agroindústrias. A partir de política industriais conhecidas como *pic the winners*⁵⁹ o governo por meio do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) investiu, naquela ocasião, em setores elencados na PI como chaves para o abastecimento do mercado mundial de *commodities* (RIBEIRO SILVA, 2016).

No setor de transportes as políticas escolhidas para beneficiar o setor do agronegócio foram as Parcerias Públicos Privadas, além de investimentos diretos do BNDES para construção ou ampliação dos modais de transportes ligados ao setor vencedor, sobretudo as empresas escolhidas. No estado do Mato Grosso do Sul o Programa de Aceleração do

56 http://www.mdic.gov.br/balanca/bd/comexstat-bd/mun/EXP_2020_MUN.csv

57 http://www.mdic.gov.br/balanca/bd/comexstat-bd/mun/EXP_2019_MUN.csv

58 O livro lido é no formato de Kindle, e este não demarca as páginas e sim trabalha com posições.

59 “Escolha os vencedores” tradução livre.

Crescimento 2 (PAC-2), investiu R\$ 1.435.369.437,12, em obras de diversos modais (PRUDENCIO SILVA, 2015).

Como se vê o repertório estatal para se aproveitar da alta nos preços das *commodities* na cadeia produtiva global foi vasta e bem elaborada, aliada à outras políticas públicas de habitação, crédito e distribuição de renda a economia cresceu, segundo Carvalho em “*A Valsa brasileira*” (2018, posição 300-314):

A alta do preço das *commodities* e os três pilares de crescimento descritos acima – distribuição de renda, expansão do crédito e investimentos públicos – explicam a melhora no desempenho da economia brasileira em relação às duas décadas anteriores. O crescimento maior do PIB e de vários de seus componentes é acompanhado de inflação menor, dívida pública em queda, dívida externa também em queda e acúmulo expressivo de reservas internacionais. Quanto ao crescimento do PIB, diferentemente do que se costuma argumentar, o componente que mais cresceu não foi o consumo das famílias, e sim o investimento.

O pretendido pelo Governo Lula (2003-2011), funcionou, o país passou uma pujança econômica, se chegou a níveis de quase zero de desemprego e as reservas internacionais foram se acumulando. Contudo, a seletividade das políticas e logo a seletividade também dos fluxos por elas gerados desembocou em problemas futuros.

Segundo Ribeiro Silva (2019, p. 9):

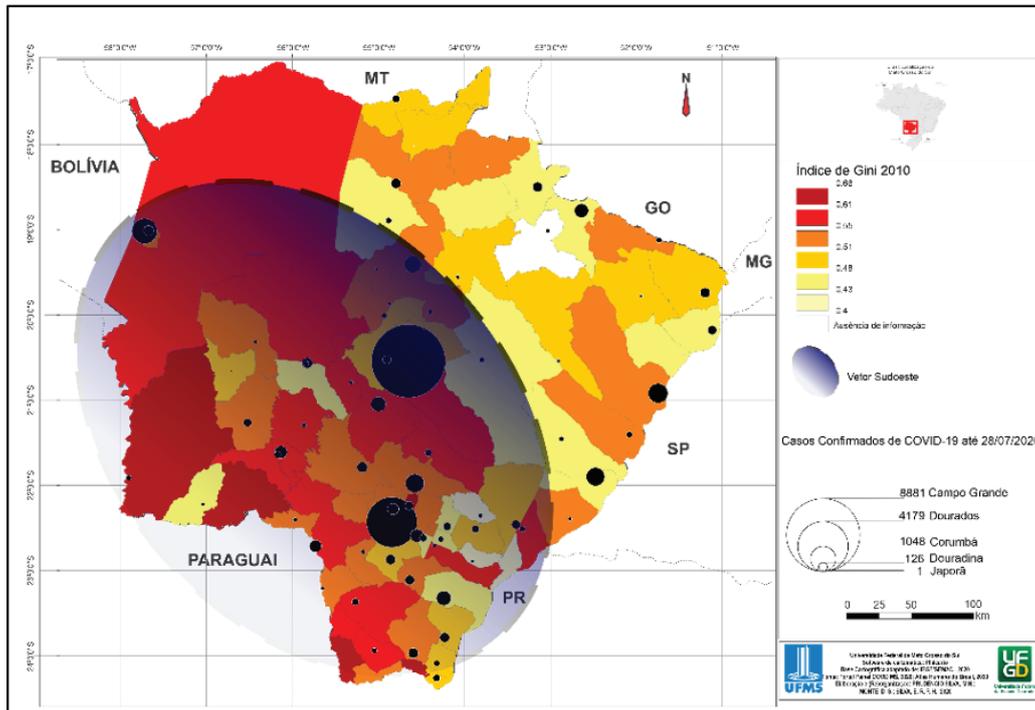
A supervalorização dos preços das *commodities* durante a primeira década do século XXI deu impulso para o desenvolvimento econômico e produtivo brasileiro. Entretanto, após a crise econômica de 2008 nos EUA, a consequente pulverização dos seus efeitos na escala global fez com que houvesse um arrefecimento dos índices de preços no mercado internacional, sobretudo a partir de 2011, fundamentando em parte, os baixos resultados da economia brasileira na segunda metade da década de 2010.

A crise posterior deste crescimento econômico se tornou um engodo para o Governo Dilma (2011-2016) e custou-lhe a presidência num processo de impeachment no mínimo duvidoso, a série de desonerações fiscais e diminuição de gastos sociais mergulhou o país em uma crise como dito pelo pesquisador na década de 2010.

Todavia, é importante lembrar que este mesmo processo gerador de riquezas seletivas para regiões do Brasil, não resolveu os problemas das desigualdades regionais. Mato Grosso do Sul, mesmo sendo o cerne da produção de celulose e papel no mundo, não viu suas desigualdades serem diminuídas por todo estado. Além disso, com a crise do novo coronavírus essas desigualdades se tornaram ainda mais visíveis.

Observando a Figura 8, é possível ver o cruzamento de dados de casos confirmados de COVID-19 com o índice de Gini, para avaliar se há uma correlação entre a desigualdade social e os casos da doença provocada pelo vírus (SARS-CoV-2).

Figura 8- Casos confirmados de COVID-19 em relação ao Índice de Gini. Fonte: SES/MS, 2020; IBGE, 2010.



Org.: PRUDENCIO SILVA, 2020.

A partir disto, é possível fazer a leitura de mais casos de COVID-19 com municípios mais desiguais, e estes estão localizados dentro deste quadro chamado até então de vetor Sudeste. Podemos levantar três teses no rastreamento da resposta às indagações que surgem com o mapa, a primeira que quanto maior a desigualdade socioeconômica menor o índice de empregos formais e logo a informalidade cresce, e o trabalhador informal não pode ficar em casa, precisa-se arriscar na busca do sustento.

A segunda tese para entender, isso é regional, como o Sul do estado está mais fragmentado territorialmente, contendo mais municípios e ali encontramos a cidade de Dourados/MS, a interação intraurbana pode ser maior, até mesmo pela boa ligação rodoviária e o destaque econômico que essa cidade possui. Além disso, Campo Grande não está distante, duas cidades de expressiva força em suas redes urbanas possuem certa força centrípeta para atrair a população de municípios vizinhos.

Ademais, a interação regional não é voltada para o Paraguai ou Bolívia, neste momento, pois as fronteiras com estes países estão fechadas, e a comunicação com o estado Paraná à Sudeste precisa ser averiguada.

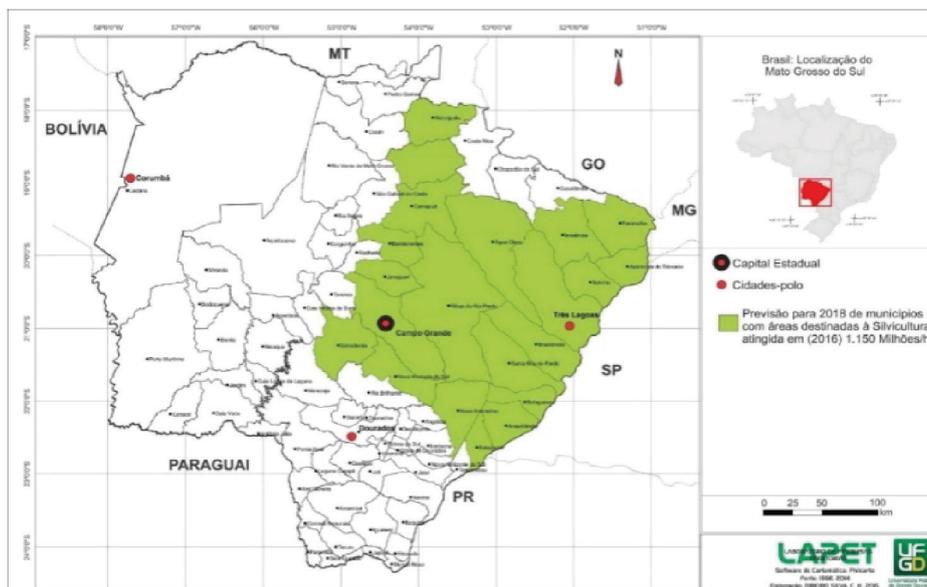
Porém, ao notarmos o outro lado deste vetor, vemos uma menor desigualdade pelo índice de Gini. Os principais polos econômicos estão mais voltados ao agronegócio, sendo Chapadão do Sul e Três Lagoas. Ambos municípios que possuem maior relação com o estado de São Paulo, e no momento, passa por medidas quarentenárias mais rígidas que o Mato Grosso do Sul.

E por fim, a terceira tese já levantada na seção anterior, onde os municípios com maior densidade demográfica também apresentam as maiores taxas de contaminação.

Não estamos aqui para elucidar a questão da dispersão do vírus ou para esgotar o assunto, faz-se necessário mais tempo e dados para apurar tais problemas.

Uma outra correlação que precisa ser explicada é entre a área de plantio de eucaliptais no Mato Grosso do Sul e a diferença da desigualdade (Ver Figura 9). A política keynesiana de investimento visa o efeito multiplicador da economia, sendo pelo Estado ou pelo capital privado é nítido que obras de infraestruturas e investimentos na forma de indústrias geram empregos e diminuem a informalidade, mas não podemos e nem vamos afirmar que isso está ocorrendo nesta área sem dados atuais para tal. Porém o questionamento é válido e precisa ser feito.

Figura 9- Municípios envolvidos com silvicultura em Mato Grosso do Sul – ano base 2018.



Sobre as medidas tomadas para aliviar os cenários de crise Carvalho (2020, p.19-20) aventa:

Vistas em conjunto, as medidas representam um estímulo importante, que contrasta com a postura pró-cíclica assumida pelo governo durante a recessão de 2015--6. As projeções da Instituição Fiscal Independente do Senado Federal sugerem que as medidas podem levar, ao lado da queda da arrecadação de impostos provocada pela própria crise, a um déficit primário

de 7% do PIB nas contas do governo federal. De uma hora para outra, o mito de que o Brasil estava quebrado e sem dinheiro se desfez a olho nu: o governo financiou seus gastos adicionais com maior endividamento público, colocando títulos da dívida no mercado para cobrir a diferença entre despesas e receitas, como aliás já vinha fazendo. (Grifo nosso)

O texto grifado destaca a constatação de que o Estado pode socorrer de forma mais forte a população que está fora dos eixos de produção das *commodities*. As transferências de renda, as linhas de créditos liberadas para empresas são exemplos dessas medidas e vai na contramão do Governo Bolsonaro (2018-atual) conhecido por suas medidas neoliberais.

Congregando está informação com os dados apresentados acima vemos a escolha dos vencedores. Os fluxos de *commodities* de celulose e papel podem continuar a fluir normalmente, mesmo em pandemia, e diga-se de passagem, talvez o setor seja até estimulado para isso, enquanto o socorro para atender a população não escolhida, parafraseando Ribeiro Silva (2016) os “perdedores”, fica em casa.

REFERÊNCIAS

BENKO, G. LIPIETZ, A. **As regiões ganhadoras: distritos e redes, os novos paradigmas da geografia econômica**. Oeiras/Celta, 1994.

CARVALHO, L. **Valsa brasileira**. São Paulo: Todavia, 2018.

Curto-circuito: O vírus e a volta do Estado. São Paulo: Todavia, 2020.

PRUDENCIO SILVA, M H. Geografia dos transportes e os setores produtivos de Mato Grosso do Sul (**Dissertação de Mestrado em Geografia**). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul: Três Lagoas, 2015. 139p.

RIBEIRO SILVA, C. H. Política Industrial Brasileira e a Industrialização de Mato Grosso do Sul no Século XXI. Tese (**Doutorado em Geografia**) UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados. 2016. 278p.

Grande demais para quebrar? Uma nota geoeconômica sobre a desindustrialização brasileira. Revista da ANPEGE, v. 12, p. 7-28, 2020.

SANTOS, M. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Edusp, 2012.

VULNERABILIDADE, OMISSÕES E RACISMO ESTRUTURAL: A PANDEMIA DA COVID-19 ENTRE OS POVOS INDÍGENAS DE TOCANTINS E MATO GROSSO DO SUL

Déborah Monte

André Demarchi

*As invasões não tiveram fim.
Nós estamos sendo invadidos agora.
(Ailton Krenak)*

Introdução

A pandemia do novo coronavírus coloca em evidência e intensifica problemas e desigualdades sociais, políticas e de acesso à saúde no Brasil, principalmente em relação aos povos indígenas, historicamente oprimidos pelo Estado brasileiro. O país é o segundo em número de casos e mortes causadas pela COVID-19, ficando atrás apenas dos Estados Unidos⁶⁰. Entre a população indígena, até o início de novembro, já são 38.343 casos confirmados, com 867 mortos e 161 povos afetados, segundo a APIB (Articulação dos Povos Indígenas do Brasil).

No Brasil, a pandemia se passa em uma crise político-federativa e institucional provocada, essencialmente, pela presidência da República. A crise político-federativa se evidencia pela desarticulação das políticas públicas de combate à doença, pelos ataques feitos pela presidência às ações de governadores e prefeitos que instituíram medidas de distanciamento social, pela demissão de dois ministros da Saúde e pela ausência, por mais de quatro meses, de um ministro titular para a pasta. A crise institucional, por sua vez, é caracterizada por ataques às instituições da democracia brasileira, com a recorrente participação do Presidente em manifestações que atacavam os Poderes Legislativo e Judiciário e que contrariavam as orientações de distanciamento social como medida de

⁶⁰ <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

contenção ao novo coronavírus. Além disso, nota-se a reverberação de discursos claramente anti-indígenas, que se refletem na inanição do governo federal frente ao crescimento da pandemia entre os povos indígenas, sendo coagido a agir somente quando pressionado pelo Judiciário.

Este trabalho compara a situação da pandemia da COVID-19 nas populações indígenas das regiões Norte e Centro-Oeste, tendo como estudos de caso as ações e omissões dos estados de Tocantins e Mato Grosso do Sul. O Norte e o Centro-Oeste são as regiões que possuem a maior concentração de população indígena residente em Terras Indígenas (IBGE, 2012). No entanto, apresentam piores condições sanitárias para tais populações, em comparação com as demais (COIMBRA *et al*, 2013, p. 10). Considerando as condições de vulnerabilidade e o racismo estrutural que são potencializados na pandemia, a análise aponta para ações de segregação tomadas pelo poder público e a intensificação das condições precárias de vida dos povos indígenas nas políticas de gestão da crise.

1. Desigualdades, vulnerabilidades e racismo estrutural

O cenário da pandemia em relação aos povos indígenas possui agravantes significativos. O Estado brasileiro, constituído sobre a conquista e a colonização das populações originárias (DUSSEL, 1993), garantiu, apenas no final da década de 1980, amplos direitos e garantias cidadãs aos indígenas. A Constituição de 1988 é, nesse sentido, um marco formal de inflexão nas políticas indigenistas do Estado brasileiro que substitui as diretrizes de tutela e integração pelos princípios de *autoidentificação, autonomia étnica e territorial* dos povos indígenas (BORGES, 2016).

A Constituição também consagrou inovações como universalidade do acesso à saúde e a unificação da assistência social, políticas públicas de grande relevância, mesmo que para muitos povos esse acesso seja precário ou nunca tenha saído do papel. Entende-se que as políticas públicas são ações do Estado e dos governos orientadas à solução de problemas (SOUZA, 2003) isto é: a face visível dos governos em suas ações e omissões. Sobre as políticas de saúde destinadas aos povos indígenas, a Constituição de 1988 marca

o reconhecimento por parte do Estado brasileiro dos direitos e das especificidades das populações indígenas no país, assim como sua inserção no bojo das reformas do sistema nacional de saúde, sob forma da criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena⁶¹, o que só aconteceu em 1999, com a criação dos Distritos Sanitários Especiais (DSEI) (CARDOSO, 2014, p. 861).

A pandemia escancara os problemas sociais ao unir e amplificar as desigualdades socioeconômicas à desigualdade de acesso à saúde. Classes e grupos minoritários e

⁶¹ Desde 2010, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi subordinado à Secretaria Especial de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde (CARDOSO, 2014, p. 862).

marginalizados compõem, majoritariamente, os serviços essenciais mantidos durante a pandemia, e residem em moradias menores e, geralmente, habitadas por várias gerações. Segundo Przeworski (2020, p. 1-2, tradução nossa), “é mais provável que as pessoas pobres sejam trabalhadores essenciais e morem em famílias maiores, que também são mais frequentemente multigeracionais”⁶².

Nos povos indígenas brasileiros, tais desigualdades são evidenciadas por maiores taxas de adoecimento e morte por doenças infecciosas e parasitárias (como malária, tuberculose e pneumonia), de subnutrição e de mortalidade infantil, em comparação à população não indígena (COIMBRA *et al*, 2013).

Ademais, a pandemia da COVID-19 aciona o alarme de incêndio: epidemias são, desde a colonização, fatores de extermínio e desorganização social e econômica das populações indígenas (RIBEIRO, 1956 *apud* BRITO, 2019), permeando seus imaginários e cosmologias sobre os (des)encontros com os “brancos” (KOPENAWA e ALBERT, 2015).

Nesse sentido, comunidades indígenas e tradicionais enfrentam maiores vulnerabilidades em relação às complicações e à mortalidade consequentes da pandemia da COVID-19, quando comparadas às demais populações.

As populações indígenas têm taxas mais altas de extrema pobreza, morbidade e mortalidade do que seus vizinhos [...]. Estas condições colocam povos indígenas em alto risco de complicações e morte por COVID-19. Infecções respiratórias são já uma importante fonte de morbidade e mortalidade em muitas populações indígenas em países de baixa renda. Como um forte indicador do que poderia potencialmente ocorrer, a pandemia de influenza H1N1 de 2009 resultou em 3 a 6 vezes maior mortalidade entre os povos indígenas do que entre populações não indígenas das Américas e do Pacífico (Kaplan *et al* 2020, p. 1727, tradução nossa)⁶³:

Tais vulnerabilidades se intensificam ainda mais quando se percebe o racismo estrutural (ALMEIDA, 2018) presente nos diversos setores da sociedade brasileira em relação aos povos indígenas. Almeida define racismo estrutural nos seguintes termos:

A tese central é que *racismo é sempre estrutural*, ou seja, de que ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. Em suma, o que procuramos demonstrar é que o racismo é a manifestação normal de uma sociedade, e não um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade. O racismo fornece o sentido, a lógica, e tecnologia para as

62 poor people are more likely to be essential workers and they live in larger households which also are more frequently multi-generational.

63 Indigenous populations have higher rates of extreme poverty, morbidity, and mortality than do their nonindigenous neighbours [...]. These conditions place indigenous people at high risk of complications and death from COVID-19. Respiratory infections are already a major source of morbidity and mortality in many indigenous populations in low-income countries. As a stark indicator of what could potentially occur, the H1N1 influenza pandemic of 2009 resulted in 3–6 times higher mortality among indigenous people than among non-indigenous populations of the Americas and Pacific.

formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea (2018, p. 15, grifo do autor).

Esse sentido e essa lógica é o que se percebe em diferentes ações dos governos federais, municipais e estaduais frente a pandemia que se alastrou entre povos indígenas. Entre os Yanomami e Wai Wai, o protocolo estabelecido pelos governos sem consulta aos povos originários como reza a Convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), da qual o Brasil é signatário, proibiram os parentes e mães de velarem e fazerem o luto por seus filhos, negando um direito essencial a esses povos e suas autonomias culturais garantidas na Constituição (ALBERT, 2020; APIB, 2020). Também entre os Yanomami, uma comitiva do governo federal composta por mais de vinte pessoas, dentre elas jornalistas, visitou uma aldeia sem seguir protocolos de segurança para a não transmissão de vírus, distribuindo medicamentos sem comprovação científica contra a COVID-19 e provocando aglomeração desnecessária⁶⁴. As mulheres dos militares envolvidos na ação reuniram mulheres Yanomami para maquiá-las e distribuíram brinquedos e roupas para crianças, colocando em risco os indígenas⁶⁵. No Tocantins, a prefeitura de Formoso do Araguaia proibiu os integrantes da população indígena Javaé de terem acesso a cidade, desrespeitando seu direito de ir e vir⁶⁶. Em Tocantínia, os indígenas Xerente contaminados foram obrigados a realizar a quarentena em locais precários, sem condições de higiene e saúde, como escolas⁶⁷. No Mato Grosso, moradores da cidade de General Carneiro difundiram áudios racistas contra os Xavante, que habitam aldeias em torno da cidade⁶⁸. Algo similar ocorreu em Dourados no Mato Grosso do Sul, quando uma comerciante local expôs fotos de indígenas sem autorização para criticar as medidas de proteção estabelecidas pela prefeitura⁶⁹. Em âmbito nacional, as lideranças da APIB afirmaram terem sido desrespeitadas por ministros e técnicos do governo federal durante reunião no gabinete de crise exigido pelo Superior Tribunal Federal para conter minimamente a pandemia entre os povos indígenas do país⁷⁰.

Esses são apenas alguns exemplos de como o racismo estrutural é, como afirma Almeida, um elemento que integra a sociedade brasileira, que a estrutura e a produz, por meio do silenciamento, esquecimento e morte de muitos outros povos que aqui vivem.

64 <https://apublica.org/2020/07/nao-somos-objeto-de-propaganda-do-governo-diz-lideranca-yanomami-sobre-acao-do-exercito-em-roraima/>

65 <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/07/17/militares-coronavirus-indigenas.htm>

66 <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/07/para-combater-covid-19-cidade-de-to-monta-barreira-racial-contra-indios.shtml>

67 <https://conexaoto.com.br/2020/07/08/xerentes-de-tocantinia-tambem-foram-contaminados-pelo-novo-coronavirus-19-casos-ja-foram-confirmados>

68 https://www.terra.com.br/noticias/brasil/isso-nao-e-gente-os-audios-com-ataques-a-indigenas-na-pandemia-que-se-tornaram-alvos-do-mpf,9e80277d9fd1c972207ce9fc2caa51ff1z0qne5v.html?utm_source=Whatsapp&utm_medium=SOCIAL

69 <https://www.progresso.com.br/sociedade/academia-e-alvo-de-criticas-apos-postar-foto-de-indigenas-sem/374262/>

70 <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/07/17/indigenas-dizem-ter-sido-atacados-pelo-governo-em-reuniao-sobre-coronavirus.ghtml>

Tais evidências e exemplos descortinam o completo despreparo dos diversos setores da sociedade brasileira em lidar com a diferença cultural e demonstra como os governos têm falhado ao apostar em projetos educacionais que não incluem, ou incluem de modo precário, o entendimento da alteridade, da diversidade e da possibilidade de convivência simétrica entre povos e culturas.

A pandemia da COVID-19 entre povos indígenas do Norte e do Centro-Oeste

A população indígena corresponde a 0,4% do total populacional brasileiro (IBGE, 2012). Considerando os demais países da América Latina, o Brasil possui uma das menores porcentagens de indígenas que, apesar de representar uma pequena parcela numérica da população total, é extremamente diversa em termos étnicos e linguísticos (COIMBRA *et al*, 2013).

Tabela 1. População indígena e distribuição percentual por localização do domicílio e condição de indígena (Censo Demográfico 2010).

| População indígena e distribuição percentual | | | | | |
|--|----------------|--------------------------|-----------------------|--|--------------------------|
| Grandes Regiões | Total | Localização do domicílio | | | |
| | | Terras indígenas | | | Fora de terras indígenas |
| | | Total | Condição de indígena | | |
| | | | Declaram-se indígenas | Não se declaravam, mas se consideram indígenas | |
| Brasil | 896 917 | 517 383 | 438 429 | 78 954 | 379 534 |
| Norte | 342 836 | 251 891 | 214 928 | 36 963 | 90 945 |
| Nordeste | 232 739 | 106 142 | 82 094 | 24 048 | 126 597 |
| Sudeste | 99 137 | 15 904 | 14 727 | 1 177 | 83 233 |
| Sul | 78 773 | 39 427 | 35 599 | 3 828 | 39 346 |
| Centro-Oeste | 143 432 | 104 019 | 91 081 | 12 938 | 39 413 |
| Brasil | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Norte | 38,2 | 48,7 | 49,0 | 46,8 | 24,0 |
| Nordeste | 25,9 | 20,5 | 18,7 | 30,5 | 33,4 |
| Sudeste | 11,1 | 3,1 | 3,4 | 1,5 | 21,9 |
| Sul | 8,8 | 7,6 | 8,1 | 4,8 | 10,4 |
| Centro-Oeste | 16,0 | 20,1 | 20,8 | 16,4 | 10,4 |

Fonte: IBGE, 2012.

As regiões Norte e Centro-Oeste concentram a maior população indígena residente em Terras ou Reservas Indígenas, 73,5% e 72,5%, respectivamente (IBGE, 2012). Tais regiões apresentam, também, condições sanitárias e de habitação mais precárias para tais

populações, em comparação com as regiões Sul, Sudeste e Nordeste (COIMBRA *et al*, 2013, p. 10). A Tabela 2 apresenta informações referentes ao total de residentes das habitações dos povos indígenas em contraste com a população em geral, por região do país. Os dados demonstram maiores médias de habitantes por domicílio de populações indígenas em todas as regiões. Esta variável dificulta o isolamento social domiciliar dos acometidos pela COVID-19 e potencializa sua transmissão para outros membros da família.

Tabela 2. Média de moradores por domicílio

| Característica | Todas as regiões | Região | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|-----------|------------|--------------|------------|-----------|------------|-------------|-------------|-----------|
| | | Norte | | Centro-Oeste | | Nordeste | | Sul/Sudeste | | Pop. ind. |
| | Pop. total | Pop. ind. | Pop. total | Pop. ind. | Pop. total | Pop. ind. | Pop. total | Pop. ind. | Pop. total | |
| Moradores por domicílios | 3,3 | 6 | 4,0 | 7 | 3,2 | 5 | 3,5 | 5 | 3,1/ 3,2 | 5 |

Fonte: os autores com dados do Censo Demográfico 2010 e do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena (2013).

Em relação às condições sanitárias, apenas 19,4% das famílias indígenas reportou ter acesso a instalações dentro de suas casas (banheiros), ao passo que 48,5% afirmou usar instalações fora das habitações (como latrinas) e 30,6% não ter nenhum tipo de estrutura sanitária. Na região Norte, apenas 1% das famílias possui banheiros/instalações dentro das habitações, e no Centro-Oeste, 10,0%. O acesso à água para consumo humano é feito, majoritariamente (55,2%), por fontes ou poços artesianos (87,5% na região Centro-Oeste), sem tratamento prévio.

Tabela 3. Condições sanitárias das habitações dos povos indígenas por região

| Característica | | Todas as regiões | Região | | | |
|--|--------------------------------------|------------------|--------|--------------|----------|-------------|
| | | | Norte | Centro-Oeste | Nordeste | Sul/Sudeste |
| Instalação Sanitária das habitações familiares | Instalações internas (ex. banheiros) | | 1,0% | 10,0% | 45,4% | 25,7% |
| | Instalações externas (ex. latrinas) | 49,5% | 58,2% | 71,2% | 29,5% | 38,1% |
| | Sem instalação interna ou externa | 30,6% | 40,4% | 18,6% | 23,9% | 35,9% |
| | Outras | 0,6% | 0,3% | 0,3% | 1,2% | 0,3% |

| | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Fonte predominante de água potável | Sistema municipal/ estadual | 9,4% | 0,2% | 0,1% | 28,6% | 8,6% |
| | Fonte ou poço artesiano | 55,2% | 36,7% | 87,5% | 40,4% | 78,4% |
| | Poço raso | 8,6% | 13,3% | 3,8% | 6,2% | 8,6% |
| | Rio, lago ou represa | 11,6% | 28,1% | 4,8% | 1,8% | 2,3% |
| | Outras | 15,3% | 22,1% | 3,8% | 23,6% | 2,0% |

Fonte: os autores com dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena (2013).

Segundo informação da Associação Nacional de Articulação dos Povos Indígenas (APIB, 2020)⁷¹, até o dia 30/10/2020, há 38.124 casos de COVID-19 entre indígenas, com 866 óbitos, e 151 povos afetados em todo o país. O primeiro caso entre indígenas aconteceu em 25 de março de 2020, no estado do Amazonas, entre o povo Kokama, que registra o maior número de casos e mortes até o momento.

Povos da região Norte são os mais afetados, sendo que todos os estados registram casos de COVID-19, com expressivos números de óbitos no Amazonas (209) e no Pará (89). No Centro-Oeste, apenas o estado de Goiás não reportou casos de COVID-19 em indígenas ao passo que no Mato Grosso, há 138 óbitos até o final de outubro de (APIB, 2020). Em ambas as regiões, 87 povos indígenas registraram óbitos pela COVID-19⁷² (APIB, 2020).

O Núcleo de Estudos de População ‘Elza Berquó’ – UNICAMP elaborou o Índice de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à COVID-19 (IVDIC) com o objetivo de informar e facilitar as ações de prevenção e gestão de impactos à pandemia instalada (AZEVEDO *et al*, 2020). O IVDIC considera as seguintes variáveis: 1) *Percentual de pessoas idosas*; 2) *Média de moradores por domicílio da Terra Indígena*; 3) *Existência de banheiro de uso exclusivo ou sanitário nos domicílios*; 4) *Rede de abastecimento de água nos domicílios*; 5) *Localização da Terra Indígena em relação aos municípios com disponibilidade de leitos em UTI*; e 6) *Estado da situação de regularização da Terra Indígena*. Este Índice varia entre 0 (menor vulnerabilidade) e 1 (maior vulnerabilidade) da terra indígena⁷³.

A análise indica que das 13 Terras Indígenas enquadradas em vulnerabilidade crítica pela COVID-19 (IVDIC > 0,5), 09 se localizam nas regiões Norte e Centro-Oeste. A vulnerabilidade em tais casos é causada, principalmente, pelas condições sanitárias precárias, pela indisponibilidade de água tratada, pela dificuldade de acesso aos leitos de UTI e pelas inseguranças territoriais dos povos indígenas (AZEVEDO *et al*, 2020).

⁷¹ “Os números de casos confirmados e casos de óbitos apresentados representam o total de dados informados pela SESAI e apurados pelo Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena”(APIB, 2020).

⁷² Até 27/10/2020 219 óbitos de indígenas de povos Sem Informação (SI) para o Norte e Centro-Oeste (APIB, 2020).

⁷³ 0,06 - 0,29 vulnerabilidade moderada; 0,3 - 0,39 vulnerabilidade alta; 0,4 - 0,49 vulnerabilidade intensa; > 0,5 vulnerabilidade crítica (AZEVEDO *et al*, 2020).

Considerando os dados gerais da pandemia em ambas as regiões e as condições de vulnerabilidade que perpassam o enfrentamento da pandemia pelos povos indígenas, a próxima seção explora particularidades dos estados de Tocantins e Mato Grosso do Sul.

2. Indígenas e COVID-19 em Tocantins e Mato Grosso do SUL

Mato Grosso do Sul possui população estimada de 2.778.986 de habitantes, e concentra a maior população indígena do Centro-Oeste (56%) (SESAI, 2020). Onze povos indígenas estão atualmente assentados em Mato Grosso do Sul: Terena, Kinikinau, Kaiowá e Guarani, Kadiwéu, Ofaié, Guató, Chamacoco, Ayoreo, Atikum e Camba (CHAMORO; COMBÉS, 2015, p. 20).

Mato Grosso do Sul se destaca por ser palco de violações sistemáticas dos direitos humanos dos povos indígenas com elevados números de homicídios, racismo e violência extrema (CHAMORO; COMBÉS, 2015, p. 19). A omissão do Estado brasileiro na demarcação de terras indígenas em Mato Grosso do Sul, em especial dos povos Kaiowá e Guarani, é fator que, somado às demais condições precárias de infraestrutura e acesso à saúde, agrava a violação sistemática dos direitos humanos e intensifica a vulnerabilidade ante à pandemia da COVID-19 (BERNARDI, 2020, p. 13).

Segundo a SESAI, até 29/10/2020 há 2629 casos de COVID-19 no DSEI de Mato Grosso do Sul⁷⁴. A APIB informa 87 mortes de indígenas pela COVID-19 no estado, afetando os povos Terena (56 óbitos)⁷⁵, Kaiowá e Guarani (2 óbitos) e Camba (1 óbito). Há 28 óbitos sem a confirmação sobre a etnia.

Grande parte dos indígenas Kaiowá e Guarani se concentra em municípios da região de Dourados, que possui a Reserva Indígena urbana mais populosa do país, e no Cone Sul do estado. Como apontado por Bernardi (2020, p. 16), a negação ao direito à terra agrava a vulnerabilidade à COVID-19:

Tanto na superpovoada Reserva Indígena de Dourados, com seus quase 20 mil moradores em uma área de apenas 3,5 mil hectares, quanto nos inúmeros acampamentos precários dos indígenas nas beiras das estradas e nas áreas de conflito pela terra com fazendeiros, a grande presença populacional de indígenas em pequenos e restritos espaços territoriais gera dificuldades extremas de implementação de medidas de distanciamento social. A maioria das comunidades sofre com a falta d'água nas aldeias urbanas e não-urbanas, o que impossibilita medidas efetivas de higiene pessoal. Nas comunidades em que há fontes de água como rios e riachos, sua contaminação por agrotóxicos dificulta também cuidados individuais e coletivos de limpeza, assim como a ausência de um sistema de coleta de lixo na Reserva de Dourados (BERNARDI, 2020b, p. 16).

⁷⁴ https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/mapaEp.php#abrirModal_id20

⁷⁵ O Conselho do Povo Terena afirma que havia, em 09/09/2020, 57 óbitos confirmados, número maior do que o divulgado pelas estatísticas oficiais.

A disseminação do novo coronavírus na Reserva Indígena de Dourados (RID) foi iniciada em maio de 2020 através da contaminação em frigoríficos do município em que mais de trinta indígenas trabalham. O vírus se espalhou com rapidez sendo que em apenas 48 horas, 10 casos entre indígenas foram reportados⁷⁶. Até 29/10/2020, havia 390 casos confirmados na RID⁷⁷. O Ministério Público do Trabalho aponta a existência de mais de mil casos entre os funcionários dos frigoríficos da cidade, o que levanta questionamentos sobre as condições de biossegurança para o trabalho em tais locais⁷⁸.

O enfrentamento ao novo coronavírus na Reserva Indígena de Dourados tem sido feito, majoritariamente, por ações unilaterais dos indígenas Kaiowá, Guarani e Terena, que instauraram barreiras sanitárias em suas aldeias e comunidades. Vale destacar que as demais barreiras da cidade de Dourados são operadas por agentes públicos de saúde e de segurança. Segundo Bernardi (2020, p. 13) esta situação evidencia o racismo institucional “[...] uma vez que os serviços de fiscalização e controle do fluxo de pessoas são denegados em razão das fronteiras étnicas e de discriminação racial que separam os indígenas dos não indígenas”.

O povo Terena é afetado com o maior número de óbitos entre os indígenas do estado. Segundo o Conselho do Povo Terena⁷⁹, há 321 casos confirmados e a maioria se concentra na Terra Indígena de Taunay-Ipegue, localizada próximo a Aquidauana, com 820 casos em 09/09/2020, números mais elevados do que os divulgados pela SESAI.

Diante da escassez de médicos, equipamentos de saúde e estrutura adequada para o tratamento dos casos, as Defensorias Públicas de Mato Grosso do Sul e da União solicitaram ajuda urgente ao Exército e aos Médicos sem Fronteiras para o envio de recursos humanos e materiais. Até meados de julho, havia apenas um médico responsável por atender mais de sete mil pessoas. Também na Terra Indígena de Taunay-Ipegue as barreiras e inspeções sanitárias foram feitas pelos próprios indígenas⁸⁰.

Ademais, a rápida contaminação das comunidades indígenas de Taunay-Ipegue pode estar relacionada à visita de membros do governo do estado e da Assembleia Legislativa à Terra Indígena. Em nota, diversas organizações indígenas e da sociedade civil pedem a abertura de inquérito na Polícia Federal e no Ministério Público Federal para investigar a responsabilidade dos agentes públicos na disseminação e contágio em massa do povo Terena em 2020⁸¹.

76 <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/noticia/206917>

77 <http://corona.dourados.ms.gov.br/app/templates/corona/informativo.php?info=284>

78 <http://www.prt24.mpt.mp.br/informe-se/noticias-do-mpt-ms/1146-procurador-jeferson-pereira-fala-ao-jornal-the-guardian-sobre-crescimento-de-casos-da-covid-19-em-frigorificos-de-ms>

79 <https://www.instagram.com/cons.terena/>

80 <https://www.campograndenews.com.br/cidades/interior/com-aldeias-em-colapso-defensoria-recorre-aos-medicos-sem-fronteiras>

81 https://cimi.org.br/2020/07/organizacoes-denunciam-governo-do-mato-grosso-do-sul-por-criar-condicoes-de-contaminacao-por-covid-19-entre-povo-terena/?fbclid=IwAR2euu_CBImb9NwWONFozTo1yeiHUS4LboUdfBZAhSTFCqBo6zHg9ZcU8BA

Mato Grosso do Sul é governado por Reinaldo Azambuja (PSDB) e o primeiro ato do Executivo estadual em atenção à pandemia foi emitido em 13 de março de 2020. Em busca no site do governo⁸² sobre as normativas lançadas sobre a COVID-19, há uma significativa omissão em relação aos povos indígenas. Na análise dos atos⁸³, foram encontradas apenas duas ações específicas destinadas a esta população: a Resolução Normativa SEDHAST/MS nº 217, que diz respeito à suspensão dos prazos de inscrição para o Programa Vale Universidade Indígena, e a Resolução n.45/SES/MS, que estabelece novos critérios de financiamento para Agentes de Saúde Indígena durante a pandemia do novo coronavírus. Entende-se que tais medidas são insuficientes para a solução das vulnerabilidades dos povos indígenas do estado frente às implicações da COVID-19.

