



Cadernos

nº 93

Implementação das políticas públicas nas capitais brasileiras: o caso da Covid-19

Monique Menezes

Marília Gabriela de Sousa Mateus
Leopoldina Lavor
Francisco Lucas Fontes
Erick Elyso Reis Amorim



Coleção: Covid-19 Fast Track



Coleção:

Covid -19 Fast Track



Implementação das políticas públicas nas capitais brasileiras: o caso da Covid-19

Autora

Monique Menezes

Coautores

Marília Gabriela de Sousa Mateus

Leopoldina Lavor

Francisco Lucas Fontes

Erick Elysio Reis Amorim

Parecerista convidada

Natália Maria Leitão de Melo

Este caderno é resultado dos conhecimentos gerados pelas pesquisas realizadas no âmbito do **Programa Cátedras Brasil**, desenvolvido com o objetivo de selecionar projetos de pesquisa que gerem subsídios para o entendimento ou enfrentamento à pandemia de Covid-19 pela Administração Pública. A presente publicação é uma das entregas previstas no Edital nº 69 de 2020.

Conheça os autores



Monique Menezes

Autora



Doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro - IUPERJ e especialista em Concessões e Parcerias Público Privada pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo - FESPSP/*London School of Economics*. Professora Associada da Universidade Federal do Piauí, onde atua nos Programas de Pós-Graduação em Ciência Política e Gestão Pública.



**Marília Gabriela
de Sousa Mateus**

Coautora



É Mestra em Ciência Política pela Universidade Federal do Piauí. Possui Bacharelado e Licenciatura em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Piauí. Doutoranda em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. Pesquisadora do Núcleo de Estudo sobre Instituições e Políticas Públicas (NIPP - UFPI). Pesquisadora da *World Values Survey (WVS)*.

Conheça os autores



Leopoldina Lavor

Coautora



Cientista Social, graduada pela Universidade Estadual do Ceará. Mestrado em andamento pelo Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP/UFPI). Integra o Núcleo de Instituições e Políticas Públicas (NIPP) da UFPI e Rede Análise Covid-19. Na área acadêmica possui interesse por temas relacionados a políticas públicas, saúde pública, federalismo, gênero e política.



Francisco Lucas Fontes

Coautor



Enfermeiro. Mestrado em andamento em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP/UFPI). Especialista nas áreas de Saúde Pública e Docência do Ensino Superior. Parecerista de revistas e editoras voltadas às Ciências da Saúde e membro de comissões científicas de eventos nacionais e internacionais.

Conheça os autores



**Erick Elyσιο Reis
Amorim**
Coautor



Mestre em economia do setor público pela UnB e doutorando em administração na FGV/EBAPE. Possui MBA em Concessões e PPPs pela FESPSP/London School of Economics e MBA em Liderança e Gestão Pública pelo CLP/Harvard Kennedy School. Servidor federal concursado com experiência em regulação, concessões, saneamento, finanças públicas e planejamento urbano.

Expediente



**Escola Nacional de
Administração Pública – Enap**

Presidente

Diogo Costa

Diretora-Executiva

Rebeca Loureiro de Brito

Diretora de Altos Estudos

Diana Coutinho

Diretor de Educação Executiva

Rodrigo Torres

**Diretor de Desenvolvimento
Profissional**

Paulo Marques

Diretora de Inovação

Bruna Santos

Diretora de Gestão Interna

Alana Regina Biagi Lisboa

Revisão

Renata Mourão

Roberto Araújo

Projeto gráfico

Amanda Soares

Letícia Lopes

Edição eletrônica

Amanda Soares

A Escola Nacional de Administração Pública (Enap) é uma escola de governo vinculada ao Ministério da Economia (ME).

Tem como principal atribuição a formação e o desenvolvimento permanente dos servidores públicos. Atua na oferta de cursos de mestrados profissionais, especialização *lato sensu*, cursos de aperfeiçoamento para carreiras do setor público, educação executiva e educação continuada.

A instituição também estimula a produção e disseminação de conhecimentos sobre administração pública, gestão governamental e políticas públicas, além de promover o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias de gestão que aumentem a eficácia e a qualidade permanente dos serviços prestados pelo Estado aos cidadãos. Para tanto, desenvolve pesquisa aplicada e ações de inovação voltadas à melhoria do serviço público.

O público preferencial da Escola são servidores públicos federais, estaduais e municipais. Sediada em Brasília, a Enap é uma escola de governo de abrangência nacional e suas ações incidem sobre o conjunto de todos os servidores públicos, em cada uma das esferas de governo.