O Tocantins possui uma população de 1.572.866, constando 1.383.445 no censo do IBGE de 2010. Em relação aos povos indígenas, atualmente, doze deles habitam terras no estado: Karajá, Javaé, Xambioá, Ava-Canoeiro, Krahô, Krahô-Kanela, Krahô da aldeia Takaywrá, Xerente, Apinajé, Fulni-ô e Pankararu, além de povos de outros estados que habitam o Tocantins.

Esses povos vivem cercados em seus territórios, demarcados ou não, por empreendimentos do agronegócio, como extensas plantações de soja e cana que impactam diretamente na natureza ao redor das terras indígenas. Aqui é preciso destacar o papel colonizador do estado brasileiro ao incentivar tais empreendimentos no entorno das terras indígenas por meio do Projeto MATOPIBA que avança sobre o que ainda resta do cerrado brasileiro. Essa situação de pressão fundiária também impacta na forma como as populações indígenas enfrentam a pandemia em seus territórios, já anteriormente vulnerabilizados.

Não por acaso, a chegada do vírus nas Terras Indígenas presentes no Estado, alcançou primeiramente o território Javaé, profundamente impactado pelo agronegócio na ilha do Bananal, onde produtores rurais retiram, ilegalmente, água dos rios da região para irrigar suas plantações de arroz⁸⁴. Assim, entre os Javaé, em 07/07 já havia 65 casos confirmados. No dia 13 do mesmo mês foram constatados 103 casos a mais, chegando ao total de 168 indígenas desse povo contaminados pela doença. No dia 29/07, esse número praticamente dobrou, atingindo 310 indígenas, alcançando até o fim de outubro o total de 397 casos e levando a óbito seis pessoas, dentre elas o cacique Juraci Wasari Javaé.

Também entre os Xerente, cercados por plantações de soja e cana, a pandemia se alastrou rapidamente: 184 casos confirmados e três óbitos, dentre eles o do ancião João Sôzé, uma referência nos conhecimentos tradicionais desse povo. No mês de agosto a pandemia avançou também entre os Krahô, que haviam conseguido manter o vírus longe de suas terras por meio de barreiras sanitárias autônomas. Entretanto, já contam com 264 casos. No total

82 https://www.coronavirus.ms.gov.br/?page_id=281. Buscas realizadas nos dias 28/04/2020 e 28/07/2020, em relação ao período entre 23/03/2020 e 20/07/2020.

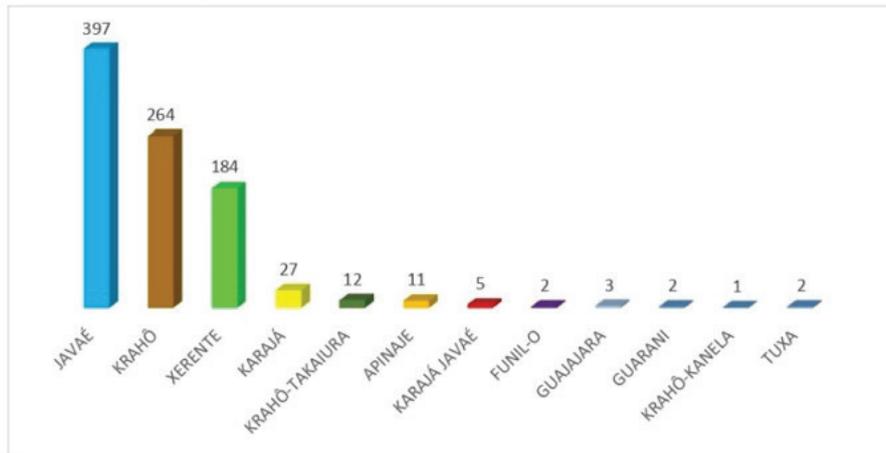
83 Pesquisa lexical no MAXQDA- termo “indígena”.

84 <http://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2016/07/produtores-descumprem-acordo-para-desligar-bombas-e-rios-secam-no.html>

já são 910 casos de COVID-19 confirmados entre os povos indígenas do Estado, totalizando 10 mortes, como se pode ver no quadro abaixo:

Imagem 1. Casos de COVID-19 entre povos indígenas de Tocantins.

DISTRIBUIÇÃO DE CASOS CONFIRMADO POR ETNIA



Fonte: Planilhas PBIS/2020

Fonte: SESAI, 2020.

Além de ter que lidar com a pandemia em suas aldeias, os indígenas têm denunciado casos de racismo por parte das prefeituras e secretarias municipais de saúde, além de certa ineficiência do Ministério Público em investigar as situações denunciadas. Na cidade de Formoso do Araguaia que faz divisa com as aldeias Javaé, a secretaria de saúde tomou a medida problemática de criar uma “barreira racial” impedindo a circulação de indígenas pela cidade. Além disso, áudios de médicos do hospital da cidade foram publicados na imprensa demonstrando a total falta de estrutura hospitalar para lidar com a pandemia das aldeias⁸⁵. Na cidade de Tocantínia que faz fronteira com o território Xerente, lideranças denunciaram que indígenas contaminados foram colocados em isolamento em escolas da cidade, sem condições de recebê-los adequadamente, bem como práticas de racismo por parte da população não indígena⁸⁶. Esses exemplos demonstram a dificuldade das prefeituras e do poder público em lidar com a diferença cultural, evidenciando tensões históricas entre as populações indígenas e não indígenas nas cidades que circundam os territórios dos povos originários.

As ações do governo estadual em relação aos povos indígenas, assim como em Mato Grosso do Sul, são praticamente nulas. No site do governo do estado não encontramos

85 <https://www.jornaldotocantins.com.br/editorias/vida-urbana/m%C3%A9dicos-relatam-dilema-para-escolher-qual-ind%C3%ADgena-atender-em-formoso-vai-morrer-gente-na-porta-1.2083046>

86 <https://gazetadocerrado.com.br/liderancas-repudiam-atitudes-preconceituosas-com-indigenas-recuperados-da-covid-noticias-do-tocantins/>

nenhuma normativa específica para os povos indígenas assinada pelo governador Mauro Carlesse (DEM), conhecido por fazer parte do grupo de políticos denominados “ruralistas”.

Por conta dessa ação inócua do governo do estado, os povos indígenas têm atuado de modo autônomo no combate a pandemia, se auto-organizando e contando com o apoio de entidades independentes como o CIMI (Conselho Indígena Missionário), o NEAI (Núcleo de Assuntos Indígenas do Tocantins) ligado a UFT (Universidade Federal do Tocantins), bem como as associações indígenas que os representam, como a CONJABA (Conselho das Organizações Indígenas do povo Javaé da Ilha do Bananal), a PEMPXÀ (Associação União da Aldeias Apinajé), a POINKK (Associação do Povo Indígena Krahô-Kanela), a Associação Wyty Catë dos Povos Timbira do Maranhão e Tocantins, e a Mobilização das Mulheres Akwe-Xerente.

Em ações conjuntas com essas entidades, os povos indígenas têm cobrado o Ministério Público Federal para que faça valer a Constituição, exigindo que as diferentes esferas dos governos ofereçam atendimento adequado aos povos indígenas, preservando suas diferenças culturais. Essa pressão surtiu efeito e no dia 18/06 o MPF ajuizou uma ação civil pública para obrigar a Funai e a União a garantir medidas efetivas de prevenção e combate ao coronavírus na área da Ilha do Bananal. As ações agora se voltam para que essa ação civil seja estendida às outras Terras Indígenas do estado, sobretudo as Terras Indígenas Xerente que estão em situação alarmante.

Considerações finais

As desigualdades socioeconômicas, a marginalização e o desrespeito aos direitos humanos, sociais e territoriais dos povos indígenas têm se traduzido em maiores vulnerabilidades à COVID-19.

O presidente Bolsonaro, cujo governo é internacionalmente criticado pela gestão da pandemia⁸⁷, estabeleceu-se como liderança política através de discursos de ataques aos povos indígenas e às garantias constitucionais dos mesmos afirmando, entre outras coisas, que “*no que depender de mim, não tem mais demarcação de terra indígena*”⁸⁸. A gestão da crise amplificou os debates sobre o *genocídio* dos povos indígenas no Brasil, termo que tem sido utilizado para caracterizar as ações e omissões do Executivo federal.

Em julho de 2020, o Presidente vetou trechos da Lei 14.021, elaborada para evitar a disseminação do novo coronavírus em terras indígenas (VENTURA *et al*, 2020). Entre os dispositivos vetados constam o acesso universal a água potável, a distribuição de materiais

87 https://www.washingtonpost.com/opinions/global-opinions/jair-bolsonaro-risks-lives-by-minimizing-the-coronavirus-pandemic/2020/04/13/6356a9be-7da6-11ea-9040-68981f488eed_story.html

88 Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/11/no-que-depender-de-mim-nao-tem-mais-demarcacao-de-terra-indigena-diz-bolsonaro-a-tv.shtml>

de higiene e a disponibilização de novos leitos de UTI⁸⁹ todos fatores que contribuíram para a redução das vulnerabilidades.

Apesar das desigualdades, das omissões governamentais e do racismo estrutural e institucional que perpassam os povos indígenas brasileiros, suas vivências e práticas garantem atributos de resiliência que podem alavancar esforços de prevenção à doença como: a identificação e o mapeamento dos casos confirmados, o isolamento coordenado dos afetados e a identificação e testagem daqueles que tiveram contato com os casos confirmados (Kaplan *et al*, 2020). Nesse sentido, a mobilização dos povos Kaiowá, Guarani e Terena em Mato Grosso do Sul e dos Krahô, Apinajé e Karajá em Tocantins com ações coordenadas de contenção da pandemia é um exemplo a ser seguido.

Contudo, é temerário que mais uma vez os povos indígenas desses dois estados sejam relegados a própria sorte. Essa postura dos governos, em suas três instâncias, demonstra como o racismo estrutural está entranhado na gestão pública brasileira, fomentando, muitas vezes, uma lógica genocida que incide sobre a volumosa diversidade cultural indígena que tanto deveria orgulhar os habitantes dessa terra chamada Brasil.

REFERÊNCIAS

ALBERT, Bruce. Yanomami: mortos sem sepultura. *Pandemia crítica*. São Paulo: N-1 edições, 2020.

ALMEIDA, Silvio. *O que é racismo estrutural?* São Paulo: Sueli Carneiro, Polen, 2018.

APIB. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. Emergência Indígena. Dados COVID-19. Disponível em: http://emergenciaindigena.apib.info/dados_covid19/. Acesso em: 28 jul. 2020.

AZEVEDO, MARTA *et al*. Análise de Vulnerabilidade Demográfica e Infraestrutural das Terras Indígenas à Covid-19. *Caderno de insumos*. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/04/caderno-demografia-indigena.pdf> Acesso em 20 de julho de 2020.

BERNARDI. Bruno Boti. Covid-10 e os povos indígenas Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul. IN: Mortos e mortes da Covid-19: saberes, instituições e regulação (CAAF/Unifesp). Vol. 1, número especial, 2020. Disponível em: https://www.unifesp.br/reitoria/caaf/boletim-caaf-unifesp/158-boletim-caaf-unifesp?fbclid=IwARoXdPY8yq8Lz_9HA_7TGw-3TE9vzsyol7668dkI_4Ojo_-F5lYN4NOdCFw Acesso em 1 jul. 2020.

BERNARDI. Bruno Boti. Pandemia e racismo institucional: a situação dos povos Kaiowá

⁸⁹ <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/07/08/bolsonaro-sanciona-com-vetos-lei-para-protoger-indigenas-durante-pandemia>.

e Guarani. IN: *Direitos na pandemia. Mapeamento e análise das normas jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil*. Boletim n. 2. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacoes/download/boletim-direitos-na-pandemia-no-2?fbclid=IwAR11OMOXvH032mHx9DhEVyKK8YMEk2l7i2l9381Pkn-LdbKQcmbdAtrA4dM> . Acesso em 26 jul. 2020.

BORGES, Júlio César. “A sociedade brasileira nos fez pobres”: assistência social e autonomia étnica dos povos indígenas. O caso de Dourados, Mato Grosso do Sul. *Horizontes Antropológicos*, vol 22, n. 26, 2016, p. 303=328.

BRITO, Carolina Arouca Gomes de. “Convívio e Contaminação”: uma análise socio-histórica sobre epidemias, demografia e povos indígenas na obra de Darcy Ribeiro. IN: SANTOS, R.V., GUIMARÃES, B.N., CAMPOS, M.B., AZEVEDO, M.M.A., (comps). *Entre Demografia e Antropologia: povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, 264 p.

CARDOSO, Marina Denise. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cad. Saúde Pública*, vol. 30, n/4, 2014, p. 860-866.

CHAMORO, Graciela; COMBÉS, Isabelle. *Povos indígenas em Mato Grosso do Sul: história, cultura e transformações sociais*. Dourados: Ed. UFGD, 2015, 934p

COIMBRA, Carlos E. A. *Et al.* The First National Survey of Indigenous People’s Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, vol 13. n. 52, 2013.

DUSSEL, E. *O encobrimento da América: a origem do mito da modernidade*. Petrópolis: Vozes, 1993.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: Características Gerais dos Indígenas. Resultados do Universo*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012.

KAPLAN, Hillard S. *Et al.* Voluntary collective isolation as a best response to COVID-19 for indigenous populations? A case study and protocol from the Bolivian Amazon. *Public Health*, vol. 395, n. 10238, 2020, p. 1727-1734.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. *A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami*. São Paulo: Cia das Letras, 2015.

PRZEWORSKI, Adam. *Life in the Times of COVID19 (6): Inequality*. Disponível em: <https://sites.google.com/a/nyu.edu/adam-przeworski/home/personal> . Acesso em 25 jun. 2020.

SESAI. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: <http://www.secid.ms.gov.br/comunidades-indigenas-2/> . Acesso em: 29 de abr. de 2020.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, Dec. 2006.

VENTURA, Deisy *et al.* Genocídio dos povos indígenas. IN: *Direitos na pandemia. Mapeamento e análise das normas jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil*. Boletim n. 2. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacoes/download/boletim-direitos-na-pandemia-no-2?fbclid=IwAR11OMOxvHo32mHx9DhEVyKK8YMEk2l7i2l9381Pkn-LdbKQcmbdAtrA4dM> . Acesso em 26 jul 2020.

INTERIORIZAÇÃO DA PANDEMIA E SISTEMA DE SAÚDE NA REGIÃO NORTE

Bruno de Castro Rubiatti

Introdução

O Brasil adota um sistema federativo que se caracteriza por uma centralização da capacidade decisória – centralização jurisdicional – e concentração de recursos no âmbito da União. Combinado com isso, há uma descentralização na implementação e administração das políticas sociais (Soares e Machado, 2018). Esse tipo de arranjo exige uma coordenação das políticas sociais entre os diferentes níveis da federação. Desde o início da pandemia do coronavírus (SARS-CoV-2) essa coordenação tem falhado no nível federal: constantes trocas de ministros na pasta da saúde (até o momento três nomes ocuparam a pasta), atraso no repasse de recursos, posição conflitiva do presidente Jair Bolsonaro frente às ações adotadas por diversos governadores – em especial a adoção de medidas de isolamento social –, politização do uso de medicamentos, minimização da gravidade da pandemia, negacionismo e constante ataques aos organismos científicos e órgãos de saúde nacionais e internacionais dificultam a execução de políticas efetivas de combate à pandemia.

Com essa falta de coordenação, a pandemia avança no país: no momento em que esse capítulo foi escrito, o Brasil já ultrapassava 90 mil mortos. Esse avanço coloca novos desafios. O principal deles se refere a interiorização. Já em abril, a Fiocruz (2020) lança uma nota técnica apontando a tendência de interiorização da Covid-19, com o aumento do número de municípios com menos de 100 mil habitantes que já registravam casos confirmados.

Esse fato traz uma nova questão a ser respondida: qual a capacidade que o sistema de saúde instalado no interior teria para responder ao aumento da demanda gerada por uma situação de pandemia? Como estão distribuídos os leitos hospitalares nos interiores? Há leitos de UTI específicos para tratamento de pacientes diagnosticados como casos graves de Covid-19? Esse capítulo busca responder essas perguntas a partir de um levantamento sobre essa distribuição da capacidade instalada nos estados da região norte do país.

A região norte ganha destaque para essa análise por dois fatores principais: i) duas capitais da região foram centros da pandemia: Manaus, que apresentou falência do sistema de

saúde e funerário, e Belém, que apresentou grande concentração de casos e alta transmissão do coronavírus; ii) há uma fragilidade no sistema de saúde da região – por exemplo, no senso médico de 2018, a região norte é a que apresenta a menor densidade de médicos por habitantes e apenas 4,6% dos médicos do país (Sheffer, 2018).

Para responder as perguntas antes formuladas, esse capítulo se divide em duas partes, além dessa introdução e considerações finais. Na primeira parte será apontada a situação da pandemia na região norte, destacando a diminuição da concentração de casos nas capitais e consequente crescimento nas cidades do interior. Nela também se mostrará a incidência do novo coronavírus nas cidades por faixa populacional, destacando os casos dos menores municípios (até 50 mil habitantes).

Na segunda parte, discutiremos a organização do sistema de saúde nos estados da região e os aparelhos de saúde instalados nas diferentes Regiões de Saúde. A partir dos dados levantados no DATASUS, é possível notar a fragilidade do sistema saúde nas diversas regiões, em especial no que tange aos leitos complementares e as UTIs específicas para o tratamento da Covid-19.

A pandemia avança para o Interior

A Região Norte compreende sete dos 26 estados⁹⁰ do Brasil: Acre, Amapá, Amazonas, Pará Rondônia, Roraima e Tocantins, ocupando uma área de 3.869.639 km², sendo a maior das cinco grandes regiões do país. Todavia, essa grande extensão territorial não se relaciona com o seu tamanho populacional: segundo os dados do Censo 2010 (IBGE,²¹⁰), a região norte possui 8,3% da população nacional – só superando a região centro-oeste, que tem 7,4% da população. Cabe notar que toda a região norte está na Amazônia Legal.

O primeiro caso de Covid-19 na região data de 13 de março, no estado do Amazonas, porém o acumulado de casos já ultrapassa a marca dos 390 mil casos⁹¹. Em todos os estados, os primeiros casos confirmados foram nas capitais. Cabe aqui notar que na região, as capitais concentram grande parte da população dos estados – sendo sempre a maior cidade do estado e em alguns casos concentrando mais da metade de seus habitantes: 46,2% em Rio Branco (AC), 59,5% para Macapá (AP), 52,7% em Manaus (AM), 17,3% para Belém (PA), 29,8% em Porto Velho (RO), 65,9% para Boa Vista (RR) e 19,0% em Palmas (TO).

A figura 1 mostra a participação das capitais no total de casos dos estados da região. Em todos eles se observa uma queda na concentração de casos nas capitais com o avançar da pandemia, isto é, há um aumento de casos nas cidades do interior.

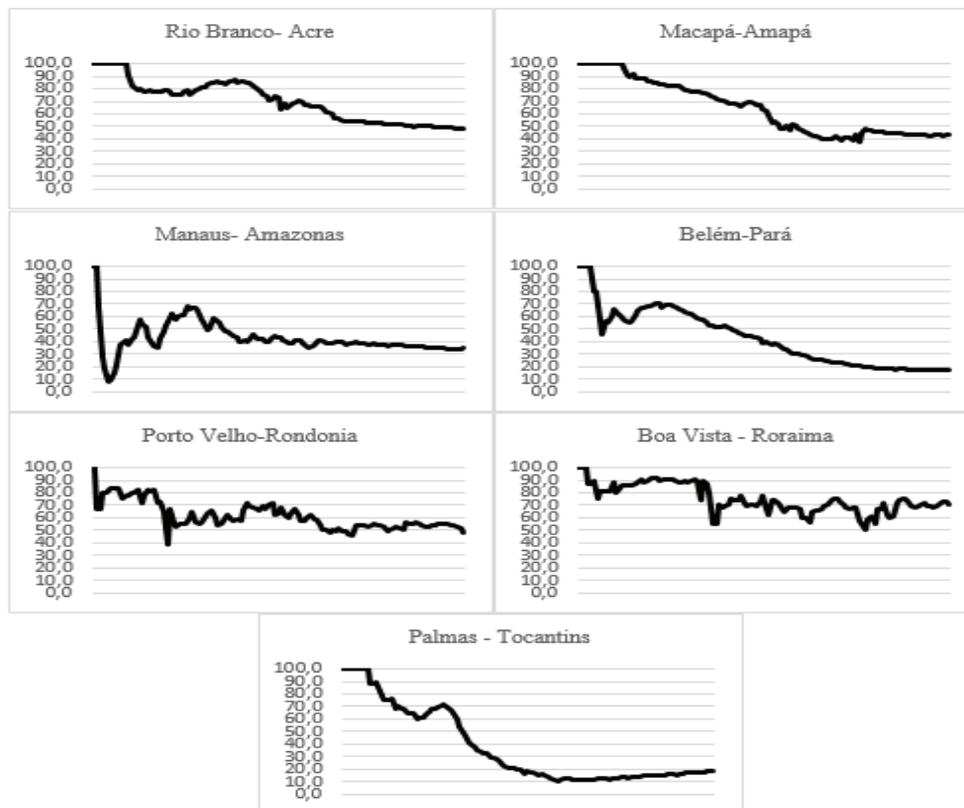
Em 21 de julho de 2020 apenas duas capitais da região ainda concentravam mais de 50% dos casos confirmados: Porto velho e Boa Vista. Na sequência, Rio Branco e Macapá também concentram números perto de 50% (48,1 e 43,6% respectivamente).

⁹⁰ Somados a esses 26 estados, temos o Distrito federal como unidade federativa.

⁹¹ Informação atualizada no dia 29/07/2020 no MonitoraCovid-19, da Fiocruz (<https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>)

Mesmo que a tendência geral seja de queda, a figura 1 deixa clara que isso varia de estado para estado. Belém e Manaus mostram uma queda e estabilização na sua participação; Palmas também mostra uma queda, porém com um leve crescimento no final do período analisado. Cabe aqui notar que Palmas é a única capital da região a não ocupar a primeira posição no número de casos no estado – a cidade com maior número de casos, e mortes, em Tocantins é Araguaína. Porto Velho e Boa Vista mostram uma trajetória menos contínua, com crescimentos e quedas durante o período. Por fim, Rio Branco e Macapá apresentam também uma queda, porém menos acentuada, se mantendo próximo a metade dos casos.

Figura 1 – Evolução da participação das capitais no total de casos por estado da região norte



Fonte: Elaborado a partir dos dados do MonitoraCovid-FIOCRUZ

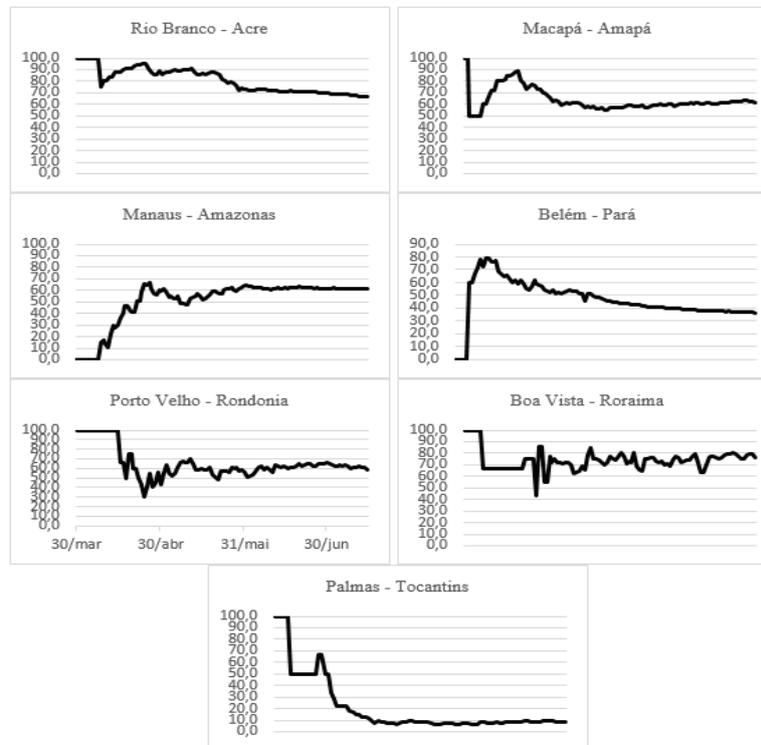
<<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>> (última consulta: 26/07/2020)

Já sobre os óbitos, observa-se outra situação: apenas Belém e Palmas concentravam menos da metade dos óbitos (36,6 e 9,4% respectivamente). As outras cinco capitais concentram mais de 60% dos óbitos por Covid-19, sendo que Boa Vista o caso com maior concentração, concentrando 80% dos óbitos. Dessa forma, os óbitos registrados ainda se concentram nas capitais na maioria dos estados da região.

A figura 2 mostra a trajetória na participação das capitais no total de óbitos dos estados. Nela também se observa uma variação nos casos. Por um lado, temos novamente Palmas e

Belém apresentando em um primeiro momento um crescimento seguido de queda – mais acentuada em Palmas. De forma semelhante, Rio Branco e Macapá também apresentam, porém se mantendo acima dos 50%. Manaus mostra um crescimento inicial, seguido de queda e estabilização em torno de 60%. Por fim, Porto Velho e Boa Vista mostram maiores instabilidades na participação no total de óbitos de seus estados

Figura 2 –Evolução da participação das capitais no total de óbitos por estado da região norte



Fonte: Elaborado a partir dos dados do MonitoraCovid-FIOCRUZ

<<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>> (última consulta: 26/07/2020)

Esses dados nos indicam que houve uma interiorização do coronavírus na região, já que a diminuição da participação das capitais no total de casos dos estados é resultado de um aumento no número de casos nas outras cidades. Ao tratar do caso do Acre, Silva (2020b) aponta que “o contágio regional segue o padrão de interiorização para os municípios menos estruturados, enquanto a capital, Rio Branco, epicentro da doença, começa a entrar em rota de flexibilização”. Sobre o Amazonas, Leite (2020) afirma que “a quantidade de contaminados do interior supera a da capital. Estatísticas dão conta que a mudança geográfica do vírus pode acentuar ainda mais as contradições e fragilidades da infraestrutura de saúde pública nos municípios”. No Pará, Rubiatti (2020b) aponta que todos os 144 municípios apresentavam casos e 138 já tinham óbitos registrados em 15 de julho do corrente ano e que a capital havia deixado de concentrar mais de 50% dos casos já no dia 9 de maio. Mesmo quando lançado, o programa de retomada das atividades econômicas do estado indicava que apenas duas das

oito regiões do estado formuladas no plano RetomaPará se encontravam em “risco médio”, estando todas as outras em “risco máximo” (Rubiatti, 2018a).

Mattos e Silva (2020), ao tratar do caso do Amapá, segue a mesma direção ao afirmar que “os indícios de agravamento da situação em cidades menores e mais afastadas da capital apresentam um cenário de interiorização da doença”. Vasconcellos e Gazon (2020a) apontam que “o avanço da Covid-19 atingindo populações tradicionais e indígenas é outra característica da dispersão e interiorização dos casos em Rondônia” e que há um avanço do processo de interiorização dos casos, “atingindo todos os municípios do estado” (Vasconcellos e Garzon, 2020b). Já o caso de Tocantins apresenta um diferencial: como apontado anteriormente, o Município com maior concentração de casos não é a capital, mas sim Araguaína, município que fica ao norte do estado. Cleto e Demarchi (2020a) apontam dois pontos como hipótese para essa concentração no norte do estado: “1) a ausência de uma ação coordenada dos gestores públicos, nos três níveis de governo e 2) a posição triangular que o norte do Tocantins ocupa junto aos estados do Maranhão e Pará, vizinhos com altos índices de contaminação e com sistemas de saúde em pré-colapso”.

Por fim, Roraima apresenta algumas características peculiares: localizada em uma tríplice fronteira, conta com 15 municípios e uma forte concentração populacional na capital. Nesse caso, a primeira preocupação do estado no enfrentamento à pandemia foi com a questão do fluxo migratório e fechamento das fronteiras. Além disso, o estado apresenta “um quadro de saúde inquietante, para além de sua população indígena, naturalmente frágil diante de doenças transmissíveis contagiosas, acompanhado com o crescimento significativo de migrantes e refugiados, muitos já debilitados por doenças e subnutrição” (Pimentel, Franklin e Souza, 2020).

Cabe ainda notar que apenas três municípios da região não haviam registrado casos de Covid-19 até o dia 26 de julho, todos no estado de Tocantins.

Tabela 1 – Distribuição de casos e óbitos por Covid 19 por faixa populacional dos municípios⁹²

| Estado | Faixa | Casos | Óbitos |
|--------|------------------|-------|--------|
| Acre | Até 20 mil | 19,2% | 14,3% |
| | De 20 a 50 mil | 18,8% | 8,9% |
| | De 50 a 100 mil | 13,8% | 9,6% |
| | De 100 a 500 mil | 48,1% | 67,2% |
| | Mais de 500 mil | - | - |
| Amapá | Até 20 mil | 20,7% | 7,4% |
| | De 20 a 50 mil | 11,2% | 6,4% |
| | De 50 a 100 mil | 10,1% | 8,1% |
| | De 100 a 500 mil | 14,4% | 13,8% |
| | Mais de 500 mil | 43,6% | 64,3% |

92 Foram excluídos da tabela os casos registrados como importados/indefinidos

| | | | |
|-----------|------------------|-------|-------|
| Amazonas | Até 20 mil | 12,5% | 4,6% |
| | De 20 a 50 mil | 26,7% | 13,1% |
| | De 50 a 100 mil | 20,0% | 15,1% |
| | De 100 a 500 mil | 5,5% | 5,0% |
| | Mais de 500 mil | 35,3% | 62,2% |
| Pará | Até 20 mil | 9,0% | 7,4% |
| | De 20 a 50 mil | 21,5% | 12,9% |
| | De 50 a 100 mil | 16,0% | 12,5% |
| | De 100 a 500 mil | 32,7% | 24,5% |
| | Mais de 500 mil | 20,8% | 42,7% |
| Rondônia | Até 20 mil | 5,3% | 3,8% |
| | De 20 a 50 mil | 19,0% | 18,0% |
| | De 50 a 100 mil | 10,1% | 6,1% |
| | De 100 a 500 mil | 8,8% | 6,5% |
| | Mais de 500 mil | 56,7% | 65,6% |
| Roraima | Até 20 mil | 19,3% | 15,3% |
| | De 20 a 50 mil | 5,3% | 4,4% |
| | De 50 a 100 mil | - | - |
| | De 100 a 500 mil | 75,4% | 80,2% |
| | Mais de 500 mil | - | - |
| Tocantins | Até 20 mil | 31,4% | 42,2% |
| | De 20 a 50 mil | 7,9% | 13,6% |
| | De 50 a 100 mil | 9,3% | 9,4% |
| | De 100 a 500 mil | 51,4% | 34,7% |
| | Mais de 500 mil | - | - |

Fonte: Elaborado a partir dos dados do MonitoraCovid-FIOCRUZ <<https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>> (última consulta: 26/07/2020) e IBGE-Cidades <<https://cidades.ibge.gov.br/>>

Cabe então caracterizar os municípios da região norte e como se dá a distribuição de casos entre eles. Em um primeiro momento, optou-se por trazer a distribuição dos casos por faixa populacional do município. Isso porque os municípios menores são apontados como mais carentes de estruturação no sistema de saúde. Dessa forma, a Tabela 1 nos mostra que entre aproximadamente 24% e 40% dos casos de Covid-19 se encontram em municípios de até 50 mil habitantes, sendo que Roraima e Rondônia são os estados com menor participação desses municípios no total de casos e Amazonas o que apresenta a maior participação dos pequenos municípios no número de casos confirmados.

Vale frisar que 83,3% dos municípios da região se encontram nessas duas faixas populacionais (até 20 mil e de 20 mil a 50 mil). Por outro lado, apenas 6,7% são municípios com mais de 100 mil habitantes. Dessa forma, falar em interiorização da Covid-19 na região é tratar dos pequenos municípios, o que coloca mais um obstáculo para o enfrentamento

da pandemia: pelo caráter do nosso sistema de saúde, os pequenos municípios acabam possuindo menor estrutura de saúde, tornando preocupante essa interiorização.

Sistema de Saúde na região norte

O principal elemento para a organização e execução da política de saúde no Brasil é o SUS (Sistema Único de Saúde). Esse sistema se caracteriza por sua descentralização. De Fato, “a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados do Ministério da Saúde” (Dourado e Elias, 2011, p.207)

Tabela 2 – distribuição dos Leitos por faixa populacional dos municípios

| Estado | Faixa | L. I. | L. C. |
|----------|------------------|-------|-------|
| Acre | Até 20 mil | 14,2% | 0,7% |
| | De 20 a 50 mil | 13,2% | 15,6% |
| | De 50 a 100 mil | 11,3% | 14,9% |
| | De 100 a 500 mil | 61,3% | 68,7% |
| | Mais de 500 mil | - | - |
| Amapá | Até 20 mil | 11,1% | 2,4% |
| | De 20 a 50 mil | 7,0% | 0,0% |
| | De 50 a 100 mil | 5,5% | 2,9% |
| | De 100 a 500 mil | 11,0% | 6,8% |
| | Mais de 500 mil | 65,4% | 87,8% |
| Amazonas | Até 20 mil | 10,0% | 2,3% |
| | De 20 a 50 mil | 17,3% | 5,3% |
| | De 50 a 100 mil | 9,0% | 5,5% |
| | De 100 a 500 mil | 4,6% | 2,6% |
| | Mais de 500 mil | 59,1% | 84,3% |
| Pará | Até 20 mil | 4,3% | 0,8% |
| | De 20 a 50 mil | 15,8% | 4,2% |
| | De 50 a 100 mil | 17,0% | 7,6% |
| | De 100 a 500 mil | 30,9% | 30,0% |
| | Mais de 500 mil | 32,1% | 57,3% |
| Rondônia | Até 20 mil | 14,8% | 0,0% |
| | De 20 a 50 mil | 16,0% | 6,3% |
| | De 50 a 100 mil | 17,9% | 20,2% |
| | De 100 a 500 mil | 11,6% | 11,7% |
| | Mais de 500 mil | 39,7% | 61,8% |

| | | | |
|-----------|------------------|-------|-------|
| Roraima | Até 20 mil | 9,3% | 4,9% |
| | De 20 a 50 mil | 3,5% | 0,7% |
| | De 50 a 100 mil | - | - |
| | De 100 a 500 mil | 87,2% | 94,4% |
| | Mais de 500 mil | - | - |
| Tocantins | Até 20 mil | 25,3% | 7,3% |
| | De 20 a 50 mil | 7,6% | 1,2% |
| | De 50 a 100 mil | 14,9% | 8,5% |
| | De 100 a 500 mil | 52,2% | 83,0% |
| | Mais de 500 mil | - | - |

Fonte: Elaborado a partir dos dados do DATASUS <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>> e IBGE-Cidades <<https://cidades.ibge.gov.br/>>

Dessa forma, um primeiro ponto a se observar é a capacidade instalada nos diferentes municípios. A tabela 2 mostra a distribuição de Leitos de Internação (L.I.) e Leitos complementares (L.C.) nos municípios da região norte, divididos de acordo com as faixas populacionais. Vale destacar que, segundo o “*Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares*” (2016), um Leito de Internação “é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço” (EBSERH, 2016, p. 5). Nessa classificação se encontram: a) leitos clínicos, b) leitos cirúrgicos, c) leitos obstétricos e d) leitos pediátricos. Já os Leitos complementares são “leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais” (EBSERH, 2016, p. 5) e incluem a) leitos de isolamento, b) leitos de isolamento reverso, c) leitos de cuidados Intensivos (UTIs) e d) Leitos de cuidados Intermediários (UCI).

Ao observar a distribuição dos Leitos de Internação (L.I.) na tabela 2, nota-se uma concentração nos municípios com mais de 100 mil habitantes: em todos os estados da região norte mais de 50% desse tipo de leito estão nos maiores municípios, chegando a mais de 80% em Roraima.

Esse quadro se torna ainda mais centralizado quando observados os Leitos Complementares (L.C.), que são justamente os voltados para atendimentos especializados. Nesse tipo de leito, a concentração nas maiores cidades supera 60% em todos os estados, sendo o Acre o que apresenta uma menor concentração (68,7%) e Roraima e Amapá as maiores (94,4% e 94,6%, respectivamente).

Essa concentração de Leitos, em especial dos leitos complementares, gera uma situação preocupante: o fluxo de pessoas das pequenas cidades em direção as maiores em busca de tratamento médico. Levando-se em consideração que 83,3% dos municípios da região tem até 50 mil habitantes, essa situação acaba ganhando contornos críticos.

Porém, se a estruturação do sistema de saúde no Brasil seguiu um caminho de descentralização para os municípios na sua primeira década de existência – uma descentralização que parte da União em direção aos municípios, deixando os estados fragilizados nessa negociação – já no início dos anos 2000 esse quadro começa a se alterar com a adoção de medidas em direção a uma regionalização da assistência à saúde (Dourado e Elias, 2011).

A regionalização da saúde parte da ideia de “superar a fragmentação da gestão do sistema de saúde, integrando os recursos assistenciais de maior complexidade dos municípios de uma mesma região, equalizando as condições de acesso dos cidadãos aos mesmos” (Soares e Machado, 2018, p. 101). Dessa maneira, a regionalização busca exatamente diminuir o impacto causado pelas diferenças municipais, permitindo que os maiores municípios de uma região concentrem os recursos para o atendimento de saúde, recebendo os cidadãos dos outros municípios da mesma região.

Tabela 3 – Estrutura hospitalar instaladas nas regionais

| Estado | Região de Saúde | População (%) | L. I. | L. C. |
|-----------|----------------------------------|---------------|-------|-------|
| Acre | Alto Acre | 8,1% | 5,3% | 15,3% |
| | Baixo Acre e Purus | 65,3% | 73,3% | 69,8% |
| | Juruá e Tarauacá/Envira | 26,6% | 21,4% | 14,9% |
| Amapá | Central | 67,0% | 72,6% | 87,8% |
| | Norte | 8,3% | 9,2% | 2,4% |
| | Sudoeste | 24,7% | 18,2% | 9,8% |
| Amazonas | Alto Solimões | 6,1% | 5,5% | 3,6% |
| | Baixo Amazonas | 6,1% | 5,5% | 2,6% |
| | Manaus, Entorno e Alto Rio Negro | 62,1% | 65,1% | 85,0% |
| | Médio Amazonas | 4,2% | 4,0% | 0,3% |
| | Regional Juruá | 3,3% | 3,7% | 0,5% |
| | Regional Purus | 3,2% | 3,2% | 1,2% |
| | Rio Madeira | 4,8% | 3,2% | 4,0% |
| | Rio Negro e Solimões | 7,2% | 5,5% | 1,6% |
| Triângulo | 3,0% | 4,3% | 1,1% | |

| | | | | |
|-----------|----------------------------|-------|-------|-------|
| Pará | Araguaia | 6,9% | 7,4% | 5,0% |
| | Baixo Amazonas | 8,9% | 7,9% | 6,6% |
| | Carajás | 10,3% | 10,0% | 7,0% |
| | Lago de Tucuruí | 5,3% | 4,2% | 2,7% |
| | Marajó I | 2,8% | 1,6% | 0,2% |
| | Marajó II | 3,7% | 2,1% | 2,0% |
| | Metropolitana I | 25,9% | 33,2% | 58,1% |
| | Metropolitana II | 4,2% | 3,1% | 0,6% |
| | Metropolitana III | 10,9% | 9,6% | 4,8% |
| | Rio Caetés | 6,3% | 6,4% | 5,7% |
| | Tapajós | 2,6% | 3,9% | 2,3% |
| | Tocantins | 8,2% | 6,4% | 2,6% |
| | Xingu | 4,0% | 4,2% | 2,3% |
| Rondônia | Café | 9,7% | 11,2% | 8,1% |
| | Central | 19,3% | 17,4% | 7,3% |
| | Cone Sul | 8,9% | 8,1% | 9,7% |
| | Madeira-Mamoré | 36,2% | 43,7% | 63,7% |
| | Vale do Guaporé | 2,8% | 2,5% | 0,1% |
| | Vale do Jamari | 15,4% | 11,1% | 10,0% |
| | Zona da Mata | 7,6% | 6,0% | 0,9% |
| Roraima | Centro Norte | 85,1% | 93,5% | 97,9% |
| | Sul | 14,9% | 6,5% | 2,1% |
| Tocantins | Amor Perfeito | 7,1% | 6,7% | 0,0% |
| | Bico do Papagaio | 13,3% | 5,6% | 4,9% |
| | Cantão | 8,3% | 7,1% | 1,4% |
| | Capim Dourado | 23,8% | 35,3% | 43,8% |
| | Cerrado Tocantins Araguaia | 10,3% | 7,7% | 1,4% |
| | Ilha do Bananal | 11,7% | 11,5% | 7,5% |
| | Médio Norte Araguaia | 19,2% | 21,3% | 39,6% |
| | Sudeste | 6,3% | 4,7% | 1,4% |

Fonte: Elaborado a partir dos dados do MonitoraCovid-FIOCRUZ <<https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>> (última consulta: 26/07/2020) e DATASUS<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>>

Dessa forma, com a regionalização “pretendia-se garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos” (Dourado e Elias, 2011, p.207). A tabela 2 mostra a distribuição dos leitos nas diferentes regiões dos estados analisados. Dessa forma, os 450 municípios da região estão distribuídos em 45 regionais, sendo que a menor delas em número de municípios é a do Vale do Guaporé em Rondônia – com três municípios – e as maiores são a do Pico do Papagaio em Tocantins, Cerrado Tocantins Araguaia também em Tocantins e Metropolitana III no Pará – com 24, 23 e 22 municípios respectivamente. Em termos de população, as maiores regiões são Manaus, Entorno e Rio Negro no Amazonas (com 2.567.049 habitantes), Metropolitana I e Metropolitana III, ambas no Pará (com

2.238.680 e 939.421 habitantes respectivamente); já a menor é a Vale do Guaporé (RO) (com 50.453 habitantes).

Ao observar a tabela 2, pode-se notar certa proporcionalidade na distribuição de Leitos de Internação (L.I.) e população nos estados. Obviamente essa distribuição não é perfeita tendo algumas regiões uma maior proporção de leitos, como por exemplo em Roraima, onde a concentração desse tipo de leito na região Centro-Norte (onde se encontra a capital) supera a da população. Por outro lado, ao tratar dos Leitos Complementares (L.C.), observa-se ainda uma maior discrepância na sua distribuição em relação à população. Nesse caso, a concentração desse tipo de leito, que são os leitos de assistência especializada, é mais perceptível. Dessa forma, mesmo com a regionalização, o fluxo de pessoas em busca de tratamento especializado continua sendo uma realidade na região.

Nesse sentido, os problemas da regionalização persistem: “ao dividir municípios entre “exportadores” e “importadores” de serviços, transferiu-se para os mesmos a barganha envolvendo obrigações de atendimento de maior complexidade e gestão dos recursos financeiros correspondentes” (Soares e Machado, 2018, p. 101). Como os recursos transferidos muitas vezes são insuficientes, não há estímulo para que esses municípios complementem essa falta com recursos próprios. Por outro lado, os municípios “importadores” acabam por não ter outro município de referência para alocar seus pacientes em atendimentos de maior complexidade (Soares e Machado, 2018).

Assim, “trata-se de arranjos que têm tido dificuldades de se estabilizar, em vista da baixa credibilidade em torno dos compromissos assumidos no processo de pactuação regional, cujas condições se encontram bem além da governabilidade dos municípios pactuantes e, em parte, dos estados que assumem sua coordenação” (Soares e Machado, 2018, p. 101)

Os dados até então apresentados nos mostram o quadro do sistema de saúde na região: há uma concentração de leitos nas maiores cidades, ao observar as regiões nota-se uma distribuição que concentra os leitos de atendimento especializado em algumas regiões, em geral, nas que se encontram as capitais. Porém, cabe ainda indagar qual é a distribuição dos leitos específicos para o tratamento da nova pandemia nos estados da região norte.

Tabela 4 – UTIs adulto disponíveis nas regionais

| Estado | Região de Saúde | UTIs Adulto para Covid-19 | Casos de Covid-19 | Óbitos por Covid-19 |
|--------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|
| Acre | Alto Acre | 21,9% | 8,4% | 5,3% |
| | Baixo Acre e Purus | 62,5% | 64,7% | 78,5% |
| | Juruá e Tarauacá/ Envira | 15,6% | 26,9% | 16,2% |
| | | | | |

| | | | | |
|-------------------|----------------------------------|----------|-------|-------|
| Amapá | Central | 86,0% | 57,6% | 68,5% |
| | Norte | 0,0% | 11,3% | 5,8% |
| | Sudoeste | 14,0% | 31,1% | 25,6% |
| Amazonas | Alto Solimões | 1,7% | 8,4% | 6,5% |
| | Baixo Amazonas | 0,0% | 6,2% | 4,6% |
| | Manaus, Entorno e Alto Rio Negro | 88,3% | 49,9% | 70,1% |
| | Médio Amazonas | 0,0% | 4,3% | 2,6% |
| | Regional Juruá | 0,0% | 3,5% | 0,5% |
| | Regional Purus | 3,3% | 3,8% | 1,1% |
| | Rio Madeira | 5,9% | 4,2% | 2,8% |
| | Rio Negro e Solimões | 0,8% | 13,3% | 8,2% |
| | Triângulo | 0,0% | 6,3% | 3,6% |
| | Pará | Araguaia | 1,7% | 6,2% |
| Baixo Amazonas | | 6,8% | 4,9% | 3,8% |
| Carajás | | 9,1% | 17,5% | 7,6% |
| Lago de Tucuruí | | 0,0% | 2,8% | 3,2% |
| Marajó I | | 0,0% | 2,5% | 1,4% |
| Marajó II | | 3,5% | 3,4% | 2,9% |
| Metropolitana I | | 63,0% | 22,5% | 45,0% |
| Metropolitana II | | 0,0% | 3,0% | 3,3% |
| Metropolitana III | | 1,9% | 8,9% | 9,8% |
| Rio Caetés | | 10,1% | 8,1% | 8,6% |
| Tapajós | | 1,4% | 4,7% | 1,5% |
| Tocantins | | 1,0% | 10,0% | 8,0% |
| Xingu | | 1,4% | 5,4% | 3,1% |
| Rondônia | Café | 10,5% | 3,4% | 2,5% |
| | Central | 7,9% | 10,9% | 7,6% |
| | Cone Sul | 6,6% | 4,0% | 3,0% |
| | Madeira-Mamoré | 63,2% | 68,1% | 77,6% |
| | Vale do Guaporé | 0,0% | 0,6% | 0,3% |
| | Vale do Jamari | 11,8% | 9,5% | 7,2% |
| | Zona da Mata | 0,0% | 3,5% | 1,8% |
| Roraima | Centro Norte | 100% | 88,9% | 93,6% |
| | Sul | 0,0% | 11,1% | 6,4% |
| Tocantins | Amor Perfeito | 0,0% | 4,8% | 5,8% |
| | Bico do Papagaio | 0,0% | 15,3% | 22,1% |
| | Cantão | 0,0% | 3,2% | 5,5% |
| | Capim Dourado | 27,6% | 22,8% | 13,6% |
| | Cerrado Tocantins Araguaia | 0,0% | 5,7% | 7,1% |
| | Ilha do Bananal | 1,7% | 7,7% | 5,2% |
| | Médio Norte Araguaia | 70,7% | 39,3% | 38,6% |
| | Sudeste | 0,0% | 1,1% | 1,9% |

Fonte: Elaborado a partir dos dados do MonitoraCovid-FIOCRUZ <<https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>> (última consulta: 26/07/2020) e DATASUS<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>>

A tabela 4 nos mostra a distribuição dos leitos de UTI adulto destinados para pacientes com Covid-19. Nela se nota que a distribuição desses leitos de UTI é mais concentrada do que a encontrada anteriormente: 16 das regionais de saúde não possuem nenhum leito de UTI adulto exclusivo para os casos do novo coronavírus, o que obriga aos pacientes graves da doença a se deslocarem para outras regionais. Em alguns casos, a situação é mais grave. Por exemplo, em Tocantins, 70,7% dos leitos de UTI adulta exclusiva para Covid-19 se concentram na Região Médio Norte Araguaia, e essa região é responsável por 39,3% dos casos registrados. Em contrapartida, a região do Pico do Papagaio concentra 15,3% dos casos e 22,1% dos óbitos não possui esse tipo de leito. Em todos os estados, as regiões de saúde que englobam as capitais acabam por concentrar um maior número de leitos exclusivos para Covid-19, inclusive em proporção maior que seu número de casos e óbitos. Nesse sentido, o deslocamento de pessoas para as capitais para o tratamento do novo coronavírus parece continuar.

Se a tendência a interiorização se mostra em todo o país, na região norte ela apresenta maiores complicadores: i) o tamanho da região e ii) o deslocamento entre municípios muito distantes entre si, somado ao deslocamento intermunicipal, muitas vezes, envolvendo o transporte hidroviário. Como destaca Silva (2020a), “nesse eixo hidroviário amazônico as pessoas se deslocam para as metrópoles amazônicas em busca de atendimento já que no interior não há UTIs. Esse deslocamento geográfico se arrasta durante dias e dias em embarcações clandestinas abarrotadas de pessoas, sintomáticas e assintomáticas, elevando o potencial e velocidade da transmissão comunitária do vírus na maior floresta equatorial do planeta”. Dessa forma, a má distribuição de leitos especializados acaba por tornar o enfrentamento à pandemia na região mais complicada, uma vez que esse problema gera um fluxo de pessoas em direção às capitais e grandes centros urbanos, potencializando a disseminação do coronavírus

Considerações Finais

Esse capítulo buscou mostrar a situação do sistema de saúde nos interiores da região norte e sua capacidade de atender o aumento de demanda provocado pela interiorização do coronavírus.

A interiorização já foi apontada como tendência nacional, não se limitando a essa região, porém, devido a características próprias do norte do país, essa interiorização coloca novos problemas a serem enfrentados: seu tamanho territorial, somada a questões geográficas – estar inserido na maior floresta equatorial do mundo, cortada por grandes rios –, potencializam a disseminação do vírus caso seja necessário o deslocamento da população para o tratamento nos maiores centros urbanos.

Como foi apontado, a pandemia se inicia nas capitais, porém, já se encontra disseminada por quase todos os municípios dos sete estados que compõem a região norte, sendo que

na sua maior parte, as capitais não concentram mais a metade dos casos dos respectivos estados. Esses municípios do interior são, em sua maioria, pequenos municípios de até 50 mil habitantes, possuindo poucos recursos de assistência à saúde em seus territórios.

Ao observar o sistema de saúde instalado na região, nota-se uma concentração de leitos nos maiores municípios. Situação agravada quando se observa os Leitos Complementares, justamente os que voltados para tratamentos que necessitam de cuidados especializados (incluindo UTIs). Todavia, o sistema de saúde se estruturou a partir dos anos 2000 em regiões. Por esse motivo, observar a distribuição de leitos nas regiões é importante. Nesse sentido, também se nota uma concentração de Leitos Complementares em algumas regiões, em especial as que englobam as capitais.

Por fim, observando apenas as UTIs destinadas ao enfrentamento ao Covid-19, a situação se agrava: muitas regiões não possuem esse tipo de leito disponível, o que forçaria o deslocamento dos casos para outras regiões e centros urbanos, potencializando a propagação do vírus.

Dessa forma, essa má distribuição dos leitos acaba por gerar maiores dificuldades e riscos no enfrentamento à pandemia. Os municípios do interior e muitas regiões de saúde não possuem capacidade instalada para atender as demandas geradas por uma situação de pandemia, o que pode reforçar os riscos de colapso inclusive dos sistemas de saúde instalados nas capitais e grandes centros da região norte do país.

REFERÊNCIAS

CLETO, M. S. e DEMARCHI, A. L. Tocantins: a pandemia se alastra. In.: SANTANA, Luciana (orgs.). III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-aco-es-enfrentamento>

DOURADO, D. A. e ELIAS, P. E. M. Regionalização política do federalismo sanitário brasileiro. Revista de Saúde Pública, v.45, n.1, 2011

EBSERH. Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares, 2016

FIOCRUZ. Tendências atuais da pandemia de Covid-19: Interiorização e aceleração da transmissão em alguns estados. Monitora Covid-Nota técnica, 28/04/2020. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/monitoracovid_notatecnica_28_04.pdf>, 2020

IBGE, Sinopse do Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE, 2010

LEITE, B. R. M. Políticas de saúde Pública e estratégias de enfrentamento à Covid-19 no Amazonas. In.: SANTANA, Luciana (org). II Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-aco-es-enfrentamento>

MATTOS E SILVA, I. H. O Amapá e a Covid-19: estabilização, interiorização e flexibilização. In.: SANTANA, Luciana (orgs.). III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-aco-es-enfrentamento>

PIMENTEL, G. A, FRANKLIN, C. B. e SOUZA, D. E. C. Roraima e a tríplice fronteira no enfrentamento à Covid-19. In.: SANTANA, Luciana (org). II Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-aco-es-enfrentamento>

RUBIATTI, B. C. Pará: Flexibilização e “RetomaPará” em meio à pandemia. In.; SANTANA, Luciana (org). II Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-aco-es-enfrentamento>

RUBIATTI, B. C. Pará: Interiorização da pandemia e o sistema de saúde. In.: SANTANA, Luciana (orgs.). III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-aco-es-enfrentamento>

SCHEFFER, M. Demografia médica no Brasil-2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018

SILVA, C.H. R. Questão regional e pandemia no oeste brasileiro. In.: SANTANA, Luciana (org). II Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-aco-es-enfrentamento>

SILVA, C.H. R. Acre e o Contágio do resto. In.: SANTANA, Luciana (orgs.). III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020. Disponível em: [https://https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento](https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento)

SOARES, M. M e MACHADO, J. A. Federalismo e Políticas Públicas. Brasília: ENAP, 2018

VASCONCELLOS, P. M. C. e GARZON, L. F. N. Pandemia em Rondônia: “destino” ou colapso anunciado?. In.: SANTANA, Luciana (org). II Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020. Disponível em: [https://https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento](https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/06/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento)

VASCONCELLOS, P. M. C. e GARZON, L. F. N. COVID-19 em Rondônia: interiorização, flexibilização e desigualdade. In.: SANTANA, Luciana (orgs.). III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020. Disponível em: [https://https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento](https://cienciapolitica.org.br/web/noticias/2020/07/especial-abcp-governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento)

JUDICIALIZAÇÃO DA PANDEMIA EM RONDÔNIA: O CONFRONTO DO SOCIAL E A GESTÃO DA ECONOMIA EM UM CENÁRIO DE DESIGUALDADES.

Patrícia Mara Cabral de Vasconcellos

Márcio Secco

1. Rondônia e a Pandemia do Covid-19.

No Censo de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Rondônia ficou em 0,690, ocupando o 15º lugar no ranking de estados. Quando consideramos a renda mensal, a região norte também fica com a segunda pior colocação. Ainda que o IDH do Brasil em 2019 seja considerado um IDH relativamente alto, 0,761, o Brasil é campeão no ranking da desigualdade. Segundo Relatório de Desenvolvimento Humano da Organização das Nações Unidas, a parcela dos 1% mais ricos do Brasil concentra o equivalente a 28,3% da renda do país. Ao acrescentar o índice da desigualdade ao cálculo do IDH, o Brasil cai de 0,761 para 0,574, ocupando a 102ª posição entre os países. A região Norte do Brasil é historicamente a que apresenta, ao lado do Nordeste, os menores índices de desenvolvimento humano.

Quando se analisam as medidas de enfrentamento ao Covid-19, o fator desigualdade não pode ser desconsiderado. É preciso destacar que a condição social, política, econômica e sanitária da população é diversa e influi diretamente no risco de contágio e na possibilidade de tratamento com qualidade.

Ainda que não estejam divulgados, de forma clara, os dados sobre quem está morrendo de COVID-19 em Rondônia e no Brasil, sabe-se que a pandemia tem atingido de maneira mais crítica as classes sociais menos abastadas. Dados da cidade de São Paulo apontaram que a morte de negros por COVID-19 é 62% maior do que a de brancos (DANTAS, 2020), e que 93% das mortes de crianças e adolescentes ocorreram entre moradores da periferia e comunidades de baixa renda (LIMA, 2020). As dificuldades em manter distanciamento social e os cuidados com higiene ou com alimentação saudável, seja pelas condições de moradia e dificuldades econômicas, seja pela necessidade de continuar trabalhando para

obter renda, levam as pessoas mais pobres a ficarem mais expostas ao vírus e, uma vez infectadas, buscarem o sistema de saúde pública em condições precárias com falta de UTI's ou ausência de profissionais de saúde. A desigualdade de renda e a concentração de riqueza durante a pandemia mostram-se como fatores decisivos sobre as chances de morrer ou viver.

Um dado que chama a atenção, neste momento atípico, é aquele apresentado pela OXFAM Brasil em seu relatório “Quem paga a Conta” que revela uma velocidade concentração de renda na camada mais rica do Brasil, durante a Pandemia do coronavírus. Este fenômeno demonstra, mais uma vez, que a Pandemia afeta de maneira desigual os desiguais. Enquanto os mais pobres, geralmente ligados a atividades informais perdem sua renda, os mais ricos acrescentam mais alguns bilhões às suas já grandes fortunas. Segundo o relatório, na América e no Caribe, 73 bilionários aumentaram suas fortunas em 17% entre março e junho de 2020. No período que coincide com o da Pandemia, 42 bilionários brasileiros aumentaram suas fortunas em US\$34 bilhões. A fortuna acumulada por esse grupo passou de US\$123 bilhões para US\$157 bilhões.

A preponderância da perspectiva econômica na gestão da pandemia pode ser notada facilmente em Rondônia, tanto no governo estadual quanto no governo da capital do estado. Ainda em março de 2020 formou-se o grupo “Pensar Rondônia”, integrado por empresários do estado, cuja síntese de visão sobre o enfrentamento da pandemia é “abrir o comércio também é salvar vidas”. O grupo tem sido ouvido pelo governo municipal da capital e pelo governo do estado e parece ter sido parte responsável pela decisão sobre políticas públicas a serem adotadas.

Neste cenário colapsado pela Pandemia e marcado pelas desigualdades sociais é que o Judiciário tem se apresentado como um balizador das demandas entre o político, o social e o econômico. Tal fato merece atenção para que se possa compreender em que medida ocorre e qual o impacto do que poderíamos denominar de “judicialização da pandemia”.

2. A judicialização do social no Brasil.

A judicialização não é processo novo. Engelmann e Cunha Filho (2013) relatam a existência de um ativismo judicial no Brasil relacionado a temas de políticas sociais, em especial, no caso estudado pelos autores, referente à área da saúde, elencando os argumentos favoráveis e desfavoráveis de tal procedimento. Segundo os autores, são cinco os argumentos mais recorrentes contra a judicialização da política: 1) Princípio da separação dos poderes e legitimidade política dos poderes Executivo e Legislativo para definirem políticas; 2) Racionalização da administração pública; 3) Argumento do “tiro pela culatra”, no sentido de que, ao atender demandas individuais, pode gerar maior desigualdade social; 4) Argumento da reserva do possível no orçamento público e; 5) Argumento da isonomia/equidade. Neste caso, o Judiciário rompe com tal preceito pois atende a alguns e não a outros.

A favor do processo de judicialização das políticas públicas, Engelmann e Cunha Filho (2013) elencam quatro argumentos: 1) Princípio moral – dignidade da pessoa humana; 2) Argumento nacionalista – contra a “importação” da doutrina da reserva do possível; 3) Neoconstitucionalismo – da Constituição depreendem-se direitos subjetivos, exigíveis judicialmente; e 4) Argumento da ponderação de princípios, ou seja, entre o princípio da saúde e da vida versus princípio das finanças secundárias do Estado, deve prevalecer o primeiro.

Em geral, o termo judicialização remete à expansão do poder judiciário sobre o sistema político (Vianna et al., 1999). Conforme Aguinsky e Alencastro (2006) a judicialização das questões sociais é recorrente quando não há um comprometimento do Estado com o enfrentamento de alguns temas e, igualmente, há uma despolitização da esfera pública. Dessa forma, no que se refere aos preceitos democráticos e de participação popular, um grau elevado de judicialização poderia indicar a fragilidade de outros fóruns na construção de políticas públicas e de defesa dos interesses coletivos. Como consequência, o Judiciário, enquanto garantidor dos direitos humanos, da justiça social e da cidadania, entra em cena para frear possíveis violações aos direitos humanos ou à lei maior.

O histórico de judicialização não se modificou durante a pandemia. Ao contrário, em virtude de decisões dos governos, a judicialização parece ter se tornado a regra e o procedimento normal para a discussão sobre as políticas públicas.

No mesmo mês de março, por exemplo, quando a Organização Mundial da Saúde decretou estado de pandemia do Coronavírus, o governo Federal propôs uma campanha com o slogan “O Brasil não Pode parar”, com o objetivo de estimular as pessoas a continuarem trabalhando normalmente, o que contradizia, inclusive, as orientações do Ministério da Saúde. A campanha foi interrompida antes mesmo de ter sido lançada oficialmente por uma decisão do Min. Luís Roberto Barroso do Supremo Tribunal Federal. Em sua decisão, o ministro deixa transparecer as diferentes lógicas que orientariam o governo Federal e o Poder Judiciário no combate à Pandemia:

Em momento em que a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde, as mais diversas entidades médicas se manifestam pela necessidade de distanciamento social, uma propaganda do Governo incita a população ao inverso. Trata-se, ademais, de uma campanha “desinformativa”: se o Poder Público chama os cidadãos da “Pátria Amada” a voltar ao trabalho, a medida sinaliza que não há uma grave ameaça para a saúde da população e leva cada cidadão a tomar decisões firmadas em bases inverídicas acerca das suas reais condições de segurança e de saúde. O uso de recursos públicos para tais fins, claramente desassociados do interesse público consistente em salvar vidas, proteger a saúde e preservar a ordem e o funcionamento do sistema de saúde, traduz uma aplicação de recursos públicos que não observa os princípios da legalidade, da moralidade e da eficiência, além de deixar de alocar valores escassos para a medida que é a mais emergencial: salvar vidas (art. 37, caput e §1º, CF). (ADPF 669 MC/DF)

Na mesma decisão, Barroso segue sua argumentação delimitando a atuação do Poder Judiciário como tendo o dever de garantir direitos fundamentais. Considera que o Governo não pode escolher entre a vida e a morte de seus cidadãos, mas tão somente meios ou políticas que conduzam ao mesmo fim: “o bem estar da população”. O Ministro declara o que entende como o espaço de poder e de decisão política, ao afirmar:

Haveria uma decisão política, no caso em exame, se a autoridade eleita estivesse diante de duas ou mais medidas aptas a produzir o mesmo resultado: o bem estar da população, e optasse legitimamente por uma delas. Não é o caso. A supressão das medidas de distanciamento social, como informa a ciência, não produzirá resultado favorável à proteção da vida e da saúde da população. Não se trata de questão ideológica. Trata-se de questão técnica. E o Supremo Tribunal Federal tem o dever constitucional de tutelar os direitos fundamentais à vida, à saúde e à informação de todos os brasileiros. (ADPF 669 MC/DF)

O argumento do Governo Federal não mudou. Manteve a mesma linha de minimizar a gravidade da crise de saúde pública. A alegação normalmente apresentada pelo governo federal e pelos demais governos para o “retorno à normalidade” são os impactos na economia pela diminuição da arrecadação do Estado e a afirmação de que os esforços de isolamento social impedem as camadas mais pobres de conseguirem seu sustento, expondo-os aos perigos de morrerem de fome antes mesmo de serem afetados pela doença. Isso coloca, às populações mais pobres, duas opções: enfrentar o perigo de morrer de fome ou o perigo de morrer de COVID-19. Junta-se a isso o falacioso argumento de que todo mundo sofre durante a Pandemia com as medidas de isolamento social - que é desmentido pelos dados do enriquecimento da parcela mais rica da população, exposto acima.

O que percebemos, portanto, é que o Estado tem assumido o papel de mero gestor econômico da sociedade e lida com vidas como meros dados estatísticos. As sucessivas falas do Presidente Bolsonaro, que compara as mortes ocasionadas pela COVID às mortes causadas por outras doenças, ou mesmo pela violência, demonstram que o problema da pandemia é visto, aos olhos do governo federal, pela ótica econômica e a partir de impactos no PIB e nas contas públicas. Assim, a morte é naturalizada como o destino de todos e, mesmo que seja aumentada por algum fator inesperado, só é um problema quando impacta negativamente a economia. Esse cálculo utilitarista parece ser a principal estratégia do governo federal e de alguns governos estaduais, o que se opõe à lógica dos direitos fundamentais que consagram a proteção da vida como um bem absoluto a ser protegido pelo Estado de forma igual em cada indivíduo.

A lógica econômica e utilitarista que transparece nos discursos e ações dos representantes dos governos pode levar, inclusive, a uma avaliação positiva das mortes

causadas pela Pandemia. A declaração da superintendente da SUSEP (autarquia vinculada ao ministério da Economia) Solange Paiva Vieira que teria afirmado: “É bom que as mortes se concentrem entre os idosos. Isso vai melhorar nosso desempenho econômico, pois reduzirá nosso déficit previdenciário” parece corroborar a ideia de que a pandemia poderia ser vista como um fenômeno positivo, na medida em que eliminaria gastos com a previdência social, pois o maior número de vítimas é de pessoas com idades superiores a 60 anos, normalmente aposentadas e dependentes dos escassos recursos da previdência. A declaração teria sido feita em uma reunião no Ministério da Saúde, ainda sob o comando de Luis Henrique Mandetta, com ampla divulgação pela imprensa e confirmada por pessoas presentes (LINDNER e VARGAS, 2020). A defesa da volta ao trabalho das pessoas mais pobres foi também feita a partir do argumento de que o Estado não poderia arcar com os custos dos auxílios das pessoas “forçadas” ao isolamento.

Em geral, o fenômeno da judicialização encontra espaços na democracia quando há uma ausência de arena pública para deliberar sobre as preferências e expectativas da sociedade. O Judiciário surge, em determinados casos, como ator fundamental, seja para dirimir conflitos entre o governo federal, estadual e municipal, seja para impor as diretrizes do que seria o anseio do social, ou a garantia de direitos fundamentais, como parece ocorrer no caso da Judicialização da pandemia do Covid-19.

3. Pandemia em Rondônia: Os decretos do governo e as ações judiciais.

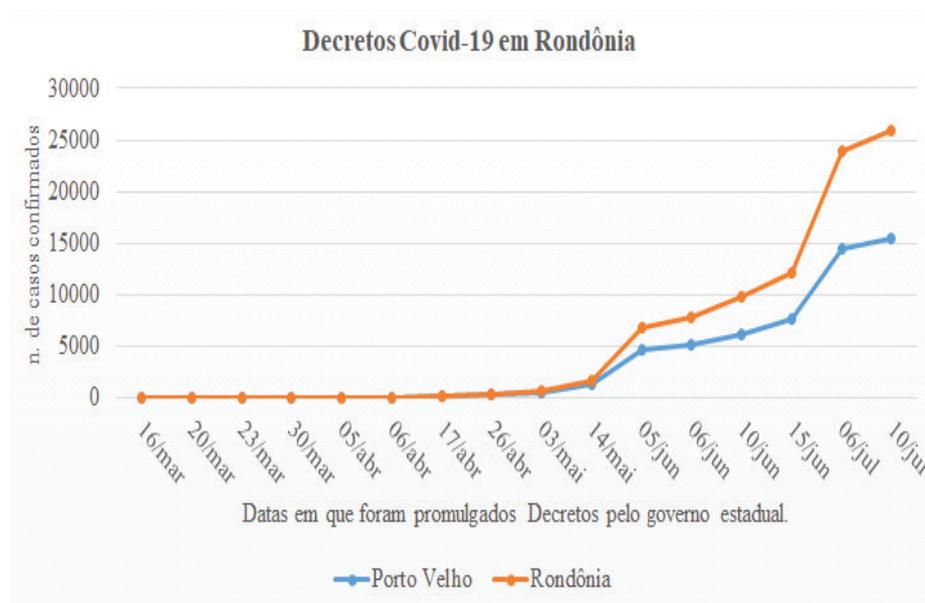
As circunstâncias geradas pela Pandemia do Covid-19 tem, conforme vimos, acirrado as relações entre os poderes, colocando em pauta a discussão sobre a judicialização, bem como a falha das estruturas políticas em promoverem políticas públicas a partir de uma ordem democrática, inclusiva e socialmente justificada. Partimos da hipótese que a judicialização da pandemia em Rondônia é pautada em uma oposição. De um lado, o sistema de justiça como responsável pela defesa do social com argumentação fundamentada em pareceres técnicos e científicos. De outro lado, as decisões do Poder Executivo justificadas principalmente por critérios econômicos, em especial, oriundos da pressão política da alta classe empresarial.

O estado de Rondônia é governado por Marcos Rocha (PSL) eleito em 2018. A posição do governador tem sido criticada por cientistas locais, Ministério Público Federal e Estadual por ter uma postura, no entender destes críticos, pouco rigorosa na condução da crise de saúde gerada pela pandemia. O governador é apoiador leal do presidente Bolsonaro e repete, em muitas de suas aparições públicas, os discursos do Presidente. No mês de março, após ter publicado o DECRETO N° 24.891, Marcos Rocha usou uma live no Facebook para explicar e justificar a nova norma. Entre as razões apresentadas estavam afirmações como: “lembrando que eu sou um apoiador e sou uma pessoa amiga do presidente Bolsonaro” e “a cadeia produtiva não pode parar”. A fala ocorre logo depois de pronunciamentos do presidente da República defendendo a “volta à normalidade” e acusando a imprensa de disseminar o pânico junto à população.

O primeiro decreto (24.871) do governo de Rondônia relativo à pandemia de COVID-19 ocorreu em 16 de março. Até a data de 29 de julho, ou seja, ao longo de pouco mais de 4 meses (135 dias), foram publicados 16 decretos. A média, portanto, é de um decreto a cada 8 dias. Parte da reformulação dos referidos decretos deve-se à intervenção do Judiciário para rever as ações governamentais mediante ação civil pública, e entender que, naquele dado momento, em virtude dos argumentos apresentados na ação, não havia condições sanitárias e hospitalares para maior flexibilização social no estado.

O gráfico 1 demonstra a evolução dos casos de Covid-19 em Rondônia e demarca as datas em que houve a publicação de decretos relativos ao tema.

Gráfico 1: Decretos Covid-19 em Rondônia



Fonte: Elaboração própria com base nos dados fornecidos por Sesau-RO e Rondônia (Decretos governamentais).

O gráfico 1 e demonstram a evolução do total de casos em Rondônia e em Porto Velho. Nota-se que nos primeiros dois meses de vivência da pandemia os casos concentram-se na capital do estado. A partir do decreto de 14 de maio, o distanciamento entre as curvas de contágio revela a interiorização da pandemia e, possivelmente, a dificuldade da população em compreender a necessidade do distanciamento social e os riscos do contágio mediante informações constantemente modificadas por decretos.

O primeiro caso de Covid-19 confirmado em Rondônia foi em 20 de março. Entretanto, no dia 16 de março, quatro dias antes, foi publicado o primeiro decreto do governo do estado (Dec. nº 24.871) estabelecendo situação de emergência em Rondônia, em decorrência da pandemia. O referido decreto sofreu modificação em 20 de março (Dec. nº 24.887), com a confirmação do primeiro caso no estado, sendo instituído o estado de calamidade pública, estabelecendo o isolamento social por 15 dias com funcionamento somente das atividades

essenciais. A primeira impressão era de uma ação rápida de contenção do coronavírus por parte do governo do estado. Em seguida, outro decreto em 23 de março (Dec. n° 24.891) faz modificações no anterior e é complementado pelo decreto de 30 de março (Dec. n° 24.911) que prorroga a suspensão das aulas até 17 de abril.

No mesmo dia, 30 de março, o Ministério Público de Rondônia (MP-RO) ajuíza uma ação civil pública (ACP) solicitando concessão de tutela de urgência para impedir que novo decreto seja publicado encerrando as medidas de isolamento social horizontal, supondo que poderia ser adotado o isolamento social vertical. Na argumentação nota-se a preocupação do MP-RO com o possível alinhamento das ações do governo de Rondônia com os discursos do governo federal. O MP-RO, para solicitar a tutela de urgência, segue uma argumentação científica baseada nos acontecimentos e políticas de saúde adotadas na Espanha e na Itália, além de respaldar a reflexão nas informações técnicas dos estudos realizados por especialistas locais da Universidade de Rondônia que relatavam os riscos para o sistema de saúde da pandemia no estado. Na decisão que concede a tutela de emergência é possível ler: “Mais uma vez o Judiciário é acionado para intervir diretamente na atividade de outro Poder. E quando se fala em pandemia ocasionada pelo Covid-19 isso tem se tornado muito mais frequente” (ACP - 7014369-87 2020.8.22.0001).

Ao cessar os efeitos da tutela de urgência, o governador edita novo decreto em 4 de abril (Dec. 24.919) autorizando a flexibilização das atividades a partir de 12 de abril, inclusive com autonomia aos municípios para decidir sobre o funcionamento de serviços não essenciais, desde que não houvesse elevação significativa dos casos confirmados de Covid-19.

Na capital do estado, no que se demonstrou como um confronto de poderes, outras duas ações foram protocoladas. Uma pelo Ministério Público de Rondônia (MPRO) em 14 de abril (ACP 7015132-88.2020.8.22.0001) e outra, em seguida, pela defensoria pública, em 16 de abril, (ACP 7016000-66.2020.8.22.0001) tendo em vista que, mesmo com o pedido do MPRO tendo sido concedido, o prefeito Hildon Chaves preferiu desrespeitar a decisão judicial, editando o Decreto Municipal n. 16.629 em 15 de abril, objeto de questionamento por parte da Defensoria. Ambas as ações destacavam a ausência de critérios técnicos para proceder com a flexibilização, além de apontar inconstitucionalidade frente aos decretos municipais que autorizavam o funcionamento de atividades não autorizadas no decreto estadual.

Em 2 de maio, quando o número de casos em Rondônia era de 654, o Ministério Público Federal (MPF) e o Ministério Público do Trabalho (MPT) ajuízam nova ação civil pública visando, mais uma vez, à não flexibilização das medidas de enfrentamento ao Covid-19 relativos aos dispositivos do Dec. n.24.979, de 26 de abril, que permitiam o funcionamento de serviços não essenciais à critério dos municípios. Na visão do MPF e MPT, o governo estadual colocava a população em risco.