M543i Menezes, Monique

Implementação das políticas públicas nas capitais brasileiras: o caso da Covid-19 / Monique Menezes, Marília Gabriela de Sousa Mateus, Leopoldina Lavor, Francisco Lucas Fontes, Erick Elysio Reis Amorim. -- Brasília: Enap, 2021.

82 p. : il. -- (Cadernos Enap, 93; Coleção: Covid-19 Fast Track)

Inclui bibliografia

ISSN: 0104-7078

1. Políticas Públicas. 2. Implementação. 3. Saúde Pública. 4. Administração Pública Municipal. 5. Pandemia. I. Título. II. Mateus, Marília Gabriela de Sousa. III. Lavor, Leopoldina. IV. Fontes, Francisco Lucas. V. Amorim, Erick Elysio Reis.

CDU 364:616-036.21(81)

Bibliotecária: Tatiane de Oliveira Dias – CRB1/2230



Enap, 2021

Este trabalho está sob a Licença Creative Commons – Atribuição: Não Comercial – Compartilha Igual 4.0 Internacional.

As informações e opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Escola Nacional de Administração Pública (Enap). É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.



Escola Nacional de Administração Pública (Enap)

Diretoria de Altos Estudos

Coordenação-Geral de Pesquisa

SAIS – Área 2-A – 70610-900 — Brasília-DF, Brasil

CÁTEDRAS FAST-TRACK

Editorial

O ano de 2021 começou com a boa novidade das vacinas, permitindo às pessoas a revisão de suas expectativas quanto ao futuro. Expectativas são baseadas em informações e, para tomar boas decisões, é preciso que os indivíduos estejam bem informados.

A pesquisa científica, por exemplo, é um insumo informacional útil para gestores públicos e privados. Contudo, como ficou evidente neste último ano, a pesquisa leva tempo: seus resultados nem sempre são imediatos. Trata-se de um empreendimento árduo, mas necessário, principalmente quando a pesquisa tem por objetivo auxiliar na formulação de políticas públicas em um período tão atípico como o da pandemia de Covid-19.

É neste contexto que, em 2020, de forma inédita em sua história pela agilidade com a qual foi implementado, a Enap lançou uma chamada pública para seleção de projetos de pesquisas que gerem subsídios para o entendimento ou enfrentamento à pandemia de Covid-19 pela Administração Pública. Ficou conhecido como o edital Cátedras Covid-19 e os dez projetos de pesquisa selecionados foram concluídos até o final do ano de 2020.

O trabalho de Monique Menezes e coautores, sob a ótica das chamadas capacidades estatais, encontra uma heterogeneidade nas políticas públicas adotadas nas capitais brasileiras. A análise de documentos (conteúdo e discurso) mostrou uma articulação entre governos municipais e

estaduais. Além disso, um apanhado de “boas” e “más” práticas no combate à pandemia, por capitais brasileiras, é um interessante subproduto deste trabalho.

O modelo epidemiológico Suscetíveis-Infetados-Recuperados (SIR) microfundamentado foi usado por Geraldo Sandoval Goés e Luan Borelli para verificar o impacto da pandemia em cinco estados brasileiros: São Paulo, Amazonas, Ceará, Rio de Janeiro e Pernambuco. O objetivo foi comparar dois cenários: um no qual todos os estados seguem uma mesma política de contenção do vírus e outro no qual cada um adota uma política própria, conforme suas particularidades. As evidências das simulações favorecem a adoção de políticas públicas que respeitem as peculiaridades de cada estado.

Por meio de uma extensa base de dados municipais, Janaina Lopes Pereira Peres e coautoras encontram seis *clusters* de municípios espalhados de forma nada trivial pelo território brasileiro. As autoras criaram o termo comorbidade social para designar o “acúmulo de patologias sociais em um determinado território”, o que serviu de base teórica para seu trabalho. A pesquisa mostra evidências de que vários municípios das regiões Norte e Nordeste apresentavam grande quantidade de comorbidades sociais e também um desempenho ruim na pandemia (em termos de casos e óbitos por Covid-19).

Durante os primeiros meses da pandemia, vários governos estaduais buscaram um papel ativo na busca por soluções científicas. Este protagonismo foi detalhadamente estudado pela bolsista Silmary de Jesus Gonçalves Alvim, com um exaustivo e inédito levantamento de legislações com foco em políticas públicas estaduais de Ciência, Tecnologia e de Inovação (CT&I), no qual foram identificadas 118 políticas estaduais voltadas ao combate à Covid-19, sendo 19% delas caracterizadas pela parceria com o governo federal. Estimou-se que estes projetos movimentaram cerca de R\$ 231 milhões em 2020.