Sendo assim, mostra-se deveras incompreensível que um Estado no qual mais de 80% de sua população é usuária do SUS (não possuindo plano

de saúde), com reduzido número de UTI's já devidamente equipadas com respiradores e exclusivas para atendimento de Covid-19, que ainda busca um monitoramento claro da disseminação do vírus em razão da não execução de uma estratégia de testagem em massa de sua população e em meio a uma crise mundial de escassez de EPIs e respiradores pulmonares, venha a autorizar a realização de atividades não essenciais, colocando em circulação dezenas de milhares de pessoas, sem apresentar à sua população quais as justificativas técnicas nas quais embasa tal decisão (ACP 1005412-45.2020.4.01.4100, p.27-28) (grifo do autor)

A afirmação do MPF de que o governo não teria oferecido justificativas para a flexibilização das regras de circulação é um elemento importante. A flexibilização em si poderia já indicar uma ação que afeta os direitos fundamentais à saúde e, conseqüentemente, à vida da população. A não apresentação de razões públicas para uma norma, contudo, pode ela mesma significar uma violação de direitos fundamentais. De acordo com Forst (2018) o fundamento de qualquer direito humano deveria ser o direito básico à justificação. A partir desse direito, toda a norma ou ação provinda de algum poder deve ser justificada publicamente. Normas que não estejam ou não tenham passado por um processo de justificação não seriam legítimas, deixando de ter caráter de autoridade política ou jurídica para transformarem-se em imposição ilegítima, pelo exercício do poder de maneira autoritária, o que leva a uma situação de dominação, ao invés de uma condição de cooperação entre membros igualmente respeitados em sua dignidade. Ou seja, seguindo Forst, poderíamos afirmar que o fato de não haver justificativas razoáveis para a tomada de decisão, por parte do governo estadual na edição de novo decreto, coloca a norma em possível situação de violação de direitos básicos.

Com a atuação constante do Ministério Público Federal (MPF), seja por meio de ação civil pública mas também tecendo recomendações ao estado e solicitando informações sobre as medidas adotadas no combate à pandemia, aflora, por parte do governador, o argumento da separação dos poderes e da ausência de legitimidade do poder judiciário para definir políticas públicas. O mandado de segurança impetrado pelo governo do estado em 4 de junho, (Proc. 1006259-47.2020.4.01.4100) visando ao afastamento da atuação do MPF quanto à fiscalização das ações de enfrentamento do Covid-19, ilustra o acirramento do debate. Este, certamente, foi um momento emblemático da disputa entre os Poderes, demarcado, de acordo com o gráfico 1, pelo crescimento acentuado do número de casos confirmados no estado.

Contudo, ainda há dois fatos para além do histórico narrado que ilustram o debate da judicialização da pandemia. Uma situação na capital do estado e a outra no município de São Miguel do Guaporé, distante aproximadamente 500 km da capital.

Em Porto Velho, as unidades de internação intensiva atingiram a ocupação máxima, em hospitais públicos e particulares, no início de junho, o que determinou o decreto de lockdown na capital por 8 dias a partir de 6 de junho (Dec. nº 25.113 de 5/6/2020). A pressão

exercida pelo social e pelo econômico estão presentes no que poderíamos denominar do pseudo-lockdown realizado na capital. Pseudo, pelo menos por dois fatores. Primeiro, porque não se constituiu em um bloqueio total, dada a pressão de empresários, por exemplo, para o funcionamento de atividades não essenciais na data de 12 de junho, comemoração do dia dos namorados, o que foi permitido por novo decreto (Dec. nº 25.129, 10/6/2020). Segundo, por não contemplar o número de dias que seria pertinente cientificamente, ou seja, ao menos 14 dias.

O pseudo-lockdown, com a promessa do governador de reabertura ao fim do prazo, fez com que o Conselho Municipal de Saúde recorresse ao prefeito Hildon Chaves, em 16 de junho, para indicar novo lockdown na capital. Possivelmente, o prefeito viu-se em uma encruzilhada entre ser o responsável por um colapso ainda maior na rede hospitalar ou contrariar o governador e a classe empresarial, em parte representada pelo Grupo “Pensar Rondônia”. A alternativa foi discursar que não decretaria lockdown sem apoio da força policial do estado, dada a circunstância de que não alcançaria o resultado esperado. O estado não concorda com o uso da força policial. Em consequência, novamente o Poder Judiciário torna-se um ator no processo de decisão. Foi necessária uma audiência para propor um acordo entre governo e município sobre a possibilidade de lockdown. Como um ajuste de “cavalheiros” não foi decreto, nem lockdown, nem uma fase mais avançada de abertura das atividades. Porto Velho foi enquadrada na Fase 1, fase de isolamento social ampliado, a mais restritiva das quatro fases propostas no “Plano de Ação Todos por Rondônia”, por mais 14 dias.

Já em São Miguel do Guaporé ocorreu o primeiro lockdown do estado, na data de 27 de maio. A maioria dos casos (60%) confirmados eram pertinentes a trabalhadores de uma unidade frigorífica da JBS. São Miguel do Guaporé possui pouco mais de 24 mil habitantes (est. IBGE, 2019). Na data do lockdown eram 83 casos confirmados na cidade e 2 óbitos. Para que houvesse a suspensão das atividades da filial da JBS houve a intervenção, por meio de ação civil pública, do Ministério Público do Estado de Rondônia, por intermédio da Promotoria de Justiça de São Miguel do Guaporé e do Ministério Público do Trabalho, por meio da Procuradoria do Trabalho, no Município de Ji-Paraná, alegando inclusive que a empresa não cumpria as medidas necessárias para evitar aglomerações e garantir o afastamento de trabalhadores com suspeita da doença. Como em outros casos no Brasil, as unidades frigoríficas tem sido foco de propagação da doença. Para retornar as atividades, a Justiça do Trabalho de Rondônia decidiu que a empresa teria que adotar medidas de segurança, por exemplo, a testagem em massa de seus trabalhadores, fato ocorrido na primeira semana de junho. Até a data de 24 de julho, foram 754 casos confirmados na cidade e 11 óbitos comprovando o rápido processo de contaminação, sem ainda considerar os casos confirmados pelo trânsito em regiões vizinhas devido ao mesmo fato.

Como se pode notar, no caso da Pandemia em Rondônia, o sistema de justiça representado pelo Ministério Público tem balizado as razões econômicas e controlado as

ações do executivo, questionando decretos e impedindo determinadas ações. Para além, atua como membro da gestão pública, tecendo recomendações e determinando condutas para um combate mais efetivo contra a disseminação do contágio pelo novo coronavírus (Covid-19). Neste sentido, o processo de judicialização mostra-se como um indicador sobre o rumo da sociedade rondoniense no combate à pandemia, seja mediante o processo de questionamento sobre o momento de reabertura das atividades, seja pressionando para que a atividade empresarial se adapte às normas e o governo atente-se e disponha de recursos para a prestação adequada de serviços pelo sistema de saúde.

4. Considerações finais.

O contexto da pandemia permite analisar a interação entre o Judiciário e os outros poderes (Executivo e Legislativo) e compreender como tem ocorrido os embates e o *policy making* no combate ao novo coronavírus em Rondônia. Diante dos dados analisados, aponta-se que é na ausência de um debate público qualificado e fundamentado em razões públicas que a judicialização torna-se um recurso fundamental para garantir o mínimo de técnica, de ciência e de dignidade humana à agenda de combate ao coronavírus no estado. A expansão dos poderes evidencia os interesses políticos e econômicos e contextualiza as desigualdades sociais.

Há uma perspectiva neste jogo social que não foi possível analisar, qual seja, a transferência de responsabilidades do poder Executivo, de modo proposital, ao poder Judiciário, uma vez que, pressionado por demandas eleitoreiras, poderia preferir o caminho da judicialização para esquivar-se do processo de tomada de decisões e suas consequências frente a grupos de apoio.

REFERÊNCIAS

AGUINSKY, Beatriz Gershenson; ALENCASTRO, Ecleria Huff de. Judicialização da questão social: rebatimento nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário. **Katálysis**, v. 9, n.1, jan./jun. 2006 Florianópolis-SC, p.19-26.

BARROSO, Luís R. Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo. **RFD- Revista da Faculdade de Direito- UERJ**, v. 2, n. 21, jan./jun. 2012.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 669 Distrito Federal**. Relator Ministro Roberto Barroso, Brasília, 30 de março de 2020

BOMBARDI, Larissa Mies; NEPOMUCENO, Pablo Luiz Maia. Covid-19, desigualdade social e tragédia no Brasil. Le Monde HYPERLINK “<https://diplomatie.org.br/covid-19-desigualdade-social-e-tragedia-no-brasil/>” Diplomatie HYPERLINK “<https://diplomatie.org.br/covid-19-desigualdade-social-e-tragedia-no-brasil/>” Brasil, Acervo Online, 29 de abril de 2020.

DANTAS, Carolina. **Pretos têm 62% mais chance de morrer por Covid-19 em São Paulo do que brancos.** G1, Globo. 28/04/2020.

LIMA, Mariana. **Com a Covid-19, desigualdade se torna um fator de risco para crianças.** Redação Observatório 3º Setor. Direitos Humanos Notícias. 17/06/2020.

ENGELMANN, Fabiano; CUNHA FILHO, Marcio Camargo. Ações judiciais, conteúdos políticos: uma proposta de análise para o caso brasileiro. Revista de Sociologia e Política [online]. 2013, v. 21, n. 45, pp. 57-72. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-44782013000100006>>. Epub 12 Jun 2013. ISSN 1678-9873. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782013000100006>. Acesso em 22 jul. 2020.

FORST, R. **Justificação e crítica: perspectivas de uma crítica da política.** Tradução de Denilson Luis Werle. São Paulo: Editora UNESP, 2018.

LINDNER, Julia; VARGAS, Mateus. Morte de idosos por covid-19 melhora contas da Previdência, teria dito chefe da Susep. **Estadão.** 28/05/2020.

OLIVEIRA, Wesley. Saneamento universal liberaria 13 mil leitos de UTI por mês no Brasil. **Revista Oeste**, 23 de junho de 2020.

OXFAM BRASIL. **Quem Paga a Conta? – Taxar a Riqueza para Enfrentar a Crise da Covid na América Latina e Caribe** (Relatório). Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/quem-paga-a-conta/>>. Acesso em 26 jul. 2020.

PORTO VELHO. Decreto n. 16.629 de 15 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=393092>>. Acesso em 20 jul. 2020.

RONDÔNIA. **Plano de Ação Todos por Rondônia.** 8 de maio de 2020. Disponível em: <<http://www.rondonia.ro.gov.br/covid-19/institucional/plano-de-acao-todos-por-rondonia/>>. Acesso em 20 jul. 2020.

RONDÔNIA. DECRETOS GOVERNAMENTAIS. Disponíveis em <http://www.rondonia.ro.gov.br/covid-19/publicacoes/decretos-publicados/>. Acessos entre 01 e 30/072020.

SESAU. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <<http://www.rondonia.ro.gov.br/sesau/>>. Acesso em 25 mar. 2020.

VIANNA, Luiz W. et al. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

GOVERNO, PREFEITURA E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO AMAZONAS

Breno Rodrigo de Messias Leite

As implicações da pandemia da covid-19 no mundo e no Brasil expuseram os problemas da infraestrutura do sistema sanitário no contexto da rede federativa forjada na constituição de 1988. O auge da pandemia expôs de modo dramático as incontáveis dificuldades operacionais e logísticas do sistema. Se, por um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) mostrou-se limitado, frágil e, por vezes, incapaz de garantir assistência médica universal para todos os cidadãos; por outro, a proposta de se arquitetar um amplo sistema federativo de saúde pública esbarrou no oportunismo político e na baixa cooperação entre os principais entes.

O crescimento exponencial de vítimas fatais da covid-19 no Amazonas evidencia, em parte, a falta de coordenação estratégica no planejamento e implementação das políticas de saúde pública no estado outrora atingido por crises na área. Tanto a prefeitura da capital quanto o governo estadual passaram por problemas na tentativa de conter os efeitos do vírus proveniente da China. Rede hospitalar defasada, déficit de profissionais da saúde tecnicamente capacitados, escassez de equipamentos hospitalares e medidas ineficazes de isolamento social trouxeram à tona parte significativa do problema estrutural (AMORIM, PINTO JÚNIOR e SHIMIZU, 2015).

Desse modo, o propósito deste capítulo sobre as estratégias do Amazonas para o enfrentamento da covid-19 é analisar a capacidade do poder público de implementar medidas sanitárias e gerenciar a rede de saúde *vis-à-vis* a crise causada pela pandemia no estado e na sua capital.

O prefeito de Manaus, Arthur Virgílio (PSDB), adotou o Plano de Ação da Secretaria Municipal de Saúde, já no início de janeiro de 2020, e teve como propósito preparar e reequipar as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de todas as zonas da cidade. A Sala de Situação de Vigilância em Saúde da Prefeitura de Manaus foi prontamente reequipada e reorganizada para responder, na medida do possível, a demanda extraordinária dos pacientes por leitos, medicamentos e equipamentos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020).

As decisões antecipadas das autoridades municipais de saúde tinham como foco, portanto, a contenção do vírus nas suas primeiras manifestações. E, por essa razão, as autoridades municipais adotaram os protocolos da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como as orientações do Ministério da Saúde. Tanto o emprego dos protocolos internacionais quanto aqueles recomendados pelo ministério, devidamente ajustados à realidade local, serviram como pauta de planejamento sanitário e ação governamental para o enfrentamento inicial da pandemia na capital e, posteriormente, nos outros municípios do estado. A coordenação da política de saúde entre prefeitura e governo estadual garantiu, assim, a continuidade e convergência das ações na contenção da pandemia (LEITE, 2020a).

Os últimos dados relativos ao número de contaminados pela covid-19 em Manaus dizem que já são 162.560 casos identificados. Já os números do Amazonas, ainda em relação ao número de contaminados, apontam para a casa de 161.974 casos notificados, ao passo que o número de mortos em Manaus gira em torno de 2.906 e no estado 4.543.

As duas figuras abaixo mostram, em primeiro lugar e para efeito de comparação, a evolução de novos casos no estado do Amazonas, como se pode averiguar na figura 1.

Figura 1 – número de contaminados



Fontes: Wikipédia e The New York Times, 2020

Já a figura 2 apresenta a compilação do número de vítimas fatais da covid-19.

Figura 2 – número de mortos



Fontes: Wikipédia e The New York Times, 2020

O trabalho das autoridades de saúde da prefeitura é bem coordenado e apresenta indicadores satisfatórios de transparência. Todavia, os problemas logísticos e de infraestrutura sanitária ainda são verdadeiros obstáculos na estratégia de enfrentamento da pandemia na esfera municipal.

O advento da pandemia da covid-19 no Amazonas ratificou, uma vez mais, as complicações das políticas de saúde pública e suplementar. Manaus, capital do Amazonas, reúne em si quase 60% da população do estado e a região metropolitana, em termos de produção econômica, concentra 93,8% da riqueza (a alta concentração de renda é causada pelo Polo Industrial de Manaus) (LEITE, 2020b).

O Plano de Contingência, posteriormente rebatizado de Plano de Contingência para Infecção Humana pelo COVID-19, elaborado pelo governo de Wilson Lima (PSC), foi dividido em três etapas: 1) Respostas Rápidas: uma oficina com os secretários interioranos para a elaboração dos planos de contingência dos municípios; 2) Uniformidade nas Ações: simetria entre as políticas municipais e estaduais; e 3) Fase de Atuação: identificação dos pacientes acometidos pelo vírus; mapeamento da transmissão local; monitoramento e isolamento dos casos mais sensíveis (GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS, 2020).

O quadro epidemiológico recente aponta que a quantidade de infectados nos municípios superou a da capital (FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS, 2020). Houve um deslocamento geográfico do vírus, o que pode tornar a situação ainda mais preocupante já que as populações indígenas, sabidamente mais vulneráveis do ponto de vista epidemiológico, podem ser atingidas diretamente (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, 2020).

E quais foram, por fim, os principais desafios das autoridades de saúde pública para o enfrentamento da pandemia no nível estadual e municipal? 1) quantidade limitada de leitos por paciente e de equipamentos; 2) conflito de interesse entre as autoridades de saúde e o setor produtivo; 3) baixa cooperação da população às medidas de isolamento social (LEITE, 2020c).

À guisa de conclusão: o esgotamento da infraestrutura de saúde no Amazonas, apesar das medidas preventivas assumidas pelos governos, apresentou dois grandes entraves: crise no gerenciamento sanitário da pandemia (crise esta que atingiu em maior ou menor medida todas as unidades da federação); e a influência do setor produtivo contrário às medidas mais austeras de isolamento social.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Aline Silva; PINTO JUNIOR, Vitor Laerte; SHIMIZU, Helena Eri. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, vol. 39, n. 105, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39n105/350-362/pt>

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. Plano de Contingência para Infecção Humana pelo COVID-19. Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=4353>>. Acesso em: 06/08/2020.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. Povos indígenas e o coronavírus. c2020. Página inicial. Disponível em: <<https://cimi.org.br/coronavirus/>>. Acesso em 03 de ago. de 2020.

FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS (FVS-AM), edição nº 8 do Boletim da Situação Epidemiológica de Covid-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Disponível em: <http://www.fvs.am.gov.br/noticias_view/3923>. Acesso em: 06/08/2020

LEITE, Breno Rodrigo de Messias. Infraestrutura de saúde pública e as estratégias de enfrentamento ao Covid-19: o impacto da pandemia em Manaus. In: MENDES, Marta (org.). **Série Especial NEPOL: Os governos municipais frente ao Coronavírus.** Nepol: 20/04/2020. Disponível em: <<https://nepoluff.wordpress.com/2020/04/20/infraestrutura-de-saude-publica-e-as-estrategias-de-enfrentamento-ao-covid-19-o-impacto-da-pandemia-em-manaus/>>. Acesso em: 06/08/2020^a.

_____. Amazonas: inépcia administrativa e pressão do setor produtivo Título do texto. In: SANTANA, Luciana; PEREZ, Olívia (orgs.). **Série especial Nexo/ABCP: como os governos estaduais lidam com a pandemia.** Nexo Jornal: 10/05/2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/especial/2020/05/10/Como-os-governos-estaduais-lidam-com-a-pandemia>. Acesso em: 06/08/2020^b.

_____. **Políticas de saúde pública e estratégias de enfrentamento à Covid-19 no Amazonas.** In: SANTANA, Luciana; PEREZ, Olívia (orgs.). **ESPECIAL ABCP: As ações do Amazonas no enfrentamento à pandemia.** ABCP: 12/07/2020. Disponível em: <<https://cienciapolitica.org.br/web/analises/governos-estaduais-e-acoes-enfrentamento-pandemia-brasil/artigo/especial-abcp-acoes-amazonas-enfrentamento>>. Acesso em: 06/08/2020^c.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO AMAZONAS

FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS. **Plano de Contingência estadual para infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV.** Disponível em: <http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/corona/5_presenta%C3%A7ao.pdf>. Acesso em: 06/08/2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Estamos fazendo tudo que está ao nosso alcance', diz Arthur ao decretar medidas contra a Covid-19. Disponível em: <<https://semsa.manaus.am.gov.br/noticia/estamos-fazendo-tudo-que-esta-ao-nosso-alcance-diz-arthur-ao-decretar-medidas-contra-a-covid-19/>>. Acesso em: 06/08/2020.

CONSEQUÊNCIAS SOCIOECONÔMICAS DA COVID-19 E OS EFEITOS DAS POLÍTICAS EMERGENCIAIS SOBRE A RENDA DAS FAMÍLIAS⁹³

Rogério Jerônimo Barbosa

Ian Prates

Sérgio Simoni Jr.

Eduardo Lazzari

Hellen Guicheney

Carolina Requena

Paulo Flores

Heloísa Fimiani

Vitor Menezes

Thiago Meireles

João Lucas Sacchi

1. Introdução

Em meio à pandemia de Covid-19, a incontornável necessidade de distanciamento social para contenção da propagação do coronavírus desencadeou, em praticamente todas as economias, uma crise de caráter sem precedente. Em muitos mercados de trabalho, a queda do emprego foi tão intensa que, em apenas um mês, o volume de demissões ultrapassou o marco histórico atingido nos anos que se sucederam à crise de 1929. A renda das famílias foi severamente impactada. Nesse cenário, países elaboraram diversos modelos de políticas emergenciais visando aliviar os choques derivados da impossibilidade de engajamento nas atividades produtivas e, de modo complementar, incentivar a manutenção do distanciamento social.

93 Rogério Barbosa agradece à Fapesp pelo apoio para realização desta pesquisa (Processo 2018/13863-0).

Neste capítulo, apresentamos um diagnóstico do quadro socioeconômico do Brasil durante a pandemia e as políticas formuladas para endereçar seus efeitos. Avaliamos o comportamento do mercado de trabalho nos meses de março a julho, com enfoque na dissolução de postos, mudança no perfil do desemprego e nas consequências para os rendimentos. Discutimos, então, sua principal política pública emergencial: o Auxílio Emergencial, uma transferência de renda incondicional, voltada aos mais pobres e trabalhadores informais. Apresentamos seu desenho e seus efeitos sobre a renda das famílias.

O texto é dividido em seis seções, contando esta introdução. Na seção 2, apresentamos dados sobre como a pandemia afetou o mercado de trabalho, o qual não tinha se recuperado totalmente da crise econômica iniciada em 2014. Na seção 3, discutimos as transformações na composição do mercado de trabalho, identificando como inatividade, desemprego e possibilidades de trabalho remoto se distribuíram ao longo dos estratos sociais. Na seção 4, discutimos a finalidade, o desenho e a implementação do Auxílio Emergencial (AE). Na seção 5, apresentamos os efeitos do AE sobre a renda domiciliar *per capita*. Na seção 6, tecemos algumas considerações finais.

2. A evolução recente do mercado de trabalho e o impacto da pandemia⁹⁴

Antes mesmo da pandemia, o quadro socioeconômico e o desempenho do mercado de trabalho estavam bastante aquém de seus máximos históricos. No segundo trimestre de 2014, uma recessão atingiu o país e interrompeu uma trajetória de duas décadas de equalização e melhorias nas rendas das famílias (BARBOSA; SOUZA; SOARES, 2020). A lenta e tortuosa recuperação, que toma lugar a partir do início de 2017, ocorre de forma desigual: em 2016, recuperam-se primeiro os 10% mais ricos; em 2017, os 40% seguintes; por fim, em 2018 e 2019, os próximos 40%. No entanto, os 10% mais pobres experimentaram perdas consecutivas desde o início da recessão e jamais se recuperaram. Como resultado, a desigualdade da renda domiciliar *per capita*, tal como mensurada pelo Coeficiente de Gini, subiu de 0,525, em 2015, para 0,543, em 2019 – no mesmo período, o percentual de pessoas vivendo em condições de pobreza⁹⁵ cresceu de 15,8% para 17,8%.

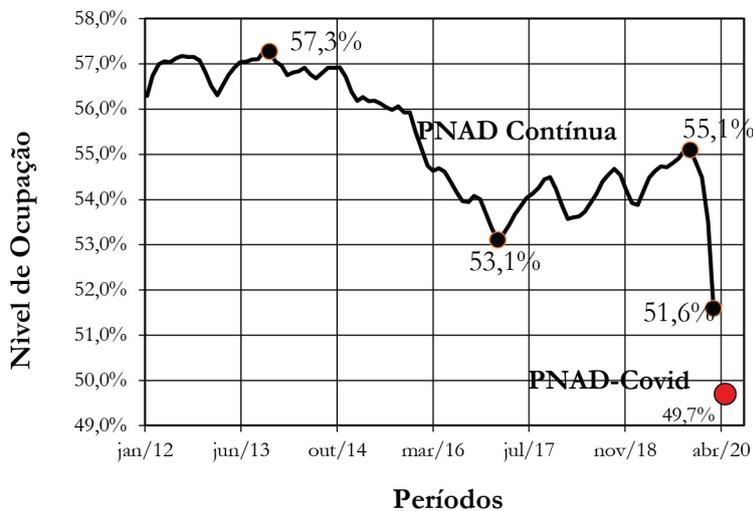
⁹⁴ Nota metodológica: Os microdados da PNAD Contínua Anual de 2019 (1as Visitas) e da PNAD-Covid de maio de 2020 são nossa principal fonte. As informações sobre rendimentos foram deflacionadas para valores de maio de 2020, com uso dos deflatores fornecidos pelo próprio IBGE e do INPC. Como o objetivo principal é analisar a renda domiciliar, excluímos indivíduos que tipicamente não são incluídos no cálculo desse indicador: agregados que não contribuem para as despesas domésticas, pensionistas, empregados domésticos que residem no domicílio e parentes desses empregados. Utilizamos saldos agregados de ligamentos e desligamentos de postos formais divulgados pelo Ministério da Economia, por meio do Novo Caged. Para avaliar a cobertura dos CRAS ao longo dos municípios, utilizamos os microdados do Censo SUAS de 2019. Para os dados relativos ao uso de internet e TICs utilizamos, além da PNAD Contínua Anual de 2019 (Módulo TIC), as Tabulações da Pesquisa TIC Domicílios 2019 - Cetic.br/NIC.br. O salário mínimo de referência foi de R\$ 1.045, conforme lei em vigor em fevereiro de 2020. Adotamos a marca de 1/3 do salário mínimo para as análises sobre pobreza. Todas as análises foram realizadas na linguagem R. Dados e scripts para replicação completa podem ser requisitados aos autores.

⁹⁵ Consideramos como pobres aqueles com renda domiciliar *per capita* inferior a 1/3 do Salário Mínimo vigente em 2019 (para os anos de 2012 a 2018, esse valor foi deflacionado pelo INPC).

Os dados da PNAD Contínua do primeiro trimestre de 2020 apontavam 12,2% de desemprego, 5% de desalento e 40% de informalidade. A falta de resposta do setor formal aos incentivos para recuperação econômica fez com que segmentos informais operassem como um colchão de amortecimento contra o desemprego. Esses postos, no entanto, são caracteristicamente mais instáveis e de menor remuneração, o que acabou por contribuir para o aumento da desigualdade no período (BARBOSA, 2019).

O encontro entre a economia mal recuperada e o choque provocado pelo coronavírus gerou a tempestade perfeita. O Gráfico 1 apresenta a evolução do Nível de Ocupação (a razão entre o número de trabalhadores e a População em Idade Ativa), de janeiro de 2012 a maio de 2020. Nele é possível acompanhar o impacto da crise de 2014-2016 e a sinuosa e lenta recuperação do emprego, que dura de 2017 até o mês de fevereiro que precede a pandemia. Em março e abril de 2020 ocorre súbita e intensa queda do nível de emprego, fazendo com que, pela primeira vez na série histórica, esse indicador atinja um patamar inferior a 50%. Ou seja: havia mais pessoas sem trabalho (desocupadas ou inativas) do que trabalhando.

Gráfico 1 - Nível de Ocupação. Brasil, jan/2012-mai/2020



Fonte: PNAD Contínua, Trimestres Móveis. Microdados da PNAD-Covid, maio de 2020.

Elaboração Própria

Dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged – Ministério da Economia) apontaram um saldo negativo de mais de 1 milhão de postos de trabalho formais em março e abril. Os resultados da PNAD Contínua para o trimestre móvel de fevereiro a abril apontam que os resultados foram piores para os trabalhadores informais: para cada empregado formal desligado de um posto de trabalho, três informais perderam seus postos.

A pandemia, contudo, altera a forma pela qual os indicadores socioeconômicos podem e devem ser interpretados. Por exemplo, segundo os resultados da pesquisa emergencial do IBGE, a PNAD-Covid, a taxa de desemprego no mês de maio se manteve razoavelmente constante, em torno de 10% (valor esse que é inferior aos 12,6% observados no trimestre

encerrado em março pela PNAD Contínua). Como essa diferença (contraintuitiva) poderia ser explicada nesse contexto de retração econômica? Cabe notar que a noção de “desemprego” supõe que os indivíduos estejam ativamente procurando se inserir em postos de trabalho. Ocorre, no entanto, que as políticas de distanciamento social reduzem drasticamente as possibilidades de procura – tanto pela inviabilidade de fazê-lo presencialmente, quanto pela indisponibilidade de postos nas localidades, em função do mau desempenho das empresas. Desta forma, indivíduos que, noutro contexto, participariam do mercado como ofertantes de trabalho, foram forçosamente classificados como “economicamente inativos” – não entrando no cômputo da taxa de desemprego (que contabiliza apenas pessoas que *abertamente* procuram inserção).

Para um cálculo mais realista da dimensão do desemprego, é necessário levar em conta a quantidade de indivíduos que desejavam trabalhar, mas que não puderam procurar trabalho por conta da pandemia ou por falta de postos na localidade. De acordo com a PNAD-Covid, no final de maio, esse contingente era de 17,6 milhões de pessoas, as quais classificaremos como estando em situação de “desemprego oculto pelo distanciamento social”. Somando então o número de indivíduos em situação de “desemprego aberto” (9,1 milhões) a esse novo grupo, estimamos que 25,5% da força de trabalho estava desempregada na primeira semana de maio, segundo essa noção ampliada que aqui adotamos (cf. PRATES et al., 2020)”⁹⁶.

3. Os “sobreviventes”: a Transformação da Composição do Mercado de Trabalho na Pandemia

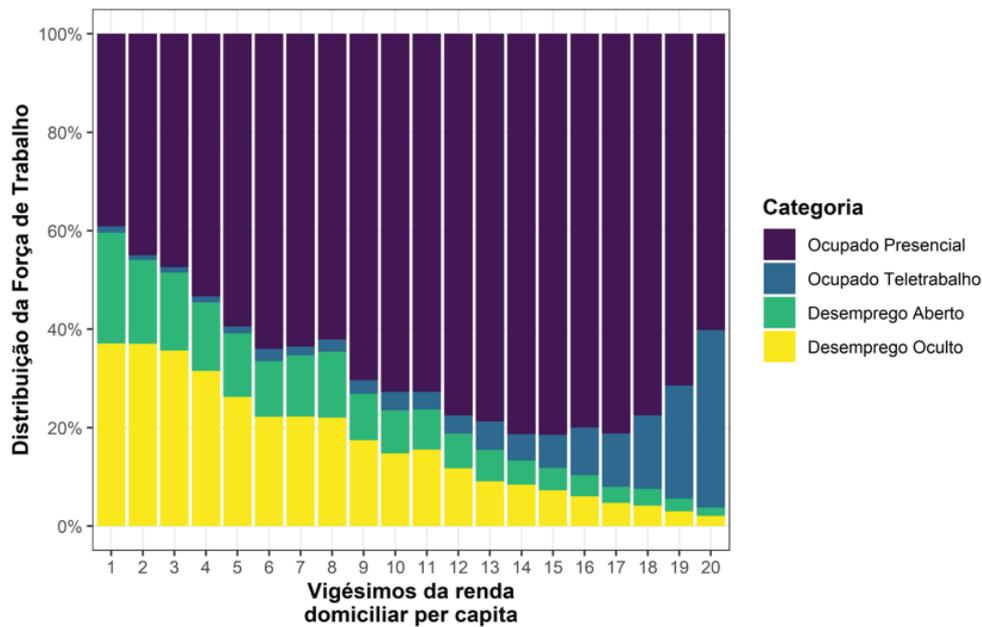
As modalidades de inserção no mercado de trabalho e as probabilidades de “sobreviver” aos choques econômicos são claramente estratificadas pelas condições socioeconômicas dos indivíduos. Tanto o desemprego oculto pelo distanciamento social como o desemprego aberto atingem de forma desproporcional os mais pobres. As pessoas ocupadas e trabalhando presencialmente concentram-se principalmente no meio da distribuição de renda. Aos mais ricos, abre-se a possibilidade de exercerem suas atividades à distância, no chamado regime de teletrabalho. Denominamos essas quatro categorias (desemprego aberto e oculto, trabalho presencial e teletrabalho), em conjunto, de Força de Trabalho Ampliada⁹⁷. O gráfico abaixo apresenta sua distribuição dentro de cada estrato da renda domiciliar *per capita*.

96 O desemprego total é dado por:
$$\frac{\text{“Pessoas em Desemprego Aberto”} + \text{“Pessoas em Desemprego Oculto”}}{\text{“Ocupados”} + \text{“Pessoas em Desemprego Aberto”} + \text{“Pessoas em Desemprego Oculto”}}$$

Nesse caso:
$$\frac{9.086.850 + 17.571.717}{78.011.415 + 9.086.850 + 17.571.717} = 25,5\%$$

97 O conceito oficial de Força de Trabalho, da Organização Internacional do Trabalho (OIT) não leva em conta o desemprego oculto pelo distanciamento social. Mas a própria OIT tem chamado a atenção para como a pandemia tem fragilizado a distinção entre “força de trabalho” e “população inativa”.

Gráfico 2 - Distribuição da Força de Trabalho (conceito ampliado) pelos estratos de renda domiciliar per capita. Brasil, maio de 2020.



Fonte. Microdados da PNAD-Covid, maio de 2020. Elaboração Própria.

Nos estratos mais pobres, quase 60% da força de trabalho se encontra numa ou noutra forma de desemprego – a grande maioria, 40%, na modalidade “oculta”. A incidência do desemprego é declinante ao longo das camadas de renda, chegando a patamares irrisórios entre os 5% mais ricos. Por contraste, 40% desse estrato superior encontram-se atualmente em alguma forma de teletrabalho. As diferenças entre os extremos da distribuição de renda tornam-se marcadas agora, de um lado pelo contraste entre a inatividade forçada ou a necessidade de se arriscar ao contágio por meio do trabalho presencial, de outro pela segurança das atividades remotas.

Na realidade, o percentual de pessoas trabalhando a partir de suas residências cresceu de 4,9%, em 2019, para 10,3% em maio de 2020. Mas o perfil desses indivíduos se alterou drasticamente. Se em 2019 os autônomos/contas-própria eram 88,3% do total das pessoas que trabalhavam em casa, hoje eles representam menos que 15% do total. Ocupados com vínculo empregatício (i.e. trabalhando para um empregador) se tornaram agora predominantes. Vale destacar que o conceito de “teletrabalho”, tal como definido pela Organização Internacional do Trabalho, refere-se a atividades exercidas por *empregados* (e não contas-própria) e que se relacionam com o empregador por meio da internet ou outros meios de Tecnologia de Informação e Comunicação (TICs). Em maio de 2020, as ocupações dominantes na modalidade de trabalho em casa aproximavam-se muito mais dessa definição.

Tradicionalmente, o trabalho realizado a partir dos próprios domicílios dos trabalhadores era atividade característica de ocupados informais, em funções de baixa

qualificação e remuneração: vendedores autônomos, doceiros e cozinheiros, costureiros, sapateiros e artesãos em couro, além de prestadores de serviços pessoais, como cabeleireiros, manicures etc. No entanto, durante a pandemia, os que trabalham a partir de seus domicílios são principalmente profissionais com ensino superior, professores, gerentes e administradores, trabalhadores de escritório. A Tabela 1 apresenta um quadro geral da alteração na composição ocupacional.

Tabela 1: Composição ocupacional do trabalho em casa: comparação entre os dados de 2019 e maio de 2020

| 2019 (Média anual) | | Maio de 2020 | |
|---|-------|---|-------|
| Principais Ocupações | % | | % |
| Alfaiates, modistas, chapeleiros, peleteiros, artesãos de tecidos, couros e materiais semelhantes | 10,8 | Profissões de ensino superior (advogados, engenheiros, contadores etc.) | 23,4 |
| Vendedores a domicílio | 8,7 | Professores | 19,0 |
| Padeiros, confeitheiros e afins | 7,2 | Diretores, Gerentes, Políticos | 8,1 |
| Vendedores em geral | 6,5 | Auxiliares de escritório | 6,9 |
| Cozinheiros | 5,6 | Profissionais e técnicos de nível médio | 6,9 |
| Especialistas em tratamento de beleza e afins | 4,9 | Vendedores a domicílio | 3,5 |
| | | | |
| Subtotal | 48,1 | Subtotal | 67,8 |
| Outras Ocupações | 51,9 | Outras Ocupações | 32,2 |
| Total | 100,0 | Total | 100,0 |

Fonte: PNAD Contínua Anual 2019, 1as Visitas; PNAD-Covid, Maio de 2020.

Essa mudança espelha o potencial de diferentes ocupações para se adaptarem às mudanças na rotina e às possibilidades de permanecer trabalhando no contexto atual. Para os autônomos tradicionais, pouco qualificados e informais, as necessárias políticas de distanciamento social representaram impossibilidade de atenderem seus clientes diretos.

Nas raras ocasiões em que o trabalho remoto é possível, a infraestrutura necessária para a realização das atividades remotas pode ser precária ou inexistente. Uma condição importante, por exemplo, é a disponibilidade e a qualidade da conexão à Internet – o que está diretamente correlacionado com a renda das famílias (abordaremos esse tema, com mais detalhes, em seção adiante). Contudo, a disponibilidade de conexões estáveis e de alta qualidade é apenas uma das condições necessárias. A segunda condição crucial é a posse de conhecimentos e habilidades digitais, as quais permitam fazer usos mais sofisticados dos serviços disponíveis online. Como destacado por Barbosa *et al.* (2020), a expansão do acesso à internet no Brasil consistiu, basicamente, na difusão do uso de aplicativos para mensagens instantâneas da participação em redes sociais. A efetivação de transações financeiras,

busca por postos de trabalho e a realização de cursos *on-line* são usos que permaneceram extremamente restritos nos últimos 15 anos às camadas mais afluentes. Os conhecimentos necessários para tais usos se assemelham bastante àqueles para a realização de teletrabalho – ou até mesmo para acesso e requisição de serviços públicos pela internet (como a solicitação de benefícios de um programa). As desigualdades digitais pré-existentes condicionaram as possibilidades de migração para o teletrabalho, mesmo nos setores econômicos nos quais a natureza das atividades poderia, em princípio, permitir realização à distância.

A remuneração daqueles que trabalhavam em casa, até o momento anterior à pandemia, era comumente penalizada. Empregados que exerciam suas atividades nos estabelecimentos dos empregadores tendem a ganhar mais, em quase todos os países e tipos de ocupação. No Brasil, em 2019, nessa mesma tendência, a renda de quem trabalhava de casa era 34% inferior à daqueles que trabalhavam fora de casa. Durante a pandemia, contudo, os trabalhadores remotos tendem a ter rendas superiores: a relação se inverteu. Durante o mês de maio de 2020, pessoas que trabalharam em casa ganharam 2,7 vezes mais do que aqueles que trabalharam fora (Tabela 2).

Tabela 2: Renda média dos grupos ocupacionais segundo trabalhar ou não em casa, antes e durante a pandemia

| Grupos Ocupacionais | 2019 | | | Maio de 2020 | | |
|---|--------------|---------|-------|--------------|---------|-------|
| | Fora de casa | Em casa | Razão | Fora de casa | Em casa | Razão |
| Forças Armadas | 4.997 | 6.947 | 1,39 | 4.427 | 7.293 | 1,65 |
| Gerentes e Diretores | 6.419 | 4.508 | 0,70 | 4.164 | 7.744 | 1,86 |
| Profissionais de Ensino Superior | 4.991 | 3.611 | 0,72 | 3.592 | 4.684 | 1,30 |
| Técnicos de Nível Médio | 2.930 | 3.215 | 1,10 | 1.972 | 3.532 | 1,79 |
| Trabalhadores de escritório | 1.845 | 1.547 | 0,84 | 1.523 | 2.079 | 1,37 |
| Trabalhadores do comércio e serviços | 1.665 | 1.091 | 0,66 | 1.259 | 2.257 | 1,79 |
| Trabalhadores da agricultura | 1.448 | 4.931 | 3,41 | 987 | 3.037 | 3,08 |
| Trabalhadores da construção e da indústria tradicional | 1.760 | 935 | 0,53 | 1.095 | 1.515 | 1,38 |
| Operadores de máquinas, motoristas e trabalhadores da indústria moderna | 1.892 | 1.195 | 0,63 | 1.518 | 2.182 | 1,44 |

| | | | | | | |
|-----------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| Ocupações elementares | 1.042 | 896 | 0,86 | 848 | 1.763 | 2,08 |
| Total | 2.324 | 1.527 | 0,66 | 1.593 | 4.289 | 2,69 |

Fonte: PNAD Contínua Anual 2019, 1as Visitas; PNAD-Covid, Maio de 2020.

Por um lado, esse resultado reflete a exclusividade e seletividade do trabalho remoto durante a pandemia: aqueles que podem optar por e/ou exercer essa modalidade já eram indivíduos em posições e ocupações previamente mais bem remuneradas. Sob essa perspectiva, o teletrabalho não seria causa da maior remuneração, mas sim o seu sintoma. Por outro, ele permite a continuidade da atividade econômica e seu exercício por um maior número de horas, o que acaba por diminuir a probabilidade de dissolução do vínculo empregatício destes profissionais. Alternativamente, aqueles já vulneráveis, com dificuldades ou impossibilitados de exercer atividades remuneradas remotamente se viram na pandemia especialmente expostos à deterioração de seus rendimentos, algo que precisaria ser aplacado pela atuação do Estado em caráter emergencial.

4. O Auxílio Emergencial

Em resposta ao agravo socioeconômico, o Congresso Nacional, por meio da lei 13.982/2020, implementou, no início de abril, uma política de transferência de renda incondicional e ampla, voltada à população mais pobre e informal. O Auxílio Emergencial (AE) é parte de um pacote amplo de políticas emergenciais, figurando ao lado de estímulos às empresas e programas voltados para trabalhadores formais (como, por exemplo, a regulação do teletrabalho e das férias coletivas, constantes na Medida Provisória 927/2020, e o Programa de Manutenção do Emprego e da Renda, da Medida Provisória 936/2020).

O AE inicialmente consistia na transferência de três parcelas de R\$ 600 para a população considerada elegível, segundo as regras do programa. No momento do fechamento deste texto (início de novembro de 2020), sua duração havia sido prorrogada até o final de 2020 (ainda que, a partir de setembro, com um benefício no valor de R\$ 300 e critérios mais estritos de elegibilidade). Todas as discussões sobre prorrogação eram bem recebidas pelo Congresso, mas produziam ressalvas e resistências no Ministério da Economia e na Presidência da República, tendo em vista seu elevado custo.

Em meados de junho, o benefício atingia 61 milhões de pessoas⁹⁸. A título de comparação, o Programa Bolsa Família (PBF) contemplava, no mês de abril de 2020, um total de 14,3 milhões de famílias (43,7 milhões de pessoas ao todo), com um benefício médio familiar de R\$ 175⁹⁹. Diferentemente do PBF, porém, o objetivo do AE não é o combate a

98 A Caixa Econômica Federal divulga os números relativos ao pagamento do Auxílio Emergencial através da seguinte página: <https://caixanoticias.caixa.gov.br/noticia/20795/auxilio-emergencial-clique-aqui-para-ver-os-ultimos-numeros>

99 Portal do Ministério da Cidadania para consulta relativa aos dados dos programas sociais: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi>

desigualdades de caráter mais estrutural, mas sim o de conter especificamente os impactos socioeconômicos da pandemia. Vale dizer que a transferência de uma quantia monetária por um curto período pré-definido não seria capaz de alterar de forma duradoura as privações que caracterizam efetivamente a condição de pobreza: habitação inadequada, pouco acesso a serviços públicos (em especial, Saúde, Educação, Segurança e Transporte), problemas de infraestrutura urbana, etc. Assim, ainda que, por construção e temporariamente, reduza as taxas de pobreza mensurada em termos monetários, dificilmente garante de fato mobilidade social duradoura para estratos não pobres. De um ponto de vista contrafactual, certamente terá evitado consequências ainda mais desastrosas, tanto econômicas como sociais, que teriam ocorrido no caso de sua inexistência. No entanto, passada a pandemia, a crise econômica ainda estará em curso; postos de empregos não serão automaticamente recuperados. A pobreza e a desigualdade possivelmente não retornarão aos patamares anteriores, mas sim para níveis mais elevados¹⁰⁰.

4.1 A implementação centralizada e “tecnológica” do AE

Boa parte do impacto da pandemia sobre o mercado de trabalho se deu num curto espaço de tempo: entre a segunda quinzena de março e a primeira quinzena de abril. Por essa razão, a efetividade do Auxílio Emergencial na contenção do choque socioeconômico dependia, em grande medida, da celeridade em sua implementação.

O governo federal teve que fazer uma escolha: realizar uma implementação predominantemente centralizada ou, alternativamente, que se valesse de maior articulação federativa, utilizando de forma mais extensiva a rede de proteção social pré-existente. Ao centralizar o cadastramento e pagamento na Caixa Econômica Federal (CEF) – uma instituição financeira vinculada ao Ministério da Economia – o Executivo federal optou pela primeira escolha. Possivelmente buscou: a) ter controle mais direto sobre o processo de concessão dos benefícios; b) minimizar problemas de coordenação e com os entes federativos; c) evitar a repartição dos créditos eleitorais advindos dessa política com outros atores subnacionais¹⁰¹.

Para o cadastramento, adotou-se uma solução totalmente digital, na qual pleiteantes ao benefício enviavam suas requisições por meio de um aplicativo para *smartphones* ou por meio de um *hotsite* da Caixa Econômica Federal. Por um lado, a utilização do recurso por aplicativos permite precisão e rapidez na distribuição dos benefícios, além da manutenção do distanciamento coletivo. Ao fazê-lo, contudo, desconsiderou três tipos de limites inerentes dessa estratégia. Em primeiro lugar, as necessidades logísticas de consolidação e tratamento de diversas bases de dados governamentais (como o CadÚnico,

¹⁰⁰ De forma secundária, o Auxílio Emergencial teria também o objetivo de estimular a manutenção do distanciamento social (reduzindo a urgência da procura de empregos para aqueles que foram demitidos, por exemplo). No entanto, há evidências de que não teria tido efeitos nessa dimensão (BARBERIA et al., 2020).

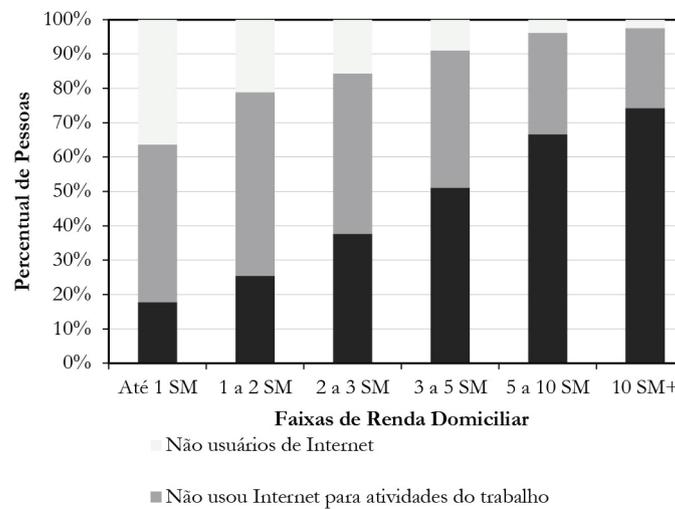
¹⁰¹ São abundantes os estudos que tratam do problema do «credit claiming» de políticas públicas. Sobre como a centralização é utilizada pelo governo federal com esse intuito, ver, por exemplo, Bueno (2018).

o CNIS, o DataPrev, dados da Receita Federal e outros cadastros públicos). Essas fontes não necessariamente conversam entre si – e isso seria fundamental para a conferência e validação das informações preenchidas pelos usuários. Em segundo lugar, as dificuldades de produção rápida de um aplicativo seguro e eficiente – o que é necessário para evitar impasses técnicos, erros e fraudes. Em terceiro lugar, as dificuldades de interação dos cidadãos com a tecnologia, seja em virtude do acesso limitado à internet, seja devido à pouca familiaridade no manejo com o aparato tecnológico, especialmente entre os menos escolarizados e mais pobres – justamente o público-alvo do programa.

Os beneficiários do Bolsa Família automaticamente migrariam para o Auxílio Emergencial, caso o benefício do novo programa superasse os do antigo. Com base em estimativas feitas a partir da PNAD Contínua, Souza *et al*(2020) estimaram que 30,5 milhões dos demais elegíveis ao AE já estariam cadastrados no CadÚnico, mas que 11 milhões ainda estariam fora dele. A busca e o cadastramento desse último e numeroso grupo seria tarefa complexa. Por essa razão, os autores sugeriram que o cadastramento conjugasse estratégias *online e offline* seria o melhor caminho. No entanto, com base no DataPrev, Casallechi (2020) mostrou que o total de cadastrados no CadÚnico (excluindo-se beneficiários do Programa Bolsa Família) que migraram automaticamente para o cadastro do Auxílio Emergencial foi de apenas 10,5 milhões de pessoas. Haveria, portanto, no mínimo 20 milhões de pessoas que, embora no CadÚnico, precisaram solicitar ativamente o benefício. E vale mencionar que as ações de cadastramento no CadÚnico vinham se reduzindo sistematicamente nos últimos anos. Com o ajuste fiscal iniciado em 2015, o Governo Federal concentra cortes de gastos nas rubricas de assistência social, fazendo com que as buscas ativas pelas equipes dos CRAS diminuíssem. Assim, o CadÚnico já experimentava grande defasagem.

Segundo dados da PNAD Contínua Anual de 2019, 20,2% dos domicílios não tinham qualquer acesso à internet. A situação era mais crítica nas regiões Norte e Nordeste. Além disso, dados da TIC Domicílios 2019, pesquisa realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br), mostram que, mesmo entre aqueles que possuem internet, as modalidades predominantes de conexão são as de tipo móvel (3G e 4G), sem banda larga ou então com banda larga de baixa velocidade (abaixo de 10 Mbps).

Gráfico 3 - Usuários de Internet na força de trabalho, por uso da Internet para atividades de trabalho (2019) - Total de usuários de Internet (%)



Fonte: TIC Domicílios 2019 (CGI.br, 2020)¹⁰². Extraído de Barbosa *et al* (2020)

Para além do acesso à internet, como já mencionado, o grau de familiaridade e de conhecimentos técnicos para usos mais sofisticados é também aspecto fundamental. Segundo a TIC Domicílios 2019, dos usuários de telefone celular que vivem em domicílios com renda até três salários mínimos, 40,2 milhões não baixaram aplicativos naquele ano. Assim, apesar da posse dos dispositivos e do acesso à internet, faziam uso restrito das tecnologias nas atividades cotidianas – o que é forte indicador de restritas habilidades digitais. A Tabela 3 mostra que a grande maioria dos indivíduos de baixa renda, mesmo possuindo internet, também não realiza consultas, pagamentos ou outras transações financeiras; nem acessa serviços públicos que envolvem a emissão de documentos ou preenchimento de formulários. Essas eram exatamente as habilidades necessárias para requisição e acesso ao AE.

Tabela 3 – Indicadores de uso de TICs¹⁰³

| Fez consultas, pagamentos ou outras transações financeiras | | | |
|---|-----------|------------|--|
| Faixas de renda | Sim | Não | Não é usuário de Internet |
| Até 1 SM | 2.600.778 | 23.886.797 | 16.843.440 |
| Mais de 1 SM até 2 SM | 6.994.625 | 25.215.917 | 11.595.678 |
| Mais de 2 SM até 3 SM | 7.967.348 | 15.101.675 | 6.205.786 |
| Realizou algum serviço público, como emitir documentos, preencher e enviar formulários ou pagar taxas e impostos pela Internet | | | |
| Faixas de renda | Sim | Não | Não é usuários de Internet ou tem menos de 16 anos |
| Até 1 SM | 2.968.844 | 23.518.732 | 16.843.440 |

102 Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação - TIC Domicílios 2019. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2020.

103 Agradecemos aos pesquisadores do CETIC/BR pelo tratamento e disponibilização dos dados.

| | | | |
|---|------------|------------|--------------------------|
| Mais de 1 SM até 2 SM | 6.298.093 | 25.912.449 | 11.595.678 |
| Mais de 2 SM até 3 SM | 6.441.765 | 16.627.259 | 6.205.786 |
| Baixou aplicativos no telefone celular | | | |
| Faixas de renda | Sim | Não | Não usa telefone celular |
| Até 1 SM | 16.854.478 | 15.607.958 | 10.868.579 |
| Mais de 1 SM até 2 SM | 21.543.808 | 15.536.461 | 6.725.950 |
| Mais de 2 SM até 3 SM | 16.790.960 | 9.141.523 | 3.342.327 |

Fonte: TIC Domicílios 2019 - Cetic.br/NIC.br.

Como resultado, em junho, mais de dois meses após a aprovação do AE, a implementação ainda enfrentava dificuldades: elevado volume de cidadãos que, sem conseguir realizar o cadastro (ou sem saber se tiveram cadastro aprovado), formavam longas filas nas agências bancárias da CEF em diversos municípios do país. Parte dos pleiteantes possuía problemas de identificação (como, por exemplo, CPF irregular) ou experimentava erros e limitações no uso do aplicativo da Caixa Econômica Federal. Além disso, casos de fraude e concessões indevidas foram também amplamente reportados pela imprensa. A partir de julho, tais problemas foram, aos poucos, reduzidos. A ação rápida contra os choques socioeconômicos, no entanto, foi comprometida.

Prates *et al*(2020) avaliam que parte dos problemas na implementação teriam sido evitados se a opção do Governo Federal não tivesse sido por extrema centralização. Uma alternativa viável seria lançar mão, de forma complementar, da rede de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Segundo o Censo SUAS de 2019, existiam 8.357 CRAS, localizados estrategicamente em áreas de maior vulnerabilidade social. Dos 5.570 municípios, apenas 48 não possuíam a instituição. Os CRAS realizam atividades que seriam particularmente importantes para a implementação do AE como por exemplo a inscrição e atualização do CadÚnico, a regularização de CPFs e o deslocamento de funcionários para atendimento de cidadãos que vivem em áreas isoladas (as chamadas “equipes volantes”). Prates *et al*(2020) argumentam que diversos problemas experimentados pelo AE poderiam ser minimizados caso houvesse articulação entre o Governo Federal, governadores dos estados e prefeitos para estabelecer uma estratégia de mobilização da estrutura e serviços especializados do SUAS.

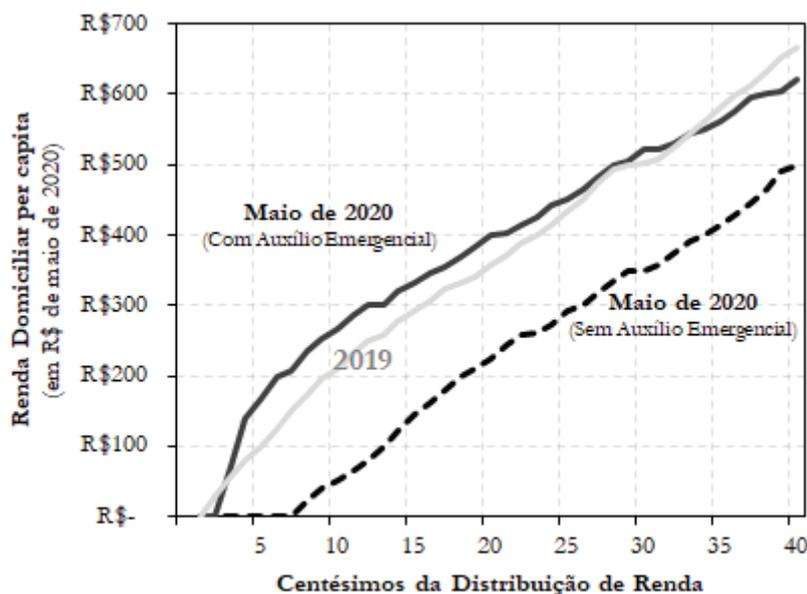
5. Efeitos sobre a renda, a desigualdade e a pobreza

A crise econômica derivada da crise sanitária e as políticas emergenciais são vetores atuantes em direções contrárias. E os resultados líquidos dessas forças sobre a renda domiciliar *per capita* serão o objeto de análise nesta seção.

No gráfico 4 abaixo, as linhas representam a renda domiciliar *per capita* média de cada um dos estratos sociais, com foco até os 40% mais pobres. A linha cinza sólida traz

os valores tal como observados em 2019 (deflacionados para maio de 2020). A linha preta tracejada apresenta como teriam sido os rendimentos médios em caso inexistência de qualquer política emergencial de transferência de renda para a população. Nesse cenário, as perdas seriam drásticas. Em função da queda de horas trabalhadas, do desemprego ou da impossibilidade de trabalhar, os 7% mais pobres (cerca de 14,7 milhões de pessoas) seriam privados de todas as suas fontes de renda.

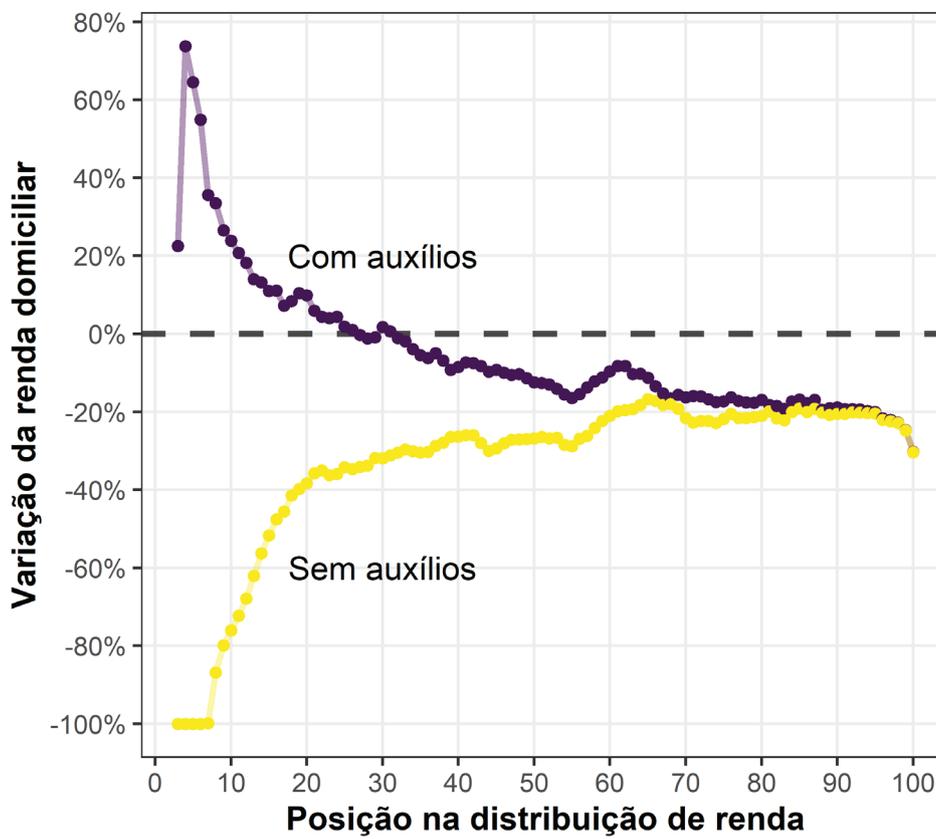
Gráfico 4 - Renda domiciliar *per capita* ao longo dos estratos 40% mais pobres: cenários *com e sem* benefícios emergenciais (maio de 2020), comparados à situação anterior (2019).



Fonte: Pnad Contínua 2019 anual; Pnad-Covid. Elaboração Própria

A despeito dos problemas de implementação identificados na seção anterior, o Auxílio Emergencial foi razoavelmente efetivo na proteção aos mais pobres. Contudo, não é possível avaliar os efeitos decorrentes dos atrasos e engargos no cadastramento e na concessão do benefício. A linha preta sólida mostra que, com a incidência do auxílio, as camadas até os 30% mais pobres tiveram suas rendas mantidas. Observamos, inclusive, um leve diferencial positivo com respeito aos níveis de 2019. Mas cabe aqui destacar que os níveis de renda dos estratos mais baixos acumularam perdas constantes desde 2015 – tal como observaram Barbosa, Souza e Soares (2020). Por essa razão, já se encontravam em nível bastante inferior ao que haviam experimentado 6 ou 7 anos antes. O AE, deste modo, acaba inadvertidamente por endereçar uma insuficiência histórica do Bolsa Família, acarretada pelo seu subfinanciamento.

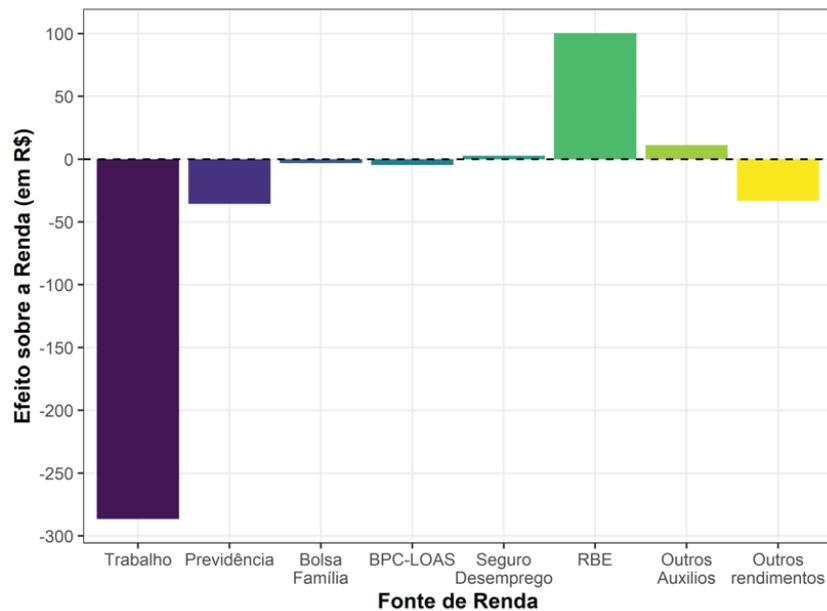
Gráfico 5 - Variação da renda domiciliar per capita ao longo dos estratos: cenários com e sem benefícios emergenciais (maio de 2020), comparados à situação anterior (2019).



Fonte: Pnad Contínua 2019 anual; Pnad-Covid. Elaboração Própria

O gráfico 5 acima mostra que medidas de transferência de renda (incluindo o Benefício de Manutenção do Emprego e da Renda, estabelecido pela MP 936, bem como benefícios emergenciais estaduais e municipais) incidiram até os 90% mais pobres da população – e lograram exercer alguma proteção contra perdas. O efeito mais intenso sobre os mais pobres (curva escura) é evidência de que, a despeito das falhas de implementação, o Auxílio Emergencial atuou de forma focalizada, protegendo os mais vulneráveis contra perdas que lhes seriam desproporcionalmente danosas (ver curva amarela). No entanto, os estratos intermediários experimentaram perdas de 10% a 20% de suas rendas domiciliares e que, mesmo com benefícios emergenciais, não foram compensadas.

Gráfico 6 - Contribuição de cada fonte de renda para a variação da renda domiciliar per capita.
Brasil, 2019 vs. maio de 2020



Fonte: Pnad Contínua 2019 anual; Pnad-Covid. Elaboração Própria

O gráfico 6 acima apresenta a contribuição de cada fonte de renda para a diferença entre os valores médios da renda domiciliar *per capita* em maio de 2020 e aquela observada em 2019. A renda do trabalho responde por quase toda a queda. Seu saldo líquido é quase R\$ 300 negativos. O único vetor positivo com alguma significância é aquele do Auxílio Emergencial. Ainda assim, sua magnitude, em torno de R\$ 100, não compensa de modo algum a queda verificada na renda do trabalho. Os outros auxílios emergenciais tiveram efeito quase irrisório. Salta aos olhos que a atuação anticíclica do BPC e do Seguro Desemprego tenha sido próxima de zero -- nesse último caso, pelo seu restrito escopo de cobertura e fixidez das regras em meio à crise econômico-sanitária. O baixo efeito do Bolsa Família justifica-se, dentre outras coisas, porque quase todos os beneficiários do programa automaticamente se converteram em recebedores do Auxílio Emergencial.

Como pode ser verificado na Tabela 4, a renda média caiu de R\$ 1441 para R\$ 1191, em maio de 2020; no entanto, sem os auxílios, teria caído para R\$ 1081. A desigualdade, medida pelo Coeficiente de Gini, cai de 0,543 para 0,492. Isso é resultado, de um lado, da proteção às rendas mais baixas pelo Auxílio Emergencial e, de outro, das perdas não compensadas dos estratos médios e altos. Essa equalização expressa, assim, um “nivelamento por baixo” ou empobrecimento das camadas médias. Na ausência das transferências de renda, a desigualdade teria saltado para 0,569 -- um valor observado nos anos 1980 e meados dos anos 1990, representando um gigantesco retrocesso distributivo. O Auxílio Emergencial promoveu ainda uma queda da taxa de pobreza, de 18,7% para 16,1%. Na ausência dos benefícios emergenciais, teria saltado para 29,8%.

Tabela 4 - Quadro síntese dos principais indicadores sobre a distribuição de renda

| Cenários | Renda Domiciliar per capita | Coefficiente de Gini | Taxa de Pobreza |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------|
| Baseline - 2019 | R\$ 1441 | 0,543 | 18,7 |
| Maiio/2020 - Com Auxílios | R\$ 1192 | 0,492 | 16,1 |
| Maiio/2020 - Sem Auxílios | R\$ 1081 | 0,569 | 29,8 |

Fonte: Pnad Contínua 2019 anual; Pnad-Covid. Elaboração Própria

Esses resultados confirmam as prospecções realizadas por Prates *et al*(2020) e por Barbosa e Prates (2020) – mas mostram que a deterioração socioeconômica foi mais intensa do que o antevisto. Neste cenário, o valor do Auxílio Emergencial parece ter sido plenamente adequado. No entanto, as perdas dos estratos médios evidenciam que as políticas dirigidas a esses setores – em especial as de preservação do emprego, mostraram-se largamente insuficientes.

6. Algumas considerações finais

O mercado de trabalho, fonte principal do sustento e do bem-estar dos domicílios, foi fortemente fragilizado como resultado da crise econômica, de características ímpares, desencadeada pela pandemia de Covid-19. O nível de emprego atingiu seu mínimo histórico, abaixo de 50%. Novas desigualdades se precipitam na forma do desemprego oculto pelo distanciamento social (que atinge severamente os mais pobres) e do teletrabalho (possibilidade aberta principalmente para os mais ricos). Alteram-se, assim, os sentidos de “ficar em casa” e “estar ocupado”. As diferenças entre os extremos da distribuição de renda tornam-se marcadas agora pelo contraste entre a inatividade forçada, a necessidade de se arriscar ao contágio por meio do trabalho presencial e a segurança das atividades remotas.

O Auxílio Emergencial, contudo, a despeito de seus problemas de desenho e implementação, logrou promover efetivamente proteção aos estratos mais pobres. Findo o benefício, contudo, a tendência é de um crescimento sistemático da pobreza acompanhada do empobrecimento dos estratos médios, visto que o cenário futuro aponta para um mercado de trabalho ainda devastado, com empresas ainda em situação crítica. Nesse contexto, é possível que novamente o mercado informal seja a saída para boa parte da força de trabalho, como fora outrora, em outras crises, causando um novo ciclo de baixa produtividade, queda geral da renda e aumento da desigualdade. A queda da renda do trabalho foi responsável por mais de R\$ 250 da queda da renda domiciliar *per capita*. O AE, contudo, compensou R\$ 100 das perdas. Outros programas tiveram efeito compensatório bastante diminuto. A proteção social garantida pelo AE, contudo, tem caráter transitório.

A melhoria em alguns indicadores (como os de desemprego, desigualdade e pobreza) deve, no entanto, ser lida com extrema cautela. Encontramo-nos, na realidade, perante os limites das medidas convencionais de diagnóstico do mercado de trabalho, em meio a um

momento tão excepcional. Impõe-se o desafio de aferir a realidade sob outras perspectivas – e de fazê-lo quase que em “tempo real”, dada a dinâmica da evolução da doença e de seus efeitos econômicos. A utilização de uma medida de desemprego ampliada é apenas um exemplo. Ainda, é necessário considerar que a pobreza é intrinsecamente multidimensional – e que seus aspectos monetários apenas deixaram, temporariamente, de se correlacionar tão fortemente com a experiência real de privações; enquanto durar o Auxílio Emergencial.

O debate político atual se volta à viabilidade política e fiscal de uma renda básica de caráter permanente – e, mesmo que focalizada (ao invés de universal), de escopo mais amplo do que os programas existentes. Uma frente parlamentar mista foi formada, envolvendo 23 dos 24 partidos representados no Congresso, indicando amplo apoio à ideia, a despeito da existência de divergências quanto aos valores a serem pagos, desenho e formas de implementação. Sem outro programa que substitua o Auxílio Emergencial, o cenário que se aproxima será bastante temerário. Caberá então observar que lições extrairemos dessa tão adversa oportunidade de planejar e nos preparar para os desafios do futuro próximo.

REFERÊNCIAS

BARBERIA, L. G. et al. Auxílio emergencial do governo tem impacto positivo na renda dos mais vulneráveis, mas não diminui mobilidade. A ausência de uma estratégia integrada do setor público enfraquece a efetividade das medidas contra a pandemia. **Boletim: Rede de Pesquisa Solidária Políticas Públicas & Sociedade**, v. 15, jul. 2020.

BARBOSA, R. et al. Crise altera o perfil do trabalho em casa e do teletrabalho. Desigualdade digital reduz rendimentos e rebaixa atividade econômica. **Boletim: Rede de Pesquisa Solidária Políticas Públicas & Sociedade**, v. 16, jul. 2020.

BARBOSA, R. J. Estagnação desigual: desemprego, desalento, informalidade e a distribuição da renda do trabalho no período recente (2012-2019). **Boletim Mercado de Trabalho: conjuntura e análise (IPEA)**, v. 67, n. 1, 2019.

BARBOSA, R. J.; PRATES, I. Efeitos do Desemprego, do Auxílio Emergencial E do Programa Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda (MP 936) sobre a renda, a pobreza e a desigualdade durante e depois da pandemia. **Boletim Mercado de Trabalho: conjuntura e análise (IPEA)**, v. 69, n. 1, 2020.

BARBOSA, R. J.; SOUZA, P. H. G. F. DE; SOARES, S. **Income Distribution During the 2010s: A Lost Decade in the Struggle Against Inequality and Poverty**. Sao Paulo, Brazil, 2020.

BUENO, N. S. Bypassing the Enemy: Distributive Politics, Credit Claiming, and Nonstate Organizations in Brazil. **Comparative Political Studies**, v. 51, n. 3, p. 304–340, mar. 2018.

CASALECCHI, A. Cenários para a despesa com o auxílio emergencial. **Instituto Fiscal Independente - Nota Técnica**, v. 42, 2020.

PRATES, I. et al. Auxílio de R\$ 600,00 precisa continuar e pode ser financiado por contribuição emergencial sobre altas rendas. **Boletim: Rede de Pesquisa Solidária Políticas Públicas & Sociedade**, v. 8, maio 2020.

SOUZA, P. H. G. F. DE et al. Estimativas de público elegível e custos do benefício emergencial criado pelo PL no 9.236/2017. **IPEA - Nota Técnica - Disoc**, v. 60, mar. 2020.

OS BRASIS DA COVID-19: ANÁLISES GEOPOLÍTICAS E GEOECONÔMICAS DA PANDEMIA

Cristovão Henrique Ribeiro da Silva

Isadora Cunha Nogueira

Luciana Santana

Estamos para completar quatro meses com a maior pandemia já experienciada na história recente da humanidade no século XXI. A última vez que algo de envergadura similar nos abalou assim, foi em 1918, com a gripe espanhola que deixou cerca de 50 milhões de mortos.

Em 2020, nem de perto os números chegam aos de cem anos atrás, e, com muita responsabilidade dos países severamente impactados, somado aos avanços tecnológicos na medicina e medidas de distanciamento social não atingiremos a marca de 500 milhões de infectados pela primeira pandemia de gripe, causado pelo vírus H1N1, no início do século passado, porém, até que surja a vacina, atingiremos a marca de 50 milhões de infectados.

Entretanto, essa pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem com ela, uma carga multifatorial dos seus efeitos, diferente do (H1N1), o impacto inicial se dá em uma questão sanitária e depois em efeito dominó e inter-relacional desemboca numa questão econômica, social, logística, política, antropológica e por fim, ela se manifesta essencialmente, como uma questão regional e eu explicarei.

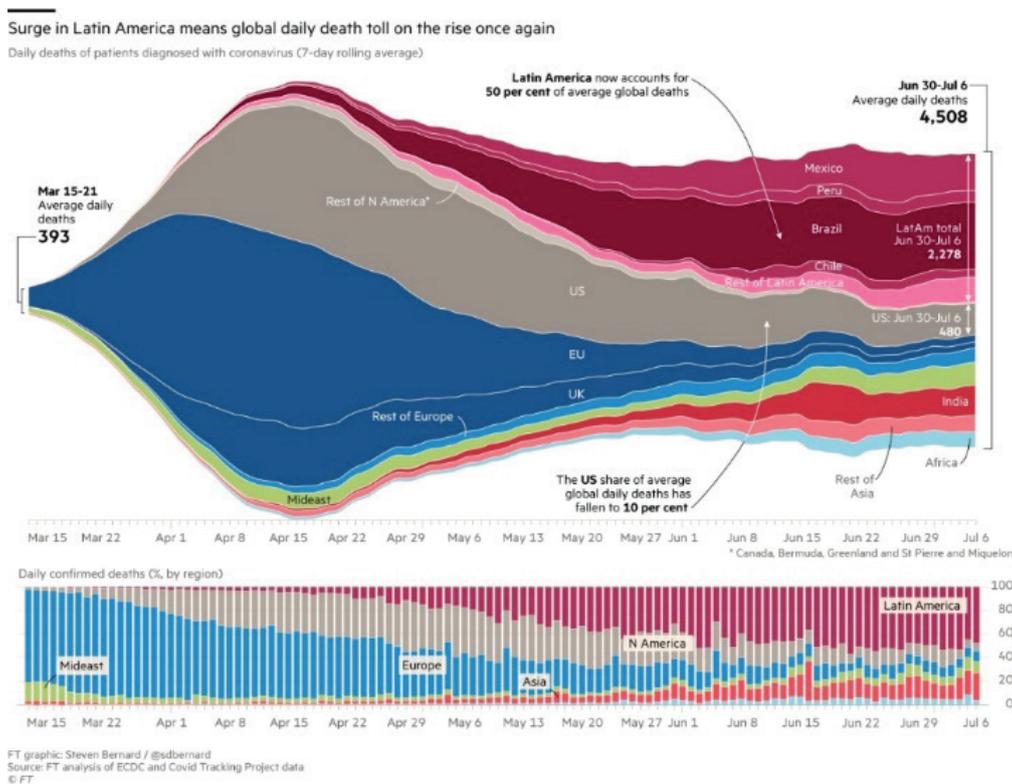
Muitos geógrafos e economistas já debateram sobre os vários brasis que temos dentro do nosso país. Jaques Lambert (1891-1947), Economista francês, debateu apresentou em seu livro “*Os dois Brasis*” o resgate da modernidade do Centro-Sul e do Sul contra o atraso e a miséria do Norte e Nordeste. Já o Professor Roberto Lobato Correa, Geógrafo, em seus estudos, apresenta uma análise regional que ele apresentou como “*três Brasis*” distintos grandes blocos regionais Centro-sul, Nordeste e Amazônia nos pós 1950. E, por fim, o também Geógrafo, Milton Santos, (1926-2001) nos explicou em sua vasta obra e produção científica, “*os quatro brasis*”, resultantes de uma regionalização em tempos de globalização que dividiria o país em região Concentrada, Centro-Oeste, Nordeste e Amazônia.

Qual seria então, para esses três cientistas, o fator em comum em suas análises? A resposta é: desigualdade regional. Neste ponto, temos de entender o Brasil do século XXI, que se apresenta para o mundo como a nona maior economia de industrialização tardia e, contraditoriamente, um dos mais desiguais, na frente apenas dos países africanos segundo os dados do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) de 2019. Por isso, essa equação socioeconômica se funde com a pandemia do novo coronavírus com traços de colapso regional do já fragilizado e subfinanciado Sistema Único de Saúde (SUS).

A crise gerada com a pandemia do novo coronavírus perpassa por uma questão regional porque é um fator que necessita fundamentalmente da ação do Estado. É nela que estão definidas as estratégias de contenção do vírus, achatamento da curva epidemiológica, assistência aos mais pobres, subsídios e incentivos fiscais e tributários a pequenas, médias e grandes empresas.

Aqui, entendemos que a tolice que antagoniza a saúde pública e economia já foi superada, mesmo que nas redes sociais ainda haja ruído conspiracionista e, chefes de Estado dos países como Turcomenistão, Brasil e Nicarágua minimizem a seriedade do período que estamos vivendo no mundo todo. E como mostra o gráfico 2, lá em março os casos tiveram uma rápida expansão epidemiológica na Europa e EUA, com uma leve estabilização, e, no Brasil, continua em uma curva ascendente acelerada.

Gráfico 1: novo coronavírus (SARS-CoV-2) e a expansão global



Mesmo com sob o ar conspiracionista, vejamos a questão regional da pandemia da (COVID-19) no Brasil, do ponto de vista dos dados, e, não esqueçamos que estamos analisando um país de proporções continentais, desigual social e regionalmente. Até o final do primeiro semestre de 2020, foram cerca 60 mil mortos Brasil, e, o impacto mais severo, excluindo a cidade de São Paulo e região metropolitana, foram sobretudo nas regiões Norte e Nordeste.

Para termos uma dimensão regional do problema dos 30.941 leitos de unidades de terapia intensiva (UTI) do SUS, 8.350, ou seja 27%, estão no estado de São Paulo, por outro lado a região Nordeste do país concentrava, no início da pandemia, apenas 18,3%, em torno de 7.657 do montante total de leitos de UTI, seguido da região Sul, 6.099 leitos, (14,6%) Centro Oeste, 3.502, representando (8,4%) e Norte 2.177 leitos cerca de (5,2%) segundo os dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

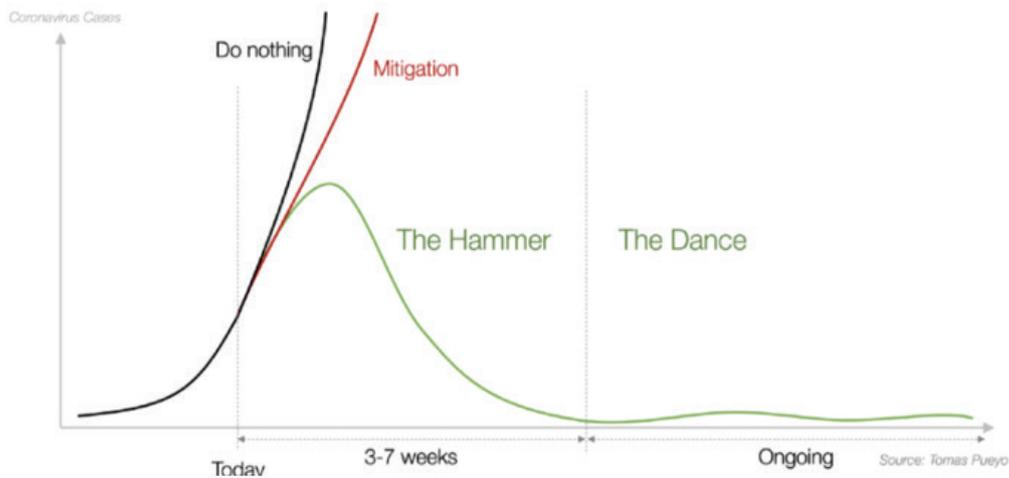
Lendo esses números e levando em conta a desigualdade regional brasileira, as valas coletivas abertas para as vítimas da (COVID-19) na cidade de Manaus (AM) e o limite próximo do SUS no estado do Ceará, fizeram sentido, mórbido, por si só. Porque falhou nestes lugares e, no país como um todo, a capacidade do Estado de entender a questão regional a altura que ela deve ser tratada, isto é, como um fator inerente a dinâmica social brasileira (RIBEIRO SILVA, 2020c).

Entretanto, para além dessa questão regional, no início do contágio nas Américas, o Engenheiro Tomas Pueyo, escreveu o artigo *The hammer and the dance*¹⁰⁴(O martelo e a dança, em tradução livre), na análise o autor propôs que cada país, deveria definir estratégias para a contenção da pandemia acertando a curva epidemiológica com um martelo, ou seja, implementando medidas severas de restrição da mobilidade social com isolamento, quarentena e *lockdowns* para que a propagação exponencial fosse contida, depois disso, os dirigentes deveriam estabelecer medidas e protocolos de convívio com o novo coronavírus.

Convívio que foi entendido, na proposta, como uma dança que praticamente consistia em adoção de normas de biossegurança, iniciativas educacionais para a população de modo geral e controle sanitário rígido evitando aglomerações poupando vidas até o surgimento de uma vacina, evitando assim, o impacto mais severo da pandemia no mundo como mostra gráfico 1.

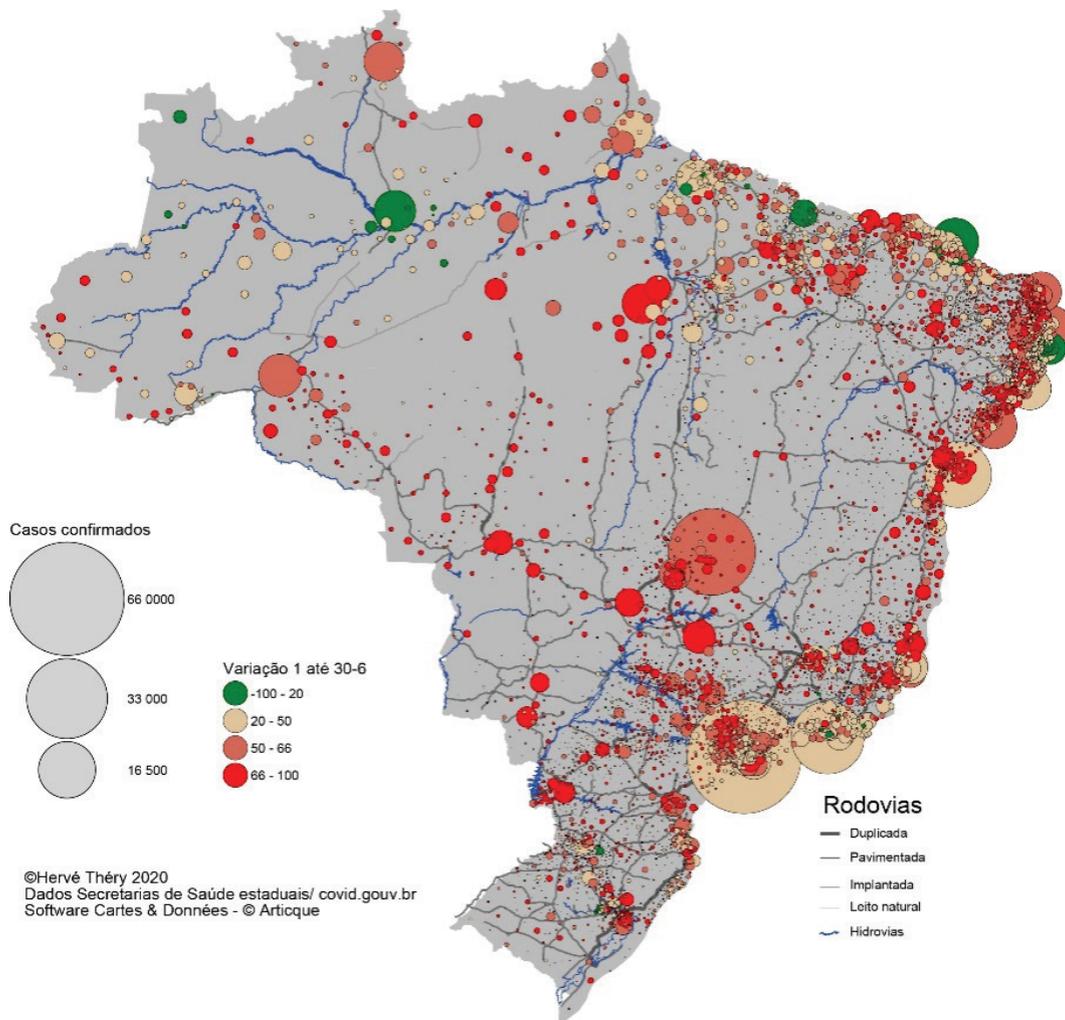
104 Tomas Pueyo - Coronavirus: The Hammer e the Dance - <https://bit.ly/2WjnPHo>

Gráfico 2: Esquema do martelo e a dança – *the hammer and the dance*.



Pois bem, no Brasil, já no findar do ano de 2020, depois temos a realidade imposta pela pandemia que se revelou com um padrão territorial, o colapso na região Norte, representado por Manaus (AM) e suas valas coletivas, evidenciou qual seria o tom desse colapso regional da saúde pública e do sistema funerário como bem expõe o mapa 1, cujos círculos vermelhos, mostra os casos confirmados, sobretudo, na região Norte do país que, concentram-se atualmente, julho de 2020, cerca de 21% dos casos de confirmados.

Mapa 1: Casos confirmados da pandemia de COVID-19 no Brasil (30/07/2020) Fonte: Hervé Thery. 2020.

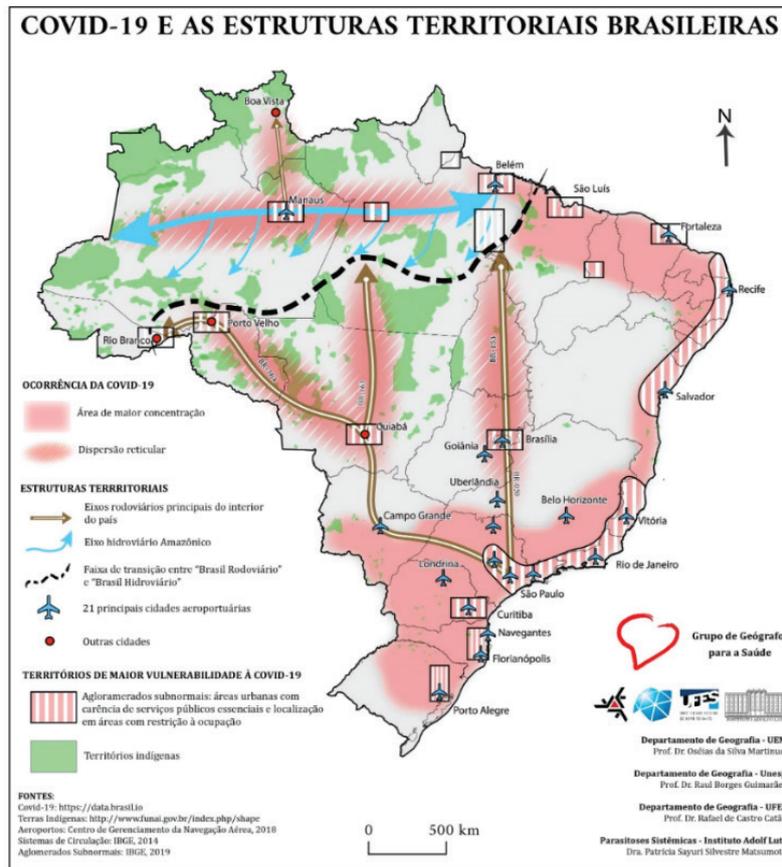


Agora, como já debatemos em outra ocasião (RIBEIRO SILVA, 2020b), ¹⁰⁵a pandemia caminha sobre nossas estruturas rodoviárias, ferroviárias e hidroviárias em direção ao interior país revelando 27 outras epidemias, representadas nas unidades federativas, que possuem peculiaridades socioeconômicas, históricas e geográficas que impõem uma resposta coordenada e estratégica.

Por exemplo, o mapa 2, mostra o eixo hidroviário amazônico onde as pessoas se deslocam para as metrópoles amazônicas em busca do atendimento já que no interior não há UTIs. Esse deslocamento geográfico se arrastou durante dias e dias em embarcações clandestinas abarrotadas de pessoas, sintomáticas e assintomáticas, elevando o potencial e velocidade da transmissão comunitária do vírus na maior floresta equatorial do planeta.

105 Questão regional da pandemia no extremo Oeste brasileiro - <https://bit.ly/2NtC4V5>

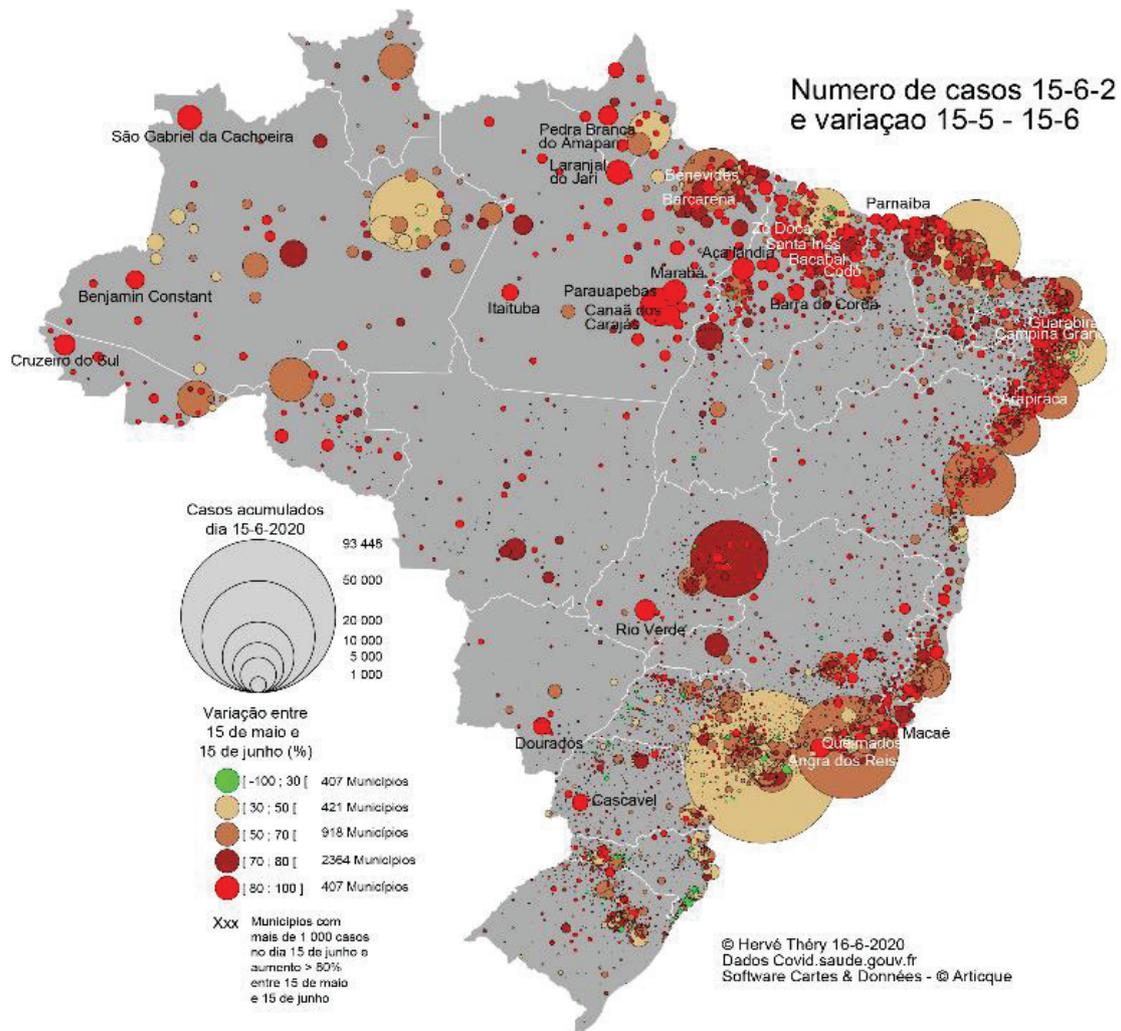
Mapa 2: Estruturas territoriais e expansão da COVID-19 no Brasil



Porém, a incompetência do Governo Federal em criar uma resposta de calibre nacional para a pandemia colocou o Brasil na rota de 3 milhões de infectados até setembro, em rápida expansão (Mapa 3), e dos 100 mil mortos em agosto.

Assim os governos estaduais e municipais se viram neutralizados nas suas iniciativas institucionais de criarem, com suas políticas públicas, os martelos para achatar a curva de contágio e, assim retirar do cálculo de óbitos, aquelas que poderiam ser mortes evitáveis, acompanhando assim o que foi sugerido na proposta do *Martelo e a Dança* de Tomas Pueyo.

Mapa 3: Casos de COVID-19 acumulados até (15/06/2020)



De modo geral a doença tem avançando em direção ao interior do país, e ainda assim, tanto interna e externamente, revela outras dimensões, para além da regional, que tratamos aqui neste tópico, a dimensão geopolítica e geoeconômica que explicaremos a seguir.

Geopolítica e Geoeconômica da covid-19

Nesse momento é difícil equacionar qual o tamanho da crise socioeconômica/geoeconômica que o novo coronavírus deixará de legado, mas sem dúvida, a COVID-19 tem alterado as dinâmicas sociais e tem incentivado novos hábitos e formas de viver em sociedade. A pandemia carrega consigo um fator inicialmente de impacto bidimensional: sanitário e geoeconômico (RIBEIRO SILVA, 2020b).

Primeiro, ela põe em xeque a capacidade do Estado em conter o pico da curva epidemiológica que exige uma complexidade de equipamentos e serviços de saúde, que uma vez expostos a alta demanda entram em colapso, e, isso se aplica a sistemas de saúde

privados, públicos de países pobres e ricos sumariamente, portanto, a estratégias de saída crise gera turbulência no sistema internacional e nas relações internacionais, assim, e o fator geopolítico aqui adquire espaço relevante no debate.

Em segundo lugar, a crise possui um fator geoeconômico, uma vez que afeta todas as cadeias produtivas globais, inclusive as de suprimento, do capitalismo contemporâneo que consiste desde a produção de *commodities* como açúcar, soja e minério de ferro até produtos de alto valor agregado como *smartphones*, TVs e demais eletroeletrônicos de modo geral.

Aqui fazemos um parêntese, há um delírio econômico, de caráter *terraplanista*, defendendo a existência de antagonismo entre Saúde e Economia. Evidentemente, as medidas sanitárias para conter a proliferação do novo coronavírus, como o distanciamento e isolamento social, as quarentenas que as cidades ao redor do mundo adotaram impactaram e tende a aprofundar os efeitos severamente nas economias dos países.

Entretanto, somos capazes de recuperar economias em depressão como mostra a experiência internacional e histórica. Diferente de vidas, que pasmem, não podem ser recuperadas! Portanto, houve um catastrófico nas medidas do México, Nicarágua, EUA e Brasil que expuseram a população ao novo coronavírus (SARS-CoV-2), com letalidade relativamente baixa (entre 1% e 2%)¹⁰⁶, mas com um potencial de contaminação demográfica elevadíssimo já que os estudos apontam que um paciente contamina entre 3 e 6 outras pessoas¹⁰⁷.

Por isso, feito essa conta é só colocar esse potencial de alastramento em um recorte demográfico de milhões, a letalidade baixa do vírus, nos dá centenas de milhares de mortos. O momento exigia cautela, dados e ciência para iluminar o obscurantismo que ronda a gestão de certos Estados nações ao redor do mundo.

Fechado o parêntese, voltando ao campo geoeconômico, e, nesse ponto repousa uma questão regional e ambiental interessante. Segundo a Agência Espacial Americana (NASA)¹⁰⁸, a poluição na China diminuiu após a paralisação das atividades industriais nas cidades em quarentena em virtude da epidemia. As imagens de satélite mostraram um declínio drástico nos níveis de dióxido de nitrogênio (NO₂) gás nocivo emitido por veículos automotores e instalações industriais na atmosfera.

As análises das imagens de satélite apontam que reduções nos níveis de (NO₂) ocorreram, em um primeiro momento, nas regiões próximas a cidade de Wuhan¹⁰⁹, epicentro da coronavírus à época, e, como um efeito dominó, à medida que as quarentenas iam avançando sua distribuição geográfica, os índices de poluição foram diminuindo gradativamente nos territórios mais industrializados.

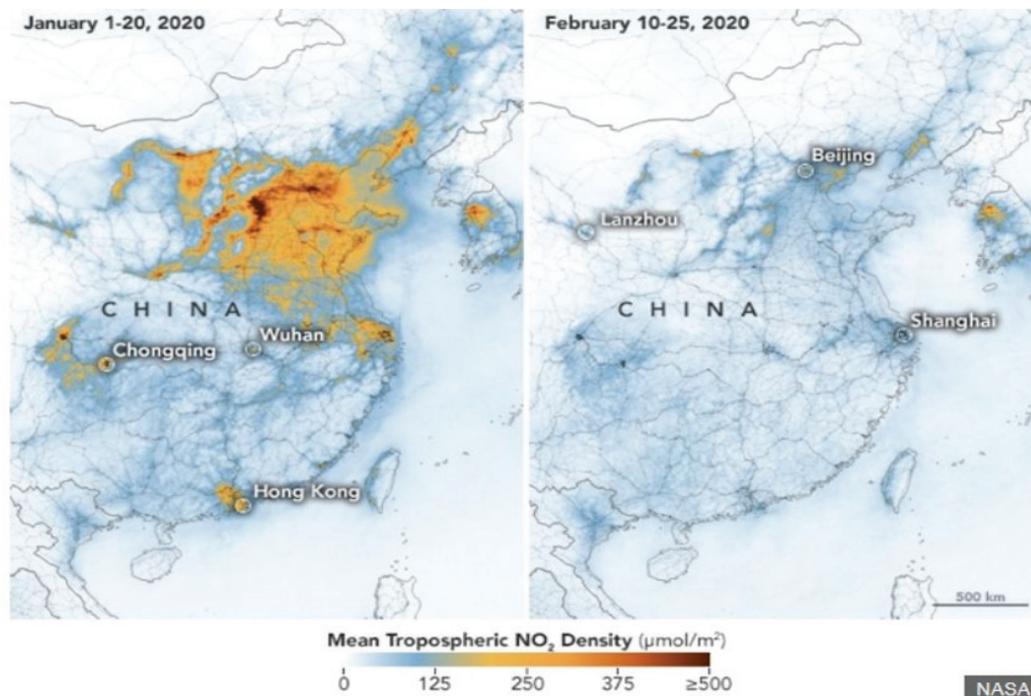
106 Talk show - Novo coronavírus SARS-CoV-2 COVID 19 - <https://fiocruz.br/coronavirus>

107 How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? - <https://bit.ly/2JeumvT>

108 Maps show drastic drop in China's air pollution after coronavirus quarantine - <https://bit.ly/3dxFl1i>

109 Bat Coronaviruses in China - <https://bit.ly/2WKmKZP>

Figura 1: Poluição atmosférica na China antes e depois do surto de (SARS-CoV-2) Fonte: NASA



De modo geral, juntamente com os economistas, os países já preveem uma recessão global para o ano de 2020, o PIB global já foi revisto neste ano e passou de 2,9% para 2,4%. Agora no final do mês de março, o grupo econômico das 20 maiores economias do planeta - (G20)¹¹⁰, fizeram um acordo com comunicado conjunto, deixando claro que os países irão injetar mais de US\$ 5 trilhões na economia global, em políticas fiscais direcionadas, medidas econômicas, políticas de transferência de renda e esquemas de garantia de abastecimento das cadeias produtivas globais de suprimentos, políticas no sentido de garantir o emprego¹¹¹, materiais médicos dentre outras estratégias anticíclicas para evitar uma debacle maior do que a que está por vir, após achatarmos a curva epidemiológica da pandemia.

Enfim, a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) é algo novo no Século XXI, e, deveria enfrentada com a alto grau de complexidade que a situação requer em decorrência de sua característica multidimensional envolvendo fatores (sanitários, econômicos, sociais, ambientais, geopolíticos, geoeconômicos).

Sem sombra de dúvida, a pandemia, já nos ensinou novas formas de nos organizar enquanto sociedade diante de outras pandemias que virão, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), protegendo a renda das parcelas sociais mais vulneráveis nas favelas, nos rincões do Brasil e mundo, porque afinal de contas, a pandemia de COVID-19, é desafio fundamentalmente geoeconômico, a vida não se exclui dessa equação e, tem sim um valor infinito.

¹¹⁰ G20 cita injeção de US\$ 5 tri na economia, proteção à vida e ao emprego <https://glo.bo/39saksx>

¹¹¹ G20 injeta US\$ 5 trilhões na economia para conter coronavírus <https://bit.ly/39h937f>

REFERÊNCIAS

BERNARDES, L. M. C. Regiões Geoeconômicas. In **IPE/SUDEC (ed.). Diagnóstico Socioeconômico do Ceará. One**, Fortaleza: IPE/SUDEC, 1964. P.109-114.

COWEN, D.; SMITH, N. After Geopolitics? From the Geopolitical Social to Geoeconomics. In: **Antipode** Vol. 41 No.1, 2009.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Região e Organização Espacial**. São Paulo: Ática, 1986

DOBBS, R.; OPPENHEIM, J.; THOMPSON, F.; MARRELS, S.; NYQUIST S. SANGHVI, S. (September 2013): **Resource Revolution: Tracking global commodity markets**. MGI: Washington: DC.

EGLER, C. A. G. As Américas: singularidades de um continente plural. In: M. P. Oliveira; M. C. N. Coelho; A. M. Corrêa (Eds.); **O Brasil, a América Latina e o Mundo: espacialidades contemporâneas**. v. I, p.142 – 167. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008a.

GEIGER, Pedro P. Organização Regional do Brasil. In: **Revista Geográfica**, v. 33 (61), 1964 p. 25-58.

LAMBERT, J. Os Dois Brasis. São Paulo: Companhia Nacional. 1964.

RIBEIRO SILVA, C. H., Acre: falta de recursos e subnotificação de casos In: SANTANA, Luciana e PEREZ, Olívia Cristina (org). **I Série especial Parceria Nexso/ABCP: Como os governos estaduais lidam com a pandemia**. 10 de maio de 2020a. Disponível em: <https://bit.ly/3crlJLt>

RIBEIRO SILVA, C. H. Questão regional e pandemia no oeste brasileiro In: SANTANA, Luciana (org). **II Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil**. Site ABCP: 08 a 12 de junho de 2020b. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/projetos/especial-abcp-2a-edicao-governos-estaduais-e-acoas>

RIBEIRO SILVA, C. H., O contágio do resto In: SANTANA, Luciana (orgs.). **III Série especial ABCP: Os governos estaduais e as ações de enfrentamento à pandemia no Brasil**. Site ABCP: 13 a 17 de julho de 2020c. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/web/projetos/especial-abcp-3a-edicao-governos-estaduais-e-acoas>

SANTOS, Milton; SILVEIRA, María Laura. **O Brasil: Território e Sociedade no início do século 21**. Rio de Janeiro: Record, 2001a, 473 p.

THERY, H. Confins, Fatores associados a difusão da epidemia de Covid-19, In: **Confins [Online]**, 46 | 2020, posto online no dia 05 julho 2020, consultado o 31 julho 2020. URL: <http://journals.openedition.org/confins/31101>

O CONFAP E O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID NO BRASIL

Fábio Guedes Gomes

Entrevista realizada por Luciana Santana

1- Como avalia a situação da pandemia de covid-19 no Brasil?

A pandemia no Brasil assumiu contornos de dramaticidade porque, em termos gerais, ela foi tratada de maneira inadequada pelo governo central, que não assumiu as responsabilidades de coordenação de uma política de enfrentamento nacional e desconsiderou a opinião da ciência sobre o fenômeno. O país poderia ter dado um exemplo ao mundo de como enfrentar esse problema como o fez no passado recente com o Zikavírus. O Brasil é um dos únicos países a contar com um sistema de política e controle epidemiológico de capilaridade nacional e que não o colocou em funcionamento de forma ordenada nessa pandemia causada pela Covid-19

2- Qual tem sido o papel do CONFAP no enfrentamento da pandemia?

O conjunto das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa lançou 22 chamadas públicas específicas para auxiliar a comunidade científica e tecnológica a enfrentar a situação nos respectivos estados. Esse total de chamadas alcançou 110 milhões de reais.

Além disso esteve em permanente diálogo com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação na construção de chamadas públicas que atendessem algumas demandas, como por exemplo os investimentos na criação e adequação para laboratórios com nível de segurança NB3 em cada região do país

3- Como avalia a papel da Ciência no enfrentamento da pandemia no Brasil? Há situações/casos que merecem destaque?

Na medida do possível e nas condições excepcionais de baixo financiamento, a comunidade científica no país está respondendo com a realização de centenas de projetos

que vão desde o desenvolvimento de equipamentos de proteção individuais, passando pela realização de inquéritos epidemiológicos, construção de modelos quantitativos de análises ao estabelecimento de parcerias internacionais para o avanço das pesquisas no campo das vacinas. Poderia fazer muito mais, entretanto os recursos são muito poucos e a principal fonte de financiamento, o FNDCT, encontra-se com mais de 85% contingenciado em 2020, o que compromete sumamente os programas de fomento do CNPq e da FINEP

4- Como avalia a papel da Tecnologia e Inovação no enfrentamento da pandemia no Brasil? Há situações/casos que merecem destaque?

A pandemia revelou um grave problema estrutural do país: a falta de desenvolvimento e transferências de tecnologias para o setor industrial e a deficiência deste em produzir equipamentos, insumos e fármacos. O fato de o país vir de longa data em um processo de desindustrialização, mostra o elevado grau de dependência tecnológica e fabril no segmento da indústria farmacêutica e de equipamentos de saúde

5- Como avalia a atuação dos governos estaduais no enfrentamento da pandemia? Quais ações tem se destacado? Quais tem sido os maiores desafios no enfrentamento da pandemia?

A pandemia atingiu as regiões e estados de maneira diferenciada, no tempo e no espaço. Os governos também reagiram de acordo com a capacidade de cada um no campo das finanças públicas, da gestão e infraestrutura de saúde pública e coordenação das ações. Foram e são muitos os desafios para os governos estaduais, pois eles têm competências definidas em constituição que devem ser compartilhadas por municípios e governo federal. Na ausência em muitos aspectos deste último, os governos estaduais tiveram que assumir responsabilidades, inclusive autorizadas pelo STF. Entretanto, ao que cabe aos governos o principal desafio foi dotar o sistema de saúde e estrutura hospitalar com condições adequadas para enfrentar o rápido processo de contaminação e demanda dos pacientes. No mais, as condições são limitadas em função das enormes responsabilidades que deveriam ser melhor distribuídas pelas competências institucionais.

7- E como avalia as relações intergovernamentais no enfrentamento da pandemia? Seja em relação ao governo federal, em relação aos governos municípios, ou mesmo entre governos estaduais?

Em relação aos municípios o governo federal praticamente os deixou a própria sorte, pois não vemos no campo da saúde grande esforços no combate a Pandemia. Certamente o Brasil teria enfrentado esse problema com muito mais altivez se essa rede de parcerias fosse ativada e o sistema de atendimento básico acionado com os programas de saúde da família, agentes comunitários e a vigilância epidemiológica. Com isso, teríamos travado uma

batalha contra o vírus fora dos hospitais, mas onde ele se prolifera, no seio das comunidades e da população. Mas isso, infelizmente não foi feito e os governos estaduais muito pouco poderiam fazer algo nessa direção

9- A pandemia de Covid pode ser considerada um marco de mudanças no “olhar” dos gestores para o investimento da pesquisa, tecnologia e inovação?

Não dá para afirmar isso ainda. Se isso fosse verdade, teríamos imediatamente a liberação dos recursos contingenciados no FNDCT. A grande maioria dos nossos gestores não acreditam no potencial científico brasileiro, mesmo com tantos exemplos em nossa história, como a EMBRAPA, EMBRAER, nossa engenharia civil e elétrica etc.

10- Como o CONFAP tem avaliado o pós pandemia? Quais as estratégias e ações tem sido planejadas?

O Confap observa com muita cautela a situação pós-pandemia, pois o ponto mais nevrálgico é mesmo do financiamento. Nesse sentido, o Confap se uniu a SBPC, ABC, ANDIFES, Confies, Conif e Consecti e criamos a Iniciativa da Ciência e Tecnologia no Parlamento Brasileiro (ICTP.Br) par atuarmos em bloco junto ao Congresso Nacional na defesa das pautas da CT&I brasileira. Temos inclusive avançado em várias delas e revertido situações emanadas do Executivo que permitem com que essas áreas não sejam ainda mais afetadas

11- E como gestor no governo estadual de Alagoas, gostaria de acrescentar informações sobre as estratégias de enfrentamento? Avanços e desafios no enfrentamento da pandemia?

O Governo de Alagoas atuou de maneira muito firme e fez elevados investimentos para preparar seu sistema público de saúde para enfrentar a crise. Pode -se afirmar sem sombra de dúvidas, que Alagoas hoje conta com a melhor saúde pública dentre os estados nordestinos, levando em consideração o que já foi inaugurado, posto em funcionamento e o que será entregue. Comparado ao sistema privado no estado, o avanço foi extraordinário. Esse será um legado muito importante para as gerações futuras. O que mais se temia não aconteceu: de deixar alagoanos e alagoanas morrerem por falta de atendimento médico ou um leito de hospital.

12- Gostaria de acrescentar alguma consideração sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil?

A pandemia revelou que o país não estava preparado para seu enfrentamento. Um dos aspectos que é importante acrescentar é o do apagão de dados estatísticos e informações

produzidas na ponta sobre os atendimentos, protocolos médicos e situação dos pacientes. A gestão de um sistema nacional de informações é uma das falhas mais graves para a tomada de decisões políticas. Estamos ainda na idade da pedra na produção das informações de saúde, especialmente nos postos de atendimentos, nos municípios etc., denotando, mais uma vez, uma grande falha de coordenação por parte do governo federal.

REFERÊNCIA

CONFAP. Site do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa. Disponível em: <https://confap.org.br/>

O CONSAD E O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID NO BRASIL

Fabício Marques Santos

Entrevista realizada por Luciana Santana

1- Como avalia a situação da pandemia de Covid-19 no Brasil?

A situação no Brasil é profundamente preocupante, pois ainda estamos na fase de desaceleração do número de pessoas infectadas e já há 3 meses com a ocorrência de mais de mil óbitos por dia. Em decorrência das proporções continentais do país, a evolução da pandemia se deu em momentos diferentes em cada região, seguindo a sazonalidade das síndromes gripais em cada parte do território nacional, o que dificultou ainda mais nossa situação.

A falta de uma estratégia nacional articulada e a ausência de cultura do país em tomar suas decisões apoiada em evidências, utilizando amplas bases de dados, tem dificultado muito o controle da pandemia no Brasil. Outro ponto, não menos relevante, é que a brutal desigualdade social no país, em que uma ampla parcela da população não tem acesso a serviços básicos essenciais, mesmo em um país de renda média em nível intermediário no cenário mundial, tornou o controle da propagação da doença ainda mais difícil e seu efeito muito mais letal que em outros países menos desigual.

Desde o início da pandemia, a OMS - Organização Mundial de Saúde recomendou que os países afetados envolvesse toda a sociedade em uma verdadeira parceria para enfrentar este desafio, segundo sua porta voz, a senhora Margaret Harris, “os países que tiveram êxito foram aqueles que estipularam parcerias com a população”, acredito que nos faltou um pouco disto.

Os dados atuais sustentam essa preocupação: o Brasil é hoje o segundo país com maior número de casos e mortes.

2- Qual tem sido o papel do CONSAD (e dos secretários de Estado) no enfrentamento da pandemia?

Mesmo num formato adverso, o trabalho de articulação desenvolvido pelo CONSAD foi muito importante neste período recente. Trabalhamos desde o primeiro momento desta pandemia para aproximar as equipes que coordenam os projetos estratégicos capitaneados pelas Secretarias de Administração e Gestão dos governos estaduais. Tivemos de dar passos maiores e fazer uso cada vez mais constante da inovação e do esforço coletivo para seguir com o trabalho costumeiro, formulando, também, estratégias para atender às novas demandas que surgiram com a Covid-19.

Mesmo isolados, os Estados se uniram para trabalhar em soluções para problemas comuns a todos, e o CONSAD cumpriu papel significativo neste sentido: Fortaleceu seu papel de hub de inovação, facilitando a troca de experiências e soluções para os desafios impostos pela pandemia; Através dos Grupos de Trabalhos criados no segundo semestre de 2019 e nos primeiros meses deste ano, gestores e equipes técnicas de diversos lugares do Brasil trocaram expertises, compartilharam conhecimentos e abriram caminhos para que os entes federativos seguissem avançando.

O trabalho colaborativo que emergiu nestes últimos meses, com foco em pensar e desenvolver coletivamente muitas soluções que foram adotadas pelos estados, tem sido o grande papel do CONSAD neste período.

3- Como avalia a atuação dos governos estaduais no enfrentamento da pandemia? Quais ações tem se destacado? Quais tem sido os maiores desafios no enfrentamento da pandemia?

Creio que estamos iniciando uma possível era de revalorização dos serviços públicos. A administração pública enfrentou muitos desafios nestes últimos tempos e criou soluções dignas de muitas comemorações. Os principais destaques dessas ações são: A ampliação da estrutura do sistema de saúde para atender aos pacientes infectados pelo Covid-19; A implementação do teletrabalho das áreas administrativas dos governos; O avanço da digitalização dos serviços públicos, com a expressiva ampliação dos serviços públicos digitais; As ações voltadas a dar transparência aos dados da evolução epidemiológica da Covid-19 e a destinação dos recursos aplicados em cada estado no enfrentamento desta pandemia.

4- Como avalia a atuação do governo federal no enfrentamento da pandemia? Quais ações e/ou (problemas) tem se destacado? Fique à vontade para citar estados que tem se destacado.

De acordo com o que avalio, o Governo Federal demorou na coordenação das ações de enfrentamento à pandemia; Só mais recentemente que vem buscando adotar uma estratégia mais efetiva de coordenação das ações públicas, que só o Governo Federal tem condições de realizar. Neste sentido, cabe destacar a criação dos seguintes Grupos de Trabalho: Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

e Internacional; Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19; Centro de Coordenação de Operações do Comitê de Crise; Grupo de Trabalho para a Coordenação de Ações Estruturantes e Estratégicas para Recuperação, Crescimento e Desenvolvimento. Ainda assim, a sensação é que ainda não temos, mesmo após quase seis meses em que estamos vivendo esta tragédia trazida pela pandemia, uma articulação efetiva para a implementação de ações mais alinhadas e coordenadas entre os diferentes entes federativos.

5- E como avalia as relações intergovernamentais no enfrentamento da pandemia? Seja em relação ao governo federal, em relação aos governos municípios, ou mesmo entre governos estaduais?

O nosso antigo problema de uma coordenação federativa efetiva ficou ainda mais claro durante esta pandemia. Volto a frisar que, a falta de uma estratégia nacional articulada entre todos os entes federativos desde os primeiros momentos da pandemia dificultou muito o controle da propagação da doença no país. Essa articulação caberia à União e, infelizmente o Governo Federal não liderou este processo.

Por outro lado, um dos desdobramentos positivos deste período foi o fortalecimento das novas formas de cooperação entre os entes federativos, notadamente a consolidação dos consórcios regionais dos estados como fórum qualificado para a adoção de estratégias coordenadas de enfrentamento aos problemas comuns de diversos entes de uma região.

6- A pandemia de Covid pode ser considerada um marco de mudanças na administração pública no país? Se sim, de que forma? Quais tem sido as mudanças?

Sim. A pandemia causada pelo COVID-19 mudou radicalmente o debate sobre atuação do Estado e, assim, renovou a pauta das reformas. No curto prazo, cresceu a demanda por atuação dos governos em resposta à emergência em saúde pública e suas repercussões socioeconômicas, e a partir de agora a pressão para a melhoria dos serviços será ainda maior, uma demanda que já vinha se intensificando nos últimos anos e que precisa ser trabalhada seriamente pelos governos de todos os níveis da federação. Neste primeiro momento, cabe destacar dois desafios urgentes: A melhoria efetiva de nossos serviços de educação pública, e a universalização do saneamento básico no país. Precisamos renovar os esforços para superar esses desafios.

Com a intensificação da demanda por maior papel do estado e melhores serviços públicos, se reforçou a urgência da produção e análise de dados pelos governos. Não podemos mais trabalhar de forma analógica, precisamos criar e consolidar uma cultura de governança orientada por dados em todas as esferas da administração pública. As decisões precisam ser baseadas em evidências, e para isto, a produção e gestão de dados e informações

precisam ser ainda mais profissionais e tempestivas. As decisões precisam acontecer com maior celeridade e efetividade, engajando e envolvendo as pessoas e as organizações neste importante processo de mudança.

7- A transformação digital da administração pública tem sido um diferencial dos governos ao longo da pandemia?

Sem dúvida. O comportamento trazido para a sociedade decorrente dos efeitos da pandemia demanda soluções inovadoras que preservem o distanciamento social, mas garantam a entrega de serviços públicos com efetividade. Com isto, a transformação Digital tornou-se um aliado imprescindível para o funcionamento da máquina pública durante a pandemia, e no pós-pandemia irá trazer benefícios incalculáveis para a população.

No âmbito do CONSAD, aproveitamos o potencial do nosso Grupo de Trabalho para a Transformação Digital - GTD.GOV para apoiar os Governos Estaduais na aceleração das ações digitais nos Estados. Em pesquisa realizada pelo nosso Grupo, aproximadamente 140 iniciativas de Transformação Digital foram desenvolvidas pelos Estados e Distrito Federal sob a influência do GTD.GOV, onde cerca de 40% destas ações foram implementadas durante a pandemia. São novos Portais de Serviços, teleatendimento ao cidadão, agendamento de serviços, projetos de Governança de Dados e painéis de informações, dentre outros.

Ressalto ainda o importante trabalho que vem sendo desenvolvido pelo Governo Federal, com o fortalecimento do Portal Gov.BR, a digitalização de serviços federais, o Programa ConecteSUS e o programa de certificação em Transformação Digital para servidores públicos.

8- Como avalia a transparência dos governos na disponibilização de informações sobre a situação da pandemia? O que melhorou e o que ainda precisa ser aperfeiçoado?

A Transparência Pública é uma conquista da administração pública que vem evoluindo no Brasil na última década. Em especial neste período de pandemia, os Governos tem se comprometido bastante com o tema. Neste sentido, ressalto a importância da sociedade civil, especialmente a criação dos Rankings de Transparência de informações sobre o COVID-19, da Open Knowledge Brasil - OKBR, e de Transparência em contratações, da Transparência Internacional Brasil. Estes Rankings não apenas estão orientando os Governos quanto ao que deve ser priorizado na promoção da transparência, mas também está incentivando os Governos a serem mais transparentes entre si.

A qualidade de dados e informações em saúde está sendo muito aprimorada em consequência dos efeitos da pandemia. Novos métodos e ferramentas estão sendo implantados e a gestão estratégica da vigilância em saúde está sendo muito aprimorada. Todos os Governos têm desenvolvido ações de Transparência Pública no âmbito da

pandemia, disponibilizando painéis interativos, bases de dados abertas, dentre outros recursos relevantes para a tomada de decisão dos gestores públicos, bem como do setor produtivo, da academia, da imprensa e da sociedade civil.

Os governos estaduais responderam com grande sucesso ao desafio de disponibilizar informações de qualidade para a sociedade neste período: O Índice de Transparência da Covid-19, idealizado pela OKBR, mostrou que, apesar de lacunas que persistem, em um curto período a maioria dos estados passou a publicar informações com alto nível de transparência sobre a evolução da epidemiológica da pandemia em seus territórios. Esse resultado mostrou que com uma boa coordenação, engajamento e trabalhando numa grande rede colaborativa, é possível nos próximos anos criarmos e consolidarmos uma cultura de governança orientada por dados nas esferas estaduais.

9- Como o painel sobre o combate à pandemia do coronavírus do Consad tem auxiliado os gestores dos estados? Não há informações de todos os estados, há algum motivo específico?

O painel CONSAD Covid-19, é um projeto colaborativo com vistas a mapear as medidas estaduais de combate à crise do coronavírus, com o objetivo de contribuir com a transparência e disseminação de boas práticas entre gestores públicos, este projeto tem se firmado como uma das principais ferramentas criadas pelo colegiado, e tem permitido que os gestores e os cidadãos pesquisem de forma interativa as medidas que estão sendo tomadas por cada estado no enfrentamento da pandemia.

Por meio do Painel, espera-se que os estados compartilhem estratégias e continuem tomando decisões assertivas no enfrentamento à pandemia. Pode-se dizer que o painel tem gerado uma boa sinergia entre os estados, diminuindo o retrabalho e proporcionando uma maior troca de experiências, além de dar maior transparência à gestão pública. Afinal, é o que a sociedade tem cobrado: mais ação, com informação de qualidade que permita o controle social do exercício do poder político. Infelizmente nem todos os estados conseguiram estruturar suas informações de acordo com as exigências de padrão requeridas pelo painel. Este é o motivo de não termos informações para um pequeno grupo de estados.

10- Como o Consad e os gestores estaduais tem avaliado o pós pandemia? Quais as estratégias e ações tem sido planejadas?

Nossas principais discussões nestes últimos meses tem sido:

- Criar maiores condições para a implementação de serviços públicos digitais, consolidando os projetos que foram implementados nos primeiros meses da pandemia;
- Estabelecimento de um regime de trabalho misto, de forma permanente a partir de agora, com adoção do trabalho remoto e presencial nas atividades administrativas dos Governos;

- Repensar as agendas que estão no Congresso, principalmente agenda das reformas administrativas, que devem se guiar pela modernização da gestão pública, visando ampliar a capacidade para os governos entregarem mais resultados com menos recursos e mais transparência.

11- E como gestor no governo estadual de Alagoas, gostaria de acrescentar informações sobre as estratégias de enfrentamento? Avanços e desafios no enfrentamento da pandemia?

No estado de Alagoas tivemos que reorganizar as principais estratégias para conseguir enfrentar os novos desafios que surgiram e continuam a aparecer diariamente. Desde o início da pandemia, estamos fazendo o uso cada vez mais constante da inovação, da transformação digital, e do esforço coletivo para continuar o trabalho e formular soluções para atender as novas demandas que surgiram com o COVID 19.

Uma das principais estratégias de enfrentamento da pandemia, foi a ampliação dos esforços de comunicação mais efetiva com a sua população, fortalecendo suas ações voltadas a informar adequadamente os cidadãos da evolução diária da propagação da pandemia do COVID-19 em seu território. Um dos projetos, foi a criação de um painel interativo sobre o COVID-19, uma parceria entre a Secretaria de Planejamento, Gestão e Patrimônio - SEPLAG e a Secretaria de Saúde - SESAU, onde, com um trabalho intenso e diário de tratamento de dados, é disponibilizado uma ampla gama de informações sobre a situação da pandemia no estado.

É um trabalho bastante minucioso e intenso, sobre o qual as equipes técnicas se debruçam com muito afinho para que possamos assegurar cada vez mais qualidade na entrega de dados diariamente. O Painel foi um ganho para a produção de informação dentro do estado, para a transparência e, principalmente, para a população alagoana.

12- Gostaria de acrescentar alguma informação, dado ou consideração sobre o tema: Governos e enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil?

Ainda não sabemos com clareza quais inovações que a gestão pública brasileira tem passado nos últimos meses, para se preparar no enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, se consolidarão nos próximos anos. A adoção do teletrabalho para os servidores da área administrativa nos estados foi uma grande inovação adotada nos últimos meses que ainda não sabemos se será o modelo adotado de forma permanente. As consequências de longo prazo dos efeitos da pandemia do novo coronavírus sobre a administração pública brasileira ainda são incertas.

Esperamos que as novas formas de gestão mais inovadoras e com condições de melhorar a entrega de resultados dos serviços públicos se mantenham. Estamos muito dedicados no CONSAD a ampliar este debate e aproveitar este momento para acelerar um processo de

modernização da gestão pública que vem sendo feito de forma muito lenta no Brasil. Ainda estamos presos à processos e formas de gestão bastante arcaicos. Gostaria de incluir alguma referência sobre ações do Consad e/ou dos governos no enfrentamento à pandemia.

O Consad tem enfrentado os desafios da pandemia com a articulação e mobilização dos seus membros através dos Fóruns e ações desenvolvidas pelos seus Grupos de Trabalho.

Conseguimos nestes últimos meses articular uma grande rede de apoio aos estados na busca pela melhoria dos serviços públicos. Aproveitamos o momento para aprofundar nossos laços com vários parceiros como o Banco Mundial, BID, BNDES, CLP, Fundação João Pinheiro, Fundação Lemann, Grupo Aliança e outros.

COVID-19: POLÍTICAS PÚBLICAS E RESPOSTAS À SOCIEDADE – A REDE SOLIDÁRIA DE PESQUISA

Lorena Barberia

Entrevista realizada por Luciana Santana

1- Como avalia a situação da pandemia de covid-19 no Brasil?

Na ausência de vacinas, testes e tratamentos, o distanciamento social é a principal estratégia para o combate da pandemia do coronavírus. Nossas pesquisas confirmam que comparados com governos subnacionais da Argentina, Espanha, Itália e EUA, as políticas foram adotadas pelos governos subnacionais com um nível moderado de rigidez. Desde março, de forma orquestrada, o governo Federal adotou medidas para fragilizar as políticas estaduais e municipais voltadas para aumentar o distanciamento físico.

Considerando que estamos há 6 meses de pandemia, é preocupante que o país se encontra em situação de alto risco. Por exemplo, o Brasil registra 468 óbitos totais por milhão de habitantes (total acumulado até 8 de agosto) superado apenas pelos EUA onde ocorreram 487 óbitos, por milhão de habitantes.

2- Gostaria que falasse um pouco sobre a Rede Solidária de Pesquisa.

A Rede de Pesquisa Solidária em Políticas Públicas e Sociedade foi formada para elevar o padrão, calibrar o foco e aperfeiçoar a qualidade das políticas públicas do governo federal, dos governos estaduais e municipais que procuram atuar em meio à crise da COVID-19 para salvar vidas. Nosso alvo é melhorar o debate e o trabalho de gestores públicos, autoridades, congressistas, colegas da imprensa, comunidade acadêmica, empresários e a todo e qualquer interessado em debater as diretrizes e ações concretas que têm impacto na vida da população. Nossa rede é multidisciplinar, multi-institucional e está em contato com centros de excelência no exterior, como a Universidade de Oxford (Reino Unido), Tulane University e a Texas A&M University (EUA).

A Rede está organizada em projetos coordenados por um pesquisador ou coordenador responsável. Hoje há 7 projetos em andamento com seus respectivos planos de pesquisa que especificam dados a ser produzidos, e notas a ser divulgadas. Ver: <https://redepesquisasolidaria.org/projetos/>.

3- Como avalia a atuação dos governos estaduais no enfrentamento da pandemia? Quais ações tem se destacado?

Temos avaliado o impacto das medidas do distanciamento social e como impactam a adesão com dados de mobilidade por celular, e com dados de pesquisa de opinião pública. As nossas pesquisas confirmam que a adesão ao distanciamento é maior em estados com políticas mais vigorosas.

As políticas públicas adotadas pelos estados ainda apresentam falhas na integração das estratégias baseadas em programas de testagem em massa e na identificação dos infectados e seus contatos. Por exemplo, os dados de testagem e as compras estaduais confirmam que a maioria dos estados brasileiros optou pela aplicação de testes sorológicos, principalmente os chamados testes rápidos, que não são utilizados no diagnóstico de pessoas infectadas e, portanto, não são os mais indicados para o controle da pandemia. Sendo assim, não há uma coordenação entre o nível de risco de infecção e a flexibilização nos estados. Isso gera muita preocupação pois sabemos pelos casos bem sucedidos que as flexibilizações dão certo quando há controle da pandemia primeiro e quando há um plano que garante control de surtos.

4- Qual a avaliação que faz das medidas/estratégias de isolamento/distanciamento social adotadas pelos governos estaduais e municipais no país?

Na ausência de vacinas, testes e tratamentos, o distanciamento social é a principal estratégia para o combate da pandemia do coronavírus. Entre maio e julho, 25 estados relaxaram as medidas de distanciamento físico. Vários governadores flexibilizam suas políticas mesmo diante do crescimento da taxa de infecção e de mortes, sendo que a média de novas mortes diárias foi pelo menos 100% maior em junho do que em maio em 17 estados. Chama atenção também que houve ao longo da pandemia, uma resposta fragmentada com muita heterogeneidade nas políticas adotadas entre estados e dentro dos estados. Como o governo federal também adotou políticas que contrariam estes esforços desde março (por exemplo liberando os serviços essenciais além de serviços indicados pela OMS e obrigando os beneficiários do auxílio emergencial sair de casa para obter ajuda), houve uma falta de clareza e coordenação do distanciamento social.

5- Qual a sua avaliação das medidas/estratégias de flexibilização das atividades econômicas no país?

Entre maio e julho, 25 estados relaxaram as medidas de distanciamento físico. Vários governadores flexibilizam suas políticas mesmo diante do crescimento da taxa de infecção e de mortes, sendo que a média de novas mortes diárias foi pelo menos 100% maior em junho do que em maio em 17 estados.

O país se encontra em situação de alto risco. Por exemplo, o Brasil registra 468 óbitos totais por milhão de habitantes (total acumulado até 8 de agosto) superado apenas pelos EUA onde ocorreram 487 óbitos, por milhão de habitantes.

6- Como avalia a atuação do governo federal no enfrentamento da pandemia?

Apesar das inúmeras diretrizes da OMS em relação à massificação dos testes, à identificação, isolamento e rastreamento de pessoas infectadas ou dos casos suspeitos, o Governo Federal deixou de elaborar e coordenar Políticas Públicas para proteger a população e salvar vidas.

Ao equalizar a atuação na Saúde com a da Economia, o governo Federal levou o país a confundir as prioridades. Ignorou que as perdas na economia seriam menores à medida em que a disseminação do vírus fosse contida mais rapidamente. Na Saúde, as medidas adotadas pelo governo Federal se dedicaram majoritariamente ao aumento da capacidade de atendimento de alta especialização, como a habilitação de leitos de UTI. Na economia, o investimento foi praticamente três vezes maior do que na Saúde.

7- Como avalia a atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento da pandemia?

No gerenciamento de uma pandemia, um país precisa ativar um sistema de emergência com regras e responsabilidades bem definidas. No Brasil, o enfrentamento das pandemias mais recentes contou com estratégias claras do governo federal, de modo a orientar o SUS e coordenar a ação dos estados e municípios. Foi assim nos casos da AIDS, do H1N1 e da SARS, que deram crédito ao Brasil no plano internacional. No caso da COVID-19, isso não aconteceu.

Desde o início da pandemia, a Rede destacou que o governo Federal não apresentou à sociedade uma estratégia clara e articulada de combate à COVID-19. Essa omissão se expressou na ausência de programas de testagem em massa, na reduzida distribuição de testes mais confiáveis no diagnóstico da doença, como o RT-PCR, na ausência de ações para identificação e isolamento dos casos suspeitos e no questionamento das políticas de distanciamento. A desorientação e subutilização do SUS, um sistema universal constitucional, a falta de transparência, assim como a amplificação dos desencontros entre os vários níveis de governo, deixaram a população desamparada e desguarnecida diante da gravidade da pandemia, com impacto direto na sua capacidade de prevenção ao vírus.

Medidas de controle da pandemia voltadas para a atenção primária somente foram identificadas a partir de junho de 2020, com a criação de Centros de Referência

no Enfrentamento da COVID-19, que fizeram uso apenas limitado das competências pré-existentes e dos instrumentos da saúde primária no Brasil. A falta de mobilização da Estratégia de Saúde da Família, estruturada ao longo dos anos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo SUS enfraquece a resistência da população ao vírus, em especial de sua parcela mais vulnerável.

Em relação às ações e medidas propostas pelo governo Federal entre março e agosto, cabe destacar que cerca de metade das normativas emitidas pelo MS, 131 de um total de 267, tiveram como objeto principal a habilitação e desativação de leitos de UTI COVID-19 e, a partir de 21 de março, a autorização do uso de leitos de hospitais de pequeno porte (HPP) para cuidados prolongados de pacientes de COVID-19. Além da disponibilidade de leitos, no que diz respeito à atenção especializada, houve a determinação dos critérios de criação de hospitais de campanha de COVID-19 em junho; embora muito hospitais de campanha já tivessem em operação desde março de 2020, alguns chegando a atingir ocupação máxima em estados como o Amazonas.

8- Como avalia a atuação do Congresso Nacional no enfrentamento da pandemia?

Houve e há hoje iniciativas muito importantes do Congresso, mas honestamente precisamos de maiores estudos baseado em a) coletar dados, b) acompanhar as leis que foram discutidas no Congresso, e c) as votações sobre as mesmas.

Recentemente, temos observado várias iniciativas no Congresso que visam corrigir falhas importantes. Há dois exemplos que quero destacar. Há ação recente para derrubar os vetos do presidente a lei das máscaras, e as propostas que estão sendo debatidas para melhorar o acesso à informação e a qualidade dos dados. São excelentes exemplos do potencial do Congresso de ser um ator importante para mudar a trajetória da pandemia com políticas específicas que podem fazer uma grande diferença.

Vale destacar que a Rede também está estudando a atuação das Assembleias Estaduais e as Câmaras Municipais. Recentemente, também observamos algumas iniciativas interessantes no legislativo estadual e municipal que merecem de maior estudo.

9- Como avalia a atuação do Judiciário no enfrentamento da pandemia?

Houve e há hoje iniciativas muito importantes do judiciário, mas honestamente precisamos de maiores estudos. O exemplo mais chamativo foi a decisão do STF em abril de permitir que as medidas estaduais ou municipais possam prevalecer. Porém, não podemos limitar nossos estudos ao STF.

Na Rede, estamos interessados e queremos entender melhor o trabalho do judiciário não somente no âmbito federal, mas também no âmbito estadual e municipal. Temos estado estudando a atuação do judiciário nestes níveis, mas ainda não temos uma sistematização

pois há que codificar e estudar as ações em vários níveis e inclusive entender a atuação do Ministério Público Federal e os Ministérios Públicos estaduais.

10- E como avalia as relações intergovernamentais no enfrentamento da pandemia? Seja em relação ao governo federal, em relação aos governos municípios, ou mesmo entre governos estaduais?

Em geral, precisamos entender melhor o grau de coordenação dentro da federação, e quais foram instâncias bem sucedidas de coordenação, e porque estas diminuíram ou perderam força ao longo do tempo.

Estamos monitorando e procurando sistematizar as relações intergovernamentais no Brasil e em comparação com outras federações. A decisão de descentralizar as estratégias de enfrentamento da pandemia no Brasil contrasta com a decisão da maioria dos países aqui analisados em outras federações. Salvo no caso de Estados Unidos, as outras federações se destacam pela coordenação das respostas por meio de suas lideranças nacionais, motivadas pela necessidade de coesão nas respostas como forma de convencer a população a atuar em conjunto contra a pandemia. No caso do Canadá e da Argentina, por exemplo, a polarização política e a rivalidade partidária não impediram o enfrentamento à pandemia. Houve alta coordenação na federação alemã também com convergência nas estratégias para controlar a propagação do vírus, mesmo com diferenças importantes no controle partidário das regiões e mesmo com a maioria de medidas sendo decretadas pelos governos subnacionais e não impostas pelo governo federal. Isso não ocorreu no Brasil.

Temos também procurando entender o andamento da pandemia dentro dos estados e especificamente a coordenação entre as políticas adotadas pelos estados e pelas capitais. Temos percebido que em alguns casos, por exemplo, Ceará e Fortaleza, houve maior coordenação nas medidas adotadas sobre o distanciamento social entre o estado e a capital. Há outros casos, porém, que mesmo com o prefeito e o governador sendo do mesmo partido, não houve alinhamento.

Houve iniciativas importantes no Nordeste para coordenar as iniciativas dos estados. Estamos procurando estudar estas iniciativas.

11- Como avalia a transparência dos governos na disponibilização de informações sobre a situação da pandemia? O que melhorou e o que ainda precisa ser aperfeiçoado?

Cabe destacar a transparência e a qualidade de dados sobre a pandemia. Desde março, nossa Rede de Pesquisa Solidária em Políticas Públicas e Sociedade pesquisa todos os dados disponíveis em sites públicos. Relatamos semanalmente nossos levantamentos e frequentemente deparamos com informações inconsistentes, incompletas e pouco acessíveis. Há exceções, mas as lacunas permanecem gigantescas. Exemplo marcante são os dados

sobre testagem. Ainda hoje, ao navegar pela página oficial do Ministério de Saúde, não se encontram dados sobre o volume e o tipo de testes realizados, notificados ou processados. A responsabilidade por essa situação é do governo federal, que precisa ser transparente e informar a população sobre a gravidade da pandemia e definir as estratégias para minimizar os danos.

Tanto ao nível federal, com ao nível de estado e municipal, os bancos de dados deveriam ser integrados para que as informações contribuíssem para entender a evolução da pandemia. O que existe são dados parciais e fragmentados. Mesmo quando um governo estadual procura dar mais transparência, temos mais um banco de dados isolado, que não dialoga com outros.

Há dados muito importantes que não temos após 6 meses e que poderiam fazer muita diferença. Por exemplo, nenhum estado ou município que temos visto informa o período entre a data da realização do teste e a data de notificação do resultado ao paciente. Essa informação é essencial para avaliar se o tempo é suficiente para o tratamento adequado. A recomendação é que os resultados não demorem mais de 2 ou 3 dias. Com dados detalhados sobre tipo de teste, idade, cor, CEP e sexo, seria possível identificar as regiões de surto com maior infecção. Isso permitiria planejar adequadamente a volta às aulas ou a retomada das creches, mesmo que a manipulação de dados pessoais exija cuidados.

12- A pandemia de Covid pode ser considerada um marco de mudanças na gestão de políticas públicas no país?

A pandemia fez evidente problemas que já existiam, e está expondo esses problemas para ficar mais evidentes.

13- Como avalia o pós pandemia no país? Há alguma evidência que demonstre que teremos um redirecionamento em políticas de saúde e de proteção/assistência social no país?

Com certeza, há que mudar muito e estudar muito para identificar políticas e investimentos que precisamos fazer hoje para estar melhor preparados para o futuro. Temos que aproveitar o momento e fazer essa sistematização.

14- Gostaria de destacar alguma informação/resultado sobre o Projeto que tem coordenado?

Pesquisa são se faz juntos com transparência e replicabilidade. Acredito muito que a comunidade científica inclusive as ciências sociais tem sido crucial em hoje não estarmos em uma situação pior.

Notas técnicas que estão disponíveis em: <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/>

AS RESPOSTAS DOS MUNICÍPIOS À PANDEMIA DE COVID-19

Marta Mendes da Rocha

Paula Emília Gomes de Almeida

Entrevista realizada por Luciana Santana

1- Como avalia a situação da pandemia de covid-19 no Brasil?

É possível afirmar que o Brasil não está vivendo uma única pandemia, uniforme, mas diversas pandemias de COVID-19, devido às diferenças no período de inserção em cada região e nos estados. Todavia, já chegamos a um ponto dramático em que mais de 97%¹¹² dos municípios do país registraram casos confirmados de COVID-19, totalizando mais de 90 mil mortos, sem considerar a subnotificação. Tivemos a vantagem inicial de uma inserção tardia do vírus e a possibilidade de aprender com os erros e acertos de outros países. Entretanto, estas e outras vantagens, como a existência de um sistema universal de saúde com a capilaridade do SUS, não foram devidamente aproveitadas. Contribuiu para isso a postura do presidente que desde o início negou a seriedade da doença e advogou contra todas as medidas com eficácia comprovada de contenção do vírus, além de fomentar uma dicotomia simplificadora entre saúde e economia. As omissões do governo federal em seu papel de indução no âmbito do SUS geraram sérios problemas de coordenação com impactos gravíssimos no gerenciamento da pandemia no país. Neste contexto, a atuação proativa de governadores e prefeitos tem sido decisiva, além da estrutura do Sistema Único de Saúde e do trabalho dos profissionais de saúde e de pesquisadores de todas as áreas ao redor do país.

2- Gostaria que falasse um pouco sobre o Projeto “Os governos municipais frente ao Coronavírus”.

O projeto é desenvolvido no âmbito do Núcleo de Estudos sobre Política Local (Nepol)

112 Disponível em: SOARES, Marcelo. Lagom Data: coronavírus no Brasil. Disponível em: <https://www.lagomdata.com.br/coronavirus>. Acessado em: 29/07/2020.

vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGCSO/UFJF) e começou na forma de uma série especial de artigos abordando as respostas dos governos municipais à pandemia de Covid-19 no Brasil. Os artigos publicados na série foram elaborados, em sua maioria, por cientistas sociais vinculados a instituições e centros de pesquisa de todas as regiões do Brasil¹¹³. Até o final de julho de 2020 tinham sido publicados 1 relatório técnico, 7 artigos temáticos e 86 artigos versando sobre 79 municípios em todas as regiões do Brasil.

A iniciativa foi motivada pela percepção de que os governos subnacionais assumiam, naquele momento, em meados de março, logo depois que a Organização Mundial de Saúde reconheceu a Covid-19 como uma pandemia, a dianteira no combate à doença no país. Assim, o objetivo da série foi abordar as medidas adotadas pelos governos municipais em diversas áreas, a velocidade das respostas oferecidas, as relações entre prefeitos e governadores, a infraestrutura e a capacidade do sistema de saúde em cada município, a evolução da curva de contágio, os obstáculos enfrentados pelos prefeitos, entre outros aspectos.

A análise dos artigos nos permitiu identificar uma série de semelhanças entre os municípios em relação às medidas adotadas – exemplos são a suspensão das aulas e a proibição de eventos com aglomerações, adotadas em todos eles – mas também importantes diferenças. Essa percepção, por sua vez, deu origem a algumas questões que nos levaram a elaborar um projeto de pesquisa voltado para a análise comparada das medidas adotadas pelos governos municipais e para a compreensão dos fatores que influenciaram as escolhas dos agentes públicos em diferentes contextos.

Neste momento, a equipe da pesquisa se dedica a duas frentes: (a) analisar quão restritas foram as medidas adotadas pelos prefeitos em cidades com mais de 200 mil habitantes e que não são as capitais de seus respectivos estados; e (b) analisar a composição e as atribuições das estruturas de assessoramento montadas nas capitais para subsidiar a tomada de decisões do prefeito e o grau de influência dessas estruturas.

Os artigos publicados mostram que os prefeitos vêm atuando sob uma série de constrangimentos e pressões. Entre eles, destacam-se as decisões dos governadores e as normas estaduais, nem sempre vinculantes, mas que oferecem um parâmetro importante para as políticas municipais. Embora o combate à pandemia venha se dando de forma bastante descentralizada, com prefeitos gozando de um amplo espaço para tomar decisões, na prática, eles são constrangidos pelas normas estaduais. Se o governo do estado decide adotar medidas menos rígidas ou relaxar as regras e é seguido pelo prefeito da capital, por exemplo, ampliam-se sobremaneira os custos para que outros prefeitos no mesmo estado persistam com medidas mais rígidas. As pressões locais contrárias às medidas de distanciamento, especialmente de empresários e comerciantes insatisfeitos com a queda de seus rendimentos, são outro fator importante para compreender as decisões dos prefeitos.

113 Disponível em: <https://nepoluffj.wordpress.com/os-governos-municipais-frente-ao-coronavirus/>. Acessado em: 03/08/2020.

Se a estrutura federativa e a autonomia dos estados e municípios permitem que os atores políticos subnacionais considerem as peculiaridades locais no processo de tomada de decisão, por outro lado, a ausência de parâmetros gerais e de uma política nacional de combate à pandemia aumenta as chances de que as decisões sejam orientadas por pressões de atores locais e que considerações relativas à evolução da doença e à capacidade do sistema de saúde sejam colocadas em segundo plano. Isso, por sua vez, abre espaço para ações fragmentadas e pouco coordenadas que, no contexto de uma pandemia com as características da Covid-19, podem comprometer seriamente os esforços dos agentes públicos de contenção da doença.

3- Como avalia a atuação dos governos municipais (e estaduais, se possível) no enfrentamento da pandemia? Quais ações tem se destacado? Quais foram/tem sido os maiores desafios no enfrentamento da pandemia?

Os artigos publicados na série especial do Nepol sugerem que, em princípio, os governos dos estados, das capitais e de várias cidades médias e pequenas mostraram uma atuação assertiva e responsável no combate à crise. Os governos agiram rápido impondo as primeiras medidas de distanciamento social no período de 11 a 18 de março, incluindo aí a proibição de eventos com aglomerações e a suspensão das aulas nas redes pública e privada, ações postas em prática em todos os casos analisados. Na semana seguinte observamos as primeiras medidas de suspensão das atividades econômicas não-essenciais. Ao mesmo tempo, os governos municipais adotaram medidas administrativas que os permitiram oferecer respostas mais ágeis à crise, e deram início às primeiras ações voltadas para a expansão da capacidade de atendimento do sistema de saúde – contratação, nomeação e suspensão de férias de profissionais de saúde e criação de novos leitos de terapia intensiva –, e para a assistência às populações e grupos que se encontravam em situação de vulnerabilidade e na iminência de experimentarem a deterioração de suas condições de vida como resultado das medidas de distanciamento. Neste momento, os governos estaduais e os prefeitos das capitais e das cidades com mais de 200 mil habitantes, com poucas exceções, pareciam agir em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, aderindo ao distanciamento horizontal. Com frequência, os que resistiram a aderir às recomendações foram instados a fazê-lo por pressão do governo estadual, da sociedade, por força de decisões judiciais ou do aumento no número de infectados.

Este quadro começou a se modificar já na primeira quinzena do mês de abril, quando vimos os primeiros casos de relaxamento das medidas de distanciamento em alguns estados (Santa Catarina, Goiás, Roraima, por exemplo), capitais (Porto Velho, Florianópolis, Porto Alegre, por exemplo) e cidades médias. Houve, entretanto, casos de estados e municípios que mantiveram as medidas restritas e até as endureceram. Desde então, a variação de posturas entre os municípios aumentou e um processo que havia começado de forma descentralizada

tornou-se ainda mais descentralizado (Moraes, 2020)¹¹⁴. Em um esforço para analisar o grau de restrição das medidas de distanciamento social em cidades com mais de 200 mil habitantes observamos que, de modo geral, houve uma tendência em acompanhar as normas estaduais e as das capitais¹¹⁵. Entretanto, algumas diferenças devem ser destacadas: as cidades médias sustentaram medidas rígidas de restrição de eventos por um período menor de tempo em comparação com as capitais e as restrições relativas ao transporte público também foram menores. Por outro lado, enquanto estados e capitais registraram leve relaxamento das medidas legais relacionadas aos estabelecimentos comerciais a partir de meados de abril, os 49 municípios com mais de 200 mil habitantes analisados sustentaram as medidas restritivas até o final de maio. No caso dos estabelecimentos industriais, há um enrijecimento das restrições nas cidades médias em meados de maio, enquanto estados e capitais mantiveram seu padrão. Nos dois casos – comércio e indústria –, contudo, a diferença entre as médias das medidas de estados e capitais, de um lado, e das cidades médias, de outro, é baixa.

Alguns estudos mostram correlação entre as medidas de distanciamento e o isolamento social de fato para estados e capitais do país, o que sugere que a população respondeu positivamente às medidas de distanciamento social implementadas por estados e municípios, com variações de caso para caso¹¹⁶. Contudo, o isolamento permaneceu, durante todo o período, muito abaixo do preconizado pelos especialistas para uma contenção eficiente da transmissão do vírus.

Um conjunto de variáveis deve ser mobilizado para compreender as dificuldades da população em realizar o isolamento social. Podemos destacar: (a) os custos econômicos envolvidos para uma parcela significativa da população em situação de insegurança de renda (desempregados, trabalhadores informais, autônomos) e os impactos sobre pequenos e médios empresários; (b) a postura errática de alguns governos subnacionais, com mensagens ambíguas que comprometeram a confiança necessária para fomentar maior adesão da população às medidas; (c) a postura negacionista do presidente da República e de confronto com governadores e prefeitos¹¹⁷; (d) a omissão do governo federal, a demora na aprovação do auxílio emergencial para a população afetada pelas políticas de distanciamento e os problemas na implementação da política; (e) os déficits de coordenação entre governo central, estados e municípios que fizeram com que as respostas governamentais e seus resultados ficassem muito aquém de suas possibilidades; entre outros.

114 Rodrigo Fracalossi de Moraes. Notas técnicas 16, 18, 19, 20 e 22. Dinte - Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2020.

115 A análise tomou como base o índice de medidas legais de distanciamento social elaborado pelo IPEA. Ver: Rodrigo Fracalossi de Moraes. Notas técnicas 16, 18, 19, 20 e 22. Dinte - Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2020.

116 Ver Moraes (2020) e Pheterick et. al., (2020). Disponível em: http://fgvclear.org/site/wp-content/uploads/news-4_estudo-oxford_covid.pdf. Acessado em: 03/08/2020.

117 Ver Ajzenman, Caalcanti e Da Mata (2020). Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3582908. Acessado em: 03/08/2020.

Estes obstáculos ajudam a explicar o agravamento do quadro a partir de abril e maio que fez do Brasil o novo epicentro da pandemia. Além disso, dentre os países mais afetados pela Covid-19, o Brasil é um dos que menos realiza testes, o que compromete a capacidade de estados e municípios de planejarem as políticas de distanciamento incluindo a decisão de quando e como relaxar as medidas.

Importante destacar, também, as ações e medidas dos governos municipais em outras áreas, com o objetivo de minimizar as consequências negativas do distanciamento social. Uma das primeiras preocupações dos governos foi com a segurança alimentar das crianças matriculadas na rede pública. Os artigos publicados na série especial do Nepol mostram que em praticamente todos os 79 municípios abordados foi criada alguma alternativa, sendo as mais comuns, a entrega de vouchers e/ou kits de alimentação às famílias. Em 19 municípios do total dos analisados na série houve preocupação com a população em situação de rua e foram desenvolvidas ações de conscientização, distribuição de kits de higiene, ampliação de vagas em abrigos e criação de novas, distribuição de refeições, gratuidade em restaurantes populares e monitoramento das condições de saúde. Várias prefeituras estabeleceram parcerias com empresas, universidades e organizações sociais para recolhimento e distribuição de doações, produção de EPIs e outros fins. Alguns municípios implementaram programas de transferência direta de renda para populações vulneráveis e/ou ações de compensação econômica e de socorro financeiro para pequenos e médios empresários. Entretanto, a grande maioria dos autores dos artigos da série converge na percepção da insuficiência das medidas para conter a deterioração da qualidade de vida das populações vulneráveis.

4- Qual a avaliação que faz das medidas/estratégias de isolamento social adotadas pelos governos estaduais e municipais no país?

Como afirmado na seção anterior, as primeiras respostas dos governos municipais – nas capitais e em várias cidades médias – sugeriam uma atitude assertiva e responsável dos prefeitos. Esse quadro começou a mudar a partir de abril gerando um cenário bastante diversificado. De um lado, entre abril e maio, vimos prefeitos que resistiram às pressões para relaxarem as medidas de distanciamento, mesmo sem um aumento considerável nas taxas de transmissão (Belo Horizonte e João Pessoa, por exemplo) e municípios que mantiveram e/ou endureceram ainda mais as medidas em função do aumento das taxas de transmissão, como ocorreu no Rio de Janeiro, São Paulo e Belém. De outro, no mesmo período, vimos o relaxamento das medidas em capitais como Florianópolis, Porto Alegre e Porto Velho. Neste meio tempo também vimos casos de municípios que haviam relaxado as medidas e voltaram a endurecê-las e os primeiros casos de *lockdown* no Ceará e no Pará. De maio a junho municípios que ainda não haviam aderido ao relaxamento começam a fazê-lo, como Rio de Janeiro, São Paulo, Belém, Fortaleza e Salvador, em alguns casos, acompanhando mudanças nas normas estaduais, em outros, de forma independente. Mais importante, alguns

desses movimentos de relaxamento ocorreram em um período de aceleração da transmissão e aumento no número de óbitos, como mostra Moraes (2020).¹¹⁸ Há, também, evidências de que o movimento de relaxamento em várias capitais não observou as recomendações da Organização Mundial de Saúde, como sugerem Pheterick et. al., 2020.¹¹⁹ Ainda assim, é difícil fazer uma avaliação geral do desempenho dos governos municipais dada a variedade das condições locais e dos tipos de relacionamento entre prefeitos e vereadores.

O fato, entretanto, de que os estados e os municípios apresentam padrões diferentes de transmissão deixa claro que as decisões dos governos subnacionais importam e têm impactos significativos nas taxas de transmissão e de óbitos. No início de agosto de 2020, na trigésima primeira semana epidemiológica, era possível observar diferentes tendências com estabilização das taxas de transmissão em alguns estados, queda em outros e um aumento do número de casos nas regiões Sul e Centro-Oeste do país.

5- Qual a sua avaliação das medidas/estratégias de flexibilização das atividades econômicas no país?

Como mencionado, os artigos publicados na série do Napol e os estudos de outros pesquisadores sugerem que as decisões sobre o relaxamento das medidas de distanciamento social não observaram os critérios e recomendações da Organização Mundial de Saúde. Estados e municípios adotaram diferentes parâmetros em suas estratégias de relaxamento e saída da quarentena, combinando informações sobre taxas de transmissão e capacidade do sistema de saúde, além de critérios regionais. Contudo, como já afirmado, a não realização massiva de testes e a enorme subnotificação não fornecem bases informacionais seguras para a tomada de decisões. Além disso, deve-se considerar o peso das pressões locais sobre as decisões de prefeitos e governadores sobre manter, endurecer ou relaxar as medidas de distanciamento. Estas parecem exercer um papel significativo sobre os gestores locais, com variações de caso a caso, ainda difíceis de serem apreendidas com exatidão. Há análises que sugerem, por exemplo, que em municípios que, em 2018, deram mais votos para o presidente Bolsonaro, a população aderiu menos às medidas de distanciamento social, o que resultou em maior exposição ao vírus.¹²⁰ Se isso for verdade, pode significar que, nestes municípios, os prefeitos encontraram mais dificuldades para manter durante um maior período de tempo as medidas de distanciamento, sendo instados ao relaxamento mais cedo.

Uma das frentes da pesquisa desenvolvida pelo Napol volta-se justamente para

118 Rodrigo Fracalossi de Moraes. Notas técnicas 16, 18, 19, 20 e 22. Dinte - Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent§ion=20&Itemid=1. Acessado em: 03/08/2020.

119 Disponível em: http://fgvclear.org/site/wp-content/uploads/news-4_estudo-oxford_covid.pdf. Acessado em: 03/08/2020.

120 Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/cidades-pro-bolsonaro-registraram-maior-taxa-de-contagio-pela-covid-19-indica-estudo-24409329>. Acessado em: 03/08/2020.

investigar os fatores que orientaram o processo de tomada de decisões dos executivos municipais. Para isso, uma de nossas estratégias é investigar a composição e as atribuições das estruturas criadas para assessorar os prefeitos – os chamados gabinetes e/ou comitês de enfrentamento da pandemia. Eles nos permitem apreender, por exemplo, que tipos de atores e informações os prefeitos buscaram privilegiar no processo de tomada de decisões e distinguir dinâmicas mais centralizadas de outras mais descentralizadas. Uma análise preliminar mostra que, no caso das capitais, há importantes variações em relação ao tamanho dos comitês, à presença, maior ou menor, dos profissionais e gestores da saúde, e de outros atores como membros do legislativo, órgãos de controle e representantes da sociedade civil. Outro interesse da pesquisa é desenvolver estratégias para captar o grau de influência dessas estruturas de assessoramento sobre as decisões de maior impacto no âmbito do município, como as medidas de suspensão de atividades não essenciais, adoção de *lockdown* e retomada das atividades econômicas.

6- Como avalia a atuação do governo federal no enfrentamento da pandemia? Quais ações e/ou (problemas) tem se destacado? Fique à vontade para citar estados que tem se destacado.

Há fortes evidências de que a postura do governo Bolsonaro diante da pandemia contribuiu fortemente para a ampliação do número de infectados e do número de óbitos no país. Referindo-se às características do Sistema Único de Saúde brasileiro e aos mecanismos que ele prevê para “coordenar escolhas políticas de estados e municípios na direção do alcance de objetivos e metas nacionais”, Machado (2020), em seu artigo na série do Nopol afirmou que: “Essa vantagem foi desprezada pelo Governo Bolsonaro, que negou não só a pandemia, mas também o próprio aprendizado institucional anterior no uso destes instrumentos de coordenação, inclusive para o combate a doenças contagiosas como a Pandemia da Influenza em 2009-2010”¹²¹.

Entre os mecanismos de coordenação supracitados, o autor destaca os “(...) dispositivos constitucionais e legais, como a Emenda Constitucional 29-2000, que estabeleceu o mínimo a ser alocado no setor por cada nível de governo, (...) a transferência condicionada de recursos para a implementação de programas federais (...) a pactuação de responsabilidades entre os três níveis de governo em uma arena federativa setorial, chamada Comissão Intergestores Tripartite”. Mecanismos que permitem superar a fragmentação que seria natural em estados federativos e com grandes desigualdades regionais como o Brasil. A comparação com outros países realça ainda mais a contribuição do governo federal para o estado de coisas da pandemia no país. A comparação mais frequente, devido à proximidade e à estrutura federativa, é com a Argentina: apesar da polarização política, governo central e subnacionais foram capazes de convergir em uma estratégia comum que vem resultando em uma gestão muito mais eficiente da pandemia.

¹²¹ Disponível em: <https://tinyurl.com/yy5ft6bd>. Acessado em: 03/08/2020.

Também há evidências científicas de que as declarações públicas do presidente contribuíram para reduzir a adesão da população ao isolamento social. Ajzenman, Caalcanti e Da Mata (2020)¹²² mostram que após as declarações do presidente negando o risco associado à Covid-19 e se posicionando contariamente ao isolamento social, este se reduziu nos municípios em que o presidente contava com maior apoio eleitoral, que possuíam maior penetração da mídia e maior proporção de evangélicos, importante base de Bolsonaro. Outra evidência de que as ações e omissões do governo federal foram cruciais para que o Brasil atingisse o atual patamar de infectados e mortos pela Covid-19 é a denúncia de genocídio e crime contra a humanidade contra Bolsonaro, apresentada por uma série de entidades no final de julho, perante o Tribunal Penal Internacional, com sede em Haia.

7- Como avalia a atuação do Ministério da Saúde no enfrentamento da pandemia?

O Brasil é um dos poucos países do mundo que trocou de Ministro da Saúde durante essa pandemia. E um dos únicos que o fez por conta de divergências políticas e negacionismo científico, e o fez duas vezes. Em meio à maior pandemia do século, a pasta está sem titular há mais de dois meses já que Eduardo Pazuello é apenas interino. Falta de coordenação, seja interna, seja entre as instâncias estaduais e municipais da saúde, seja entre executivos dos diversos níveis e com os demais poderes, foi uma característica marcante também no Ministério da Saúde. A situação é tão complicada que a comunicação de risco, uma das funções que deveria ser desempenhada pelo Ministério da Saúde, acabou sendo feita por pesquisadores, divulgadores científicos e pela imprensa tradicional.

Há alguns acertos, sobretudo, no começo da pandemia, que precisam ser destacados, como o movimento do ex-Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, quando recorreu ao Congresso Nacional – ainda em fevereiro – para aprovar a legislação que serve de base para orientar grande parte das ações durante essa pandemia (Lei 13.979). Segundo o próprio Mandetta e o então secretário nacional de vigilância em saúde, Wanderson Oliveira, partiu do Brasil o alerta à OMS de que a epidemia de COVID-19 estava se espalhando pelo mundo, levando o órgão a declarar, em 30 de janeiro de 2020, Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional por surto do novo coronavírus. O próprio Wanderson Oliveira chegou a afirmar¹²³ que o Brasil se preparava desde outubro de 2019 para um surto de influenza.

Todavia, isso contrasta com uma série de problemas que só foram piorando com a mudança das gestões. A decisão em privilegiar a aquisição de UTIs, ventiladores e hospitais de campanha por parte da gestão Mandetta, em detrimento do uso sistemático da estrutura já existente do SUS, como os agentes comunitários da Estratégia Saúde da Família para

¹²² Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3582908. Acessado em: 03/08/2020.

¹²³ Live de Átila Iamarino em 07/06 - Brasil: análise técnica da pandemia com Wanderson de Oliveira. Disponível em: <https://youtu.be/BtVZ-Gxh8dE?t=2382>. Acessado em: 29/07/2020.

efetuar o processo de rastreamento de contato, foi apontada por vários especialistas como uma grande falha na abordagem do Ministério da Saúde. Além da subnotificação, podemos citar, também, a demora em disponibilizar os dados de casos confirmados, óbitos e testes realizados, de forma clara e desagregada, para subsidiar as ações dos demais atores públicos e privados.

A relação do Ministério da Saúde com os dados referentes à pandemia de COVID-19 têm piorado a cada gestão, com a divulgação cada vez mais tardia dos dados oficiais, chegando ao ponto de o portal ficar fora do ar – o que motivou a mobilização de diversos veículos de comunicação em realizar a coleta e a compilação dos dados por conta própria, a fim de divulgá-los à população. Soma-se a isso as interferências do Presidente da República no Ministério da Saúde, seja forçando protocolos de reabertura, seja na exigência de que o MS passe a indicar tratamentos com ineficácia comprovada pela ciência para o tratamento da COVID-19 – principais motivadores da saída de Mandetta e Nelson Teich.

O Ministro Interino, Eduardo Pazuello, tem apresentado a gestão mais problemática até o momento. A aquiescência ao discurso negacionista da ciência do Presidente da República e uma série de mudanças nos critérios de definição, diagnóstico e notificação dos casos têm diminuído cada vez mais a credibilidade dos dados, afetando tanto as análises dos pesquisadores quanto as estratégias de estados e municípios. Em uma pandemia dessa magnitude, cada decisão – e não só as tomadas nesse momento, mas também as tomadas antes – tem consequências imediatas para a segurança e a saúde das pessoas.

Dados apresentados por Marcelo Soares, do Lagom Data, mostram o número de casos e óbitos na gestão de cada ministro¹²⁴: na saída de Luiz Henrique Mandetta, tínhamos 30.425 casos confirmados e 1.924 mortes por COVID-19; Nelson Teich encerra sua gestão com 218.223 casos confirmados e 14.817 óbitos; Eduardo Pazuello, com pouco mais de dois meses como interino da pasta, tem um saldo de mais de 2 milhões de casos confirmados e mais de 90 mil óbitos. Seria incorreto, contudo, personalizar a responsabilidade sobre esse quadro. Mas não resta dúvida de que as escolhas que foram feitas de quais rumos tomar refletiram nos números de casos confirmados e nos óbitos.

É preciso, assim como devemos fazer com a análise da pandemia, olhar para a atuação do Ministério da Saúde por períodos, o que coincide, também, com as diferentes gestões no cargo. É possível observar algumas continuidades e várias rupturas entre as três gestões. Luiz Henrique Mandetta esteve presente nas fases de prevenção, preparação, impacto e mitigação da pandemia de COVID-19. Ainda que sua administração tenha sido muito bem avaliada, diversas medidas tomadas – e algumas negligenciadas – ficaram aquém do que poderia ter sido executado. Parte do sucesso de seus números é também uma consequência do estágio inicial da inserção do Sars-Cov-2 no Brasil e de outros elementos que contribuíram para o engajamento social da população.

¹²⁴ SOARES, Marcelo. Lagom Data: coronavírus no Brasil. Disponível em: <https://www.lagomdata.com.br/coronavirus>. Acessado em: 29/07/2020.

Também é importante considerar que o quadro atual não é uma consequência apenas das decisões tomadas no período de impacto da pandemia ou do período imediatamente anterior. Elas são reflexo de anos de subfinanciamento do SUS, das escolhas em negligenciar áreas estratégicas, como a ciência e o parque da indústria farmacêutica, que nos custaram milhares de vidas. Todas essas medidas fazem parte do rol da prevenção e dependem de um projeto de longo prazo, o que se torna difícil, tendo em vista que a média de ocupação do cargo de Ministro da Saúde no Brasil é baixa, afetando a continuidade de certas políticas de saúde. Mandetta, é preciso lembrar, é alinhado a uma agenda de privatização da saúde pública, tendo, inclusive, votado a favor do congelamento dos gastos com saúde durante 20 anos (PEC 241), e isso refletiu-se em algumas das decisões estratégicas tomadas por ele no gerenciamento da pandemia de COVID-19.

Por último é importante destacar que após a saída de Nelson Teich e a promoção de Eduardo Pazuello como Ministro Interino foram nomeados, em menos de um mês, 21 militares – a maior parte deles sem experiência na área da saúde – resultando em uma mudança de mentalidade em todo o ministério que possibilitou, por exemplo, a não observância de recomendações da OMS e a instrução ministerial para adoção da hidroxocloroquina como tratamento para a COVID-19, à revelia de todas as evidências científicas em contrário.

Ademais, foi a partir da entrada de Pazuello que os maiores problemas relacionados ao acesso e à credibilidade dos dados da Covid-19 ocorreram, incluindo a mudança nos critérios de entrada de confirmados com o uso dos testes rápidos sem consideração da janela de sete dias do início dos sintomas. Como se sabe, esses testes tem grande potencial de distorcer as estatísticas devido à alta porcentagem de falsos positivos e negativos e pelo fato de não serem capazes de detectar quem encontra-se infectado com o Sars-Cov-2, mas apenas quem já teve a infecção. Dessa forma, não sabemos mais identificar nos números diários, a proporção correspondente ao aumento da infecção neste momento e a proporção correspondente a pessoas que foram infectadas semanas ou meses atrás. Essa pode ser uma tentativa de maquiar os dados relativos à quantidade de testes realizados. Uma das consequências deletérias é que municípios e estados que utilizam essa métrica para decidir sobre a retomada de atividades ou sua restrição estão sendo prejudicados. Por fim, trazido inicialmente para dar conta do setor de logística – função para a qual foi recorrentemente elogiado pelo Presidente Jair Bolsonaro –, Pazuello não foi capaz nem mesmo de corresponder a essa expectativa: há quase 10 milhões de testes parados por falta de reagente para processá-los¹²⁵, enquanto falta uma série de medicamentos necessários para a intubação de pacientes¹²⁶.

125 Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/07/16/A-descoordenação-da-gestão-militar-no-Ministério-da-Saúde>. Acessado em: 03/08/2020.

Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/militares-ja-ocupam-21-cargos-na-saude-em-postos-de-direcao-e-ate-em-areas-especializadas.shtml>. Acessado em: 03/08/2020.

126 Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/constanca-rezende/2020/07/21/ministerio-da-saude-admite-falta-de-remedios-para-intubacao-por-coronavirus.htm#:~:text=MPF%20cobra%20Ministério%20da%20Saúde,adotadas%20para%20resolver%20o%20problema>. Acessado em: 05/08/2020

No final do mês de julho, quando o número de óbitos por Covid-19 já ultrapassava os 80 mil, um relatório do Tribunal de Contas da União apontava que do total dos 39 bilhões destinados à pasta para o combate à pandemia apenas 29% tinham sido gastos entre março e o dia 28 de maio¹²⁷, execução considerada baixa pelo relator. Este solicitou ao Ministério da Saúde esclarecimentos sobre a execução apontando falta de critérios na divisão dos recursos entre estados e municípios. Além disso, o relator recomendou que o Ministério da Saúde ajustasse sua estratégia de comunicação a respeito das medidas de combate à pandemia em referência ao fim, ainda no final do mês de março, das entrevistas coletivas de imprensa diárias.

8- E como avalia as relações intergovernamentais no enfrentamento da pandemia? Seja em relação ao governo federal, em relação aos governos municípios, ou mesmo entre governos estaduais?

As pesquisas até agora desenvolvidas sobre o tema mostram diferentes formas de relacionamento entre os governos estaduais e municipais no que se refere ao combate à pandemia. Os artigos publicados na série especial do Nepol mostram casos de maior articulação entre governadores e prefeitos e uma tentativa de coordenar ações e medidas. O fato de prefeitos e governadores pertencerem ao mesmo partido como ocorre nas capitais do Rio Grande do Sul, São Paulo e Pernambuco pode ter facilitado uma ação articulada. Mas o alinhamento partidário parece não ser condição necessária para isso. Os artigos da série ilustram casos em que prefeito e governador apareceram juntos em manifestações públicas quando da implementação das primeiras medidas de combate à pandemia, sugerindo articulação e negociação. Em outros casos, há evidências de uma postura mais assertiva dos governos estaduais sobrando pouco espaço para os prefeitos traçarem as próprias estratégias. Há, ainda, casos em que prefeitos e governadores entraram em rota de colisão em torno do grau de restrição das medidas de distanciamento. Como já afirmado, a falta de disposição do governo federal para mobilizar os mecanismos de coordenação e indução e as arenas de pactuação podem ajudar a explicar essa diversidade de padrões de relacionamento entre governadores e prefeitos.

Da parte dos prefeitos há esforços de coordenação, como se vê, por exemplo, no artigo de Braga (2020) na série do Nepol em que o autor mostra como as associações nacionais de municípios tem mobilizado vários expedientes para pressionar o governo federal e o Congresso Nacional para o atendimento de demandas relacionadas ao financiamento e ao suporte técnico para o enfrentamento da pandemia.

127 No dia em que a matéria foi publicada o percentual gasto era de 44,9% do total. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/07/22/ministerio-da-saude-gastou-menos-de-um-terco-do-dinheiro-disponivel-para-combate-a-pandemia-diz-tcu.ghtml>. Acessado em: 03/08/2020.

9- Como avalia a transparência dos governos na disponibilização de informações sobre a situação da pandemia? O que melhorou e o que ainda precisa ser aperfeiçoado?

As instituições brasileiras ainda estão se adaptando a um padrão de transparência e abertura de seus dados compatíveis com as demandas dos movimentos pela transparência dos dados públicos. A Open Knowledge Brasil (OKBR) têm desempenhado, desde o início da pandemia, um trabalho muito importante criando um índice de transparência dos dados da COVID-19¹²⁸ e mostra que, embora com algumas oscilações, o nível de transparência de estados, capitais e do governo federal tem crescido com o passar do tempo. Por outro lado, há espaço para bastante avanço nesse aspecto. O atraso na atualização de dados e os problemas na forma de sua disponibilização, por exemplo, são recorrentes em todos os níveis. O respeito à Lei de Acesso à Informação foi outro motivo de embate com o governo federal, com o presidente restringindo a LAI em março, através da Medida Provisória 928, que foi derrubada pelo STF no final de abril. Mesmo assim, o governo Bolsonaro teve o pior índice de resposta aos pedidos feitos via LAI, concedendo apenas 54% dos acessos solicitados¹²⁹.

No que se refere às estratégias de comunicação com a população local, há importantes variação entre os municípios. É possível observar um uso intensivo pelos prefeitos das mídias sociais para se comunicarem com a sociedade e informar sobre as medidas adotadas. Muitas prefeituras centralizaram as informações sobre o combate à pandemia criando portais específicos ou uma seção específica em seus respectivos portais com informação sobre a doença, formas de transmissão, prevenção e protocolos de ação, divulgando boletins epidemiológicos diários e informando sobre as medidas adotadas. Contudo, há evidências de que falta transparência em relação à aplicação dos recursos destinados ao combate à pandemia, seja pela ausência de informação ou pela dificuldade para acessá-las. Por outro lado, a incorporação de representantes de órgãos de controle nos comitês/gabinetes municipais de combate à pandemia demonstra preocupação de alguns prefeitos em dar mais transparência para as suas ações. Além disso, como mostra um dos artigos da série especial do Nepol, é preciso considerar o papel da câmara municipal e dos vereadores como agentes de controle no nível local. São necessários mais estudos para avaliar em que medida os legislativos locais têm mobilizado os recursos à sua disposição para pressionar o Executivo por mais transparência em suas ações.

10- A pandemia de Covid pode ser considerada um marco para mudanças na gestão de políticas públicas no país? Se sim, de que forma? Em quais áreas?

128 OPEN KNOWLEDGE BRASIL (OKBR). Transparência COVID-19 2.0: boletins semanais. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/boletins.html>. Acessado em: 30/07/2020.

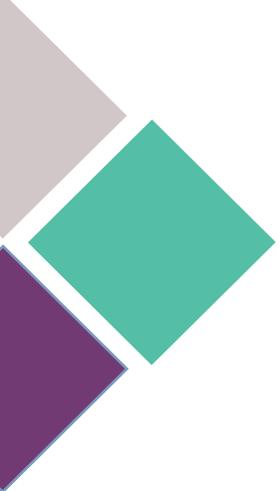
129 CARNEIRO, M.; SETO, G.; GARCIA, N. Governo Bolsonaro registra o pior índice de respostas pela Lei de Acesso à Informação da história. Folha de São Paulo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2020/07/governo-bolsonaro-registra-o-pior-indice-de-respostas-pela-lei-de-acesso-a-informacao-da-historia.shtml>. Acessado em: 30/07/2020.

A literatura especializada em desastres mostra que momentos como esses abrem janelas de oportunidade para transformações. Entretanto, as mudanças espontâneas tendem a ser mais incrementais do que muita gente esperaria. A tendência geral das pessoas, no entanto, é buscar voltar às práticas do período pré-desastre; quanto menor a permanência do período de impacto – que é o que estamos vivendo – mais forte essa tendência se manifesta. No lado das instituições vemos algo similar. É difícil prever com um grau alto de acerto o que vai acontecer, todavia, observar as posturas das várias instituições e entes federados nos fornece pistas sobre a tendência no pós-pandemia.

No âmbito federal, temos um executivo anticidência que nega a gravidade da COVID-19, de modo que mesmos os esforços de mitigação das consequências da pandemia para a população realizados pelo executivo federal foram alvo de intensa disputa. O legislativo federal vem atuando de forma ativa na votação de uma série de propostas, entretanto, a maioria tem sido de pautas pré-existentes que foram para a agenda decisional impulsionadas pela emergência. É possível que algumas decisões sejam revistas, como a PEC 241, do congelamento de gastos com saúde e educação, ainda assim, não ocorrerá sem disputas. Os casos de políticas públicas estaduais e municipais, por sua vez, precisam ser pensados de forma separada. É possível que em alguns locais haja uma mudança de postura na formação de políticas públicas, mas com um impacto mais restrito se comparado a uma política pública federal, por exemplo.

Por último, é importante considerar os dramáticos efeitos sociais e econômicos mais imediatos da pandemia. Vários analistas e instituições alertam para a tendência de forte retração econômica, aumento do desemprego, da desigualdade social e da pobreza na América Latina nos próximos anos. Isso significa que mesmo que haja interesse e motivação entre os atores políticos e a sociedade civil organizada para realizar mudanças nas políticas públicas de saúde, qualquer ação, de fato, será fortemente constrangida pelas consequências imediatas da pandemia¹³⁰.

¹³⁰ Disponível em: <https://brasil.elpais.com/economia/2020-07-31/america-latina-vivera-a-recessao-mais-abrupta-da-historia.html>. Acessado em: 06/08/2020.



SOBRE AUTORES

Aline de Souza possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Minas Gerais, com período sanduíche na Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha. Atualmente é aluna de mestrado em Economia no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR/UFMG) e membro do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC).

Ananda Marques é mestra em ciência política pela UFPI (Universidade Federal do Piauí) e faz parte do Comitê Executivo da Rede Brasileira de Mulheres Cientistas (RBMC). E-mail: abmrqs@gmail.com

André Demarchi é antropólogo, professor e pesquisador na Universidade Federal do Tocantins. Doutor em antropologia cultural pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenador do NEAI (Núcleo de Estudos e Assuntos Indígenas) e membro do NAIPE (Núcleo de Arte, Imagem e Pesquisa Etnológica). Email: andredemarchi@uft.edu.br.

Breno Rodrigo de Messias Leite é mestre em ciência política pela UFPA (Universidade Federal do Pará). Atualmente é professor do curso de relações internacionais da Faculdade La Salle (Manaus). E-mail: breno-rodriigo@hotmail.com

Bruno de Castro Rubiatti é Doutor em Ciência Política pela Unicamp, com estágio de pós-doutoramento na UFPI. Professor de Ciência Política da UFPA. Líder do Grupo de pesquisa no CNPq “Instituições Políticas: Processo Legislativo e Controle”. E-mail: bcrubiatti@gmail.com

Carla Galvão Pereira é Doutora em Ciências Sociais (UFBA). Professora do Departamento de Ciência Política da UFBA e Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas em Humanidades- CRH/UFBA nos grupos “Política: teoria, instituições e pensamento” e “Núcleo Salvador do INCT Observatório das Metrôpoles”. E-mail: galvaocp@yahoo.com.br

Carolina Requena é Doutora em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora do Centro de Estudos da Metrópole. E-mail: requena.carol@gmail.com

Cláudio André de Souza é Mestre e Doutor em Ciências Sociais (UFBA). Professor Adjunto de Ciência Política da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania (UCSAL). E-mail: claudioandre@unilab.edu.br

Cristovão Henrique é Geógrafo e Internacionalista - Professor do Curso de Geografia do CFCH - Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Acre (UFAC) – cristovamhenrique7@gmail.com E administra o site geoeconomico.com.br

Déborah Monte é Doutora em Relações Internacionais pela PUC Minas. É professora na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e líder do grupo de pesquisa no CNPQ – GeDem: Grupo de Estudos sobre Democracia, Instituições e Desigualdades. E-mail: deborahmonte@ufgd.edu.br

Eduardo Lazzari é doutorando em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisador do Centro de Estudos da Metrópole. E-mail: eduardo.lazz@hotmail.com

Elaine Regina Prudencio Hipólito da Silva é graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, possui especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libânes, especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” e especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Anhanguera- Uniderp. E-mail: laine_prudencio@hotmail.com

Emerson Oliveira do Nascimento é Doutor em ciência política UFPE (Universidade Federal de Pernambuco) e professor da Ufal (Universidade Federal de Alagoas). E-mail: emersondonascimento@yahoo.com.br

Fábio Guedes Gomes é Doutor em Administração pelo Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Bahia (NPGA/UFBA). Professor de Economia da Universidade Federal de Alagoas (FEAC/UFAL) e dos Programas de Pós-Graduação em Economia Aplicada (CMEA/UFAL) e Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para Inovação (ProfNIT/UFAL). Diretor Presidente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (Fapeal). Presidente do Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (Confap). E-mail: fbgg40@gmail.com

Fabício Marques Santos é mestre em economia pela FEA/USP (Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo), secretário de Planejamento, Gestão e Patrimônio do estado de Alagoas e presidente do Consad (Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração). E-mail: fabricio.msantos@yahoo.com.br

Francymonni Yasmim Marques Melo é bacharela em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e mestra em Estudos Urbanos e Regionais pela mesma Universidade. É integrante do Grupo de Pesquisa Estado e Políticas Públicas do Departamento de Políticas Públicas da UFRN. E-mail: yasmimmarquesm@gmail.com

Fernanda Cimini é professora de Economia Política Internacional do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre e graduada em Relações Internacionais pela Puc-Minas e graduada em Ciências Sociais pela UFMG. Atua principalmente nos temas de política internacional e comparada, América Latina e cooperação internacional. E-mail: fcimini@cedeplar.ufmg.br

Gisela P. Zapata é professora do Departamento de Demografia e Pesquisadora do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É doutora em Geografia Humana pela Newcastle University (Reino Unido), Mestre em Economia pela North Carolina State University (EUA) e graduada em Economia pela Universidad EAFIT (Colômbia). Atua principalmente nos temas de migração transnacional, deslocamento forçado e refúgio, remessas e o nexu migração-desenvolvimento.

Gustavo Cezário possui mestrado em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília (UnB). É professor do Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP). Atualmente, exerce o cargo de gerente de Cultura Empreendedora do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae) Nacional. glcezario@yahoo.com.br.

Helga Almeida é Doutora em Ciência política pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco e do PPGCP/UFPI. Coordenadora do Politik - Centro de Estudos em Instituições, Participação e Cultura Política - UNIVASF. Pesquisadora do Centro de Pesquisas em Política e Internet (CEPPI/UFMG). helgaalmeida@gmail.com

Hellen Guicheney é Doutora em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora do Cebrap. E-mail: hguicheney@gmail.com

Heloísa Fimiani é Mestra em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP).

Hesaú Rômulo é professor de Ciência Política na UFT. Mestre em Ciência Política pela UFPI. Doutorando em Ciência Política na UnB.

Ian Prates é Doutor em sociologia pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisador do Cebrap. E-mail: hesauromulo@gmail.com

Isadora Cunha Nogueira é Engenheira Florestal, Técnica do Instituto de Mudanças Climáticas do estado do Acre (IMC/AC) e Mestranda em Ciências Florestais na UFAC isahnog@gmail.com

João Lucas Sacchi é graduado em direito pela Universidade de São Paulo (USP).

Lorena Barberia é Professora Doutora (com Livre Docencia) do Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo. Coordenadora científica da Rede de Pesquisa Solidária em Políticas Públicas e Sociedade. Faz parte do Comitê executivo da Rede Brasileira de Mulheres Cientistas (RBMC). Doutora em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas- EAESP. E-mail: lorenabarberia@usp.br

Luciana Santana é Mestre e Doutora em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora de Ciência Política na Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e do PPGCP/UFPI. Diretora da Regional Nordeste da Associação Brasileira de Ciência Política. Líder do grupo de pesquisa no CNPQ – Instituições, Comportamento Político e Democracia. Pesquisadora pertencente à Red de Politólogas, faz parte do Comitê executivo da Rede Brasileira de Mulheres Cientistas (RBMC) e coordenadora na Rede Análise Covid-19. E-mail: lucianacfsantana@yahoo.com.br

Luiz Fernando Miranda é doutor em Ciência Política pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e professor visitante na Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA). É membro da Transparência Brasil. E-mail lfmiranda2005@yahoo.com.br

Maiane Bittencourt é Mestra em Ciência Política pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). É pesquisadora vinculada ao Laboratório de Análise do Campo Científico (LaCC-UFPR) e ao Observatório de elites políticas e sociais da Universidade Federal do Paraná (UFPR). E-mail: maiane.ctba@gmail.com

Márcio Secco é Doutor em Filosofia na área de Ética e Filosofia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina com Estágio doutoral como Visiting Assistant in Research na Yale University. É professor Adjunto do departamento de Filosofia da Universidade Federal de Rondônia. Professor permanente no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Interdisciplinar em Direitos Humanos e Desenvolvimento da Justiça, e do Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Filosofia. Líder do Grupo de Pesquisa em Ética e Direitos Humanos. E-mail: msecco@unir.br

Marcos Prudencio é Doutorando em Geografia pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia (PPGGEO/UFMS/CPTL), na cidade de Três Lagoas/MS. Mestre em Geografia pela mesma instituição, trabalhando em sua pesquisa a Geografia dos Transportes e os Setores Produtivos de Mato Grosso do Sul. Também é professor da rede de escolas públicas e privadas de Mato Grosso do Sul. E-mail: marcosmhk@hotmail.com

Marta Mendes da Rocha é Doutora em Ciência Política pela UFMG e professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFJF. Coordena o Núcleo de Estudos sobre Política Local (Nepol/UFJF). Suas pesquisas versam sobre representação política, governos subnacionais, poder local e clientelismo. E-mail: mendes_rocha@yahoo.com.br

Michelle Fernandez é Doutora em Ciência Política pela Universidade de Salamanca. Professora e pesquisadora no Instituto de Ciência Política da UnB. Pesquisadora do Núcleo de Estudos da Burocracia/FGV. Faz parte do Comitê executivo da Rede Brasileira de Mulheres Cientistas (RBMC). Pesquisadora-colaboradora do IAM/Fiocruz. E-mail: michelle.vfernandez@gmail.com

Nayara Julião é graduada em Economia pela Universidade Federal de Juiz de Fora e mestra em Desenvolvimento Econômico pela Universidade Federal do Paraná. Atualmente, é doutoranda em Economia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR/UFMG) e membro do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC).

Núbia Cabral atualmente é graduanda em Relações Econômicas Internacionais pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Olívia Cristina Perez é Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (FFLCH/USP). Atualmente é Professora Adjunta na Universidade Federal do Piauí (UFPI) vinculada aos cursos de bacharelado e mestrado em Ciência Política e ao programa de pós-graduação (mestrado e doutorado) em Políticas Públicas. E-mail: 889oliviaperez@gmail.com

Patrícia Mara Cabral de Vasconcellos é Doutora em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília. Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Rondônia. Professora Permanente no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Interdisciplinar em Direitos Humanos e Desenvolvimento da Justiça. Líder do Grupo de Pesquisa - Centro de Estudos em Fronteiras Amazônicas e Desigualdades Sociais. E-mail: pvasconcellos@unir.br

Paula Emília Gomes de Almeida é mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos sobre Política Local (Nepol/UFJF). Pesquisa sobre Sociologia dos Desastres e políticas de gerenciamento de risco de desastre. E-mail: p.e.atreides@gmail.com

Priscila Riscado é Doutora em cientista política pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e professora da UFF.

Rafael de Aguiar Arantes é Doutor em Ciências Sociais (UFBA), com sanduíche no IEUT – PUC Chile. Professor do Departamento de Sociologia e do PPGCS (UFBA). Pesquisador associado ao Centro de Estudos e Pesquisas em Humanidades - CRH/UFBA e do núcleo Salvador do INCT/Observatório das Metrôpoles. E-mail: rafaelarantes13@gmail.com

Robert Bonifácio é Doutor em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É professor adjunto da Universidade Federal de Goiás (UFG), onde atua como membro permanente dos programas de pós-graduação em ciência política e em Direito e políticas públicas. Contato: rbonisilva@gmail.com

Rodrigo Mayer é bacharel e licenciado em Ciências Sociais pela UFPR, mestre em Ciência Política pela UFPR, Doutor em Ciência Política pela UFRGS e possui estágio pós-doutoral em Sociologia Política na UFSC. Atualmente é professor de Sociologia na UEPG. E-mail: mayer.rrm@gmail.com

Rodrigo Rossi Horochovski é Doutor em Sociologia Política pela UFSC, é professor da Universidade Federal do Paraná, no curso de graduação em Administração Pública, e nos Programas de Pós-Graduação em Ciência Política e em Desenvolvimento Territorial Sustentável, o qual atualmente coordena. E-mail: rodrigoh33@gmail.com

Rogério Jerônimo Barbosa é Doutor em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisador do Cepid-Fapesp e professor no IESP/UERJ.

Rylanneive Leonardo Pontes Teixeira é Mestre e Doutorando em Estudos Urbanos e Regionais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: pontesrylanneive@gmail.com

Sandra Gomes é professora do Departamento de Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e do programa de pós-graduação em Estudos Urbanos e Regionais. É Doutora e Mestre em Ciência Política pela Universidade de São Paulo e MA in Latin American Studies pela Universidade de Londres, no Reino Unido. Tem pós-doutorado no Centro de Estudos da Metrópole/CEBRAP. E-mail: sgomes.vaughan@gmail.com

Sérgio Simoni Jr. é Doutor em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP) e professor da UFRGS. E-mail: sergiojr_ssj@hotmail.com

Thiago Meireles é doutorando em ciência política pela Universidade de São Paulo (USP).

Tiago D. P. Borges é Doutor pela Universidade de São Paulo (USP) e professor adjunto do Departamento de Sociologia e Ciência Política e do Programa de Pós Graduação em de Sociologia e Ciência Política, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: tiagodaher@gmail.com

Thiago Silame é Doutor em Ciência Política pela UFMG. Professor da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). Pesquisador do Centro de Estudos Legislativos (CEL/DCP/UFMG).

Vítor Eduardo Veras de Sandes-Freitas é Doutor em Ciência Política pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atualmente é Professor Adjunto na Universidade Federal do Piauí (UFPI) e coordenador do curso de Bacharelado em Ciência Política na mesma instituição. É vinculado aos seguintes Programas de Pós-graduação: Ciência Política, Gestão Pública e Administração Pública. E-mail: vitorsandes@ufpi.edu.br

Vitor Menezes é doutorando em sociologia pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisador do Cebrap.

Yonara Cláudia dos Santos é Mestranda em Estudos Urbanos e Regionais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: yonaraufrn@gmail.com

Zoraide Souza Pessoa é Doutora em Ambiente e Sociedade pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), onde atua como membro permanente do Departamento de Políticas Públicas e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Urbanos e Regionais. E-mail: zoraidesp@gmail.com

Este livro foi selecionado pelo Edital nº 01/2020 da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), de um total de 44 obras escritas por professores/as vinculados/as em Programas de Pós-Graduação da Ufal, com colaboração de outros/as pesquisadores/as de instituições de ensino superior (autoria, coautoria e coletânea), sob a coordenação da Editora da Universidade Federal de Alagoas (Edufal). O objetivo é divulgar conteúdos digitais – e-books – relacionados à pandemia da Covid-19, problematizando seus impactos e desdobramentos. As obras de conteúdos originais são resultados de pesquisa, estudos, planos de ação, planos de contingência, diagnósticos, prognósticos, mapeamentos, soluções tecnológicas, defesa da vida, novas interfaces didáticas e pedagógicas, tomada de decisão por parte dos agentes públicos, saúde psíquica, bem-estar, cultura, arte, alternativas terapêuticas para o enfrentamento da Covid-19, dentre outros, abordando aspectos relacionados às diferentes formas de acesso à saúde e à proteção social, entre grupos mais vulneráveis da sociedade.

ISBN 978-65-5624-029-9