O bolsista Anderson Castro Soares de Oliveira e a coautora Lia Hanna Morita utilizaram dados diários do Ministério da Saúde (27 de março a 3 de outubro de 2020) e trabalharam com aproximadamente 1,5 milhão de observações utilizadas em vários modelos espaço-temporais (Poisson, Poisson Hurdle, Poisson Inflado de Zero, Binomial Negativa, Binomial Negativa Hurdle e Binomial Negativa Inflada de Zeros). O painel para a visualização dos resultados é outro subproduto desta pesquisa (<https://lecdufmt.shinyapps.io/COVID/>) e, já na 40ª semana epidemiológica, apontava para uma preocupante situação no estado do Amazonas.

Rafael Mesquita Pereira e seus coautores estudaram o impacto da pandemia no grupo de trabalhadores com mais de 60 anos de idade no período compreendido entre fevereiro e agosto de 2020. Em 18 de junho de 2020, a portaria conjunta do Ministério da Economia, da Saúde e da Agricultura, Pecuária e Abastecimento reconheceu a necessidade de se atribuir tratamento diferenciado geral aos trabalhadores do grupo de risco. O resultado foi uma diminuição nas horas trabalhadas por parte dos funcionários públicos nesta faixa etária, fato não observado no caso dos trabalhadores na mesma faixa etária no setor. Os autores ressaltaram os efeitos diferenciados da legislação que permitiu a funcionários públicos reduzirem suas jornadas de trabalho sem redução de rendimentos, ao passo que os trabalhadores do setor privado, em sua maioria, não puderam evitar o trabalho presencial visando minimizar as perdas em seus rendimentos.

O setor de transporte público municipal é alvo do trabalho de Gabriel Pabst. Segundo o autor, o setor já apresentava um déficit financeiro (projetado pelo autor em R\$ 8 bilhões no final de 2020) e a pandemia gerou um conjunto de medidas restritivas de circulação diminuindo a quantidade de passageiros em circulação. Este é um setor cuja regulação carece de aperfeiçoamentos, como bem discute o pesquisador.

O trabalho infantil é objeto da pesquisa de Thauan Patrello e Ruth Knaak. Por meio de entrevistas envolvendo autoridades do setor no Estado do Espírito Santo,

os autores especulam que mudanças na política educacional seriam importantes para combater o trabalho infantil, indicando o ensino integral como exemplo de política pública interessante. Outra proposta apresentada pelos autores envolve a garantia de algum tipo de auxílio emergencial às famílias das crianças e o reforço às medidas tradicionais de combate ao trabalho infantil.

Nos primeiros meses da pandemia, ainda em 2020, houve um debate importante acerca dos métodos de rastreamento de pessoas contaminadas - o chamado *contact tracing* - a partir de políticas adotadas em alguns países. Ferramentas criadas para o rastreamento levantam questões importantes sobre a privacidade dos dados dos cidadãos. No caso brasileiro, essa discussão encontra eco na nova Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). A bolsista Letícia Lobato Anicet Lisboa fez um levantamento das políticas de rastreamento dos Estados Unidos, da União Europeia, da Alemanha, do Reino Unido e de Cingapura. As lições extraídas das políticas públicas desses países podem promover melhorias no arcabouço das políticas de saúde com base em evidências.

O pesquisador Júlio César Andrade de Abreu e coautores estudaram o uso de *business intelligence* (BI) pelos poderes públicos municipais no estado do Rio de Janeiro. Foi apontado que 21 municípios cariocas (aproximadamente 22.8% do total) fizeram uso de alguma ferramenta de BI no acompanhamento da evolução da Covid-19. Este baixo uso é preocupante, não apenas pelo cenário da pandemia no país. Trata-se, afinal, de uma ferramenta de gestão estratégica que pode - e deve - ter seu uso difundido na administração pública, visando informar o cidadão com o máximo de transparência possível dentro do marco da nova LGPD.

A pesquisa é um empreendimento fascinante. Cada projeto de pesquisa aqui resumido abordou o problema da pandemia no território brasileiro sob diferentes óticas teóricas, por meio do uso de abordagens empíricas distintas. A leitura mais atenta do conjunto desses trabalhos mostrará a emergência de alguns consensos e também novas hipóteses a serem pesquisadas.

Sumário

Executivo

No Brasil, a Covid-19 apresentou seu primeiro caso diagnosticado em 25 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo. E, em 12 meses, já registramos mais de 10 milhões de casos e 250 mil mortes¹. Neste contexto de avanço de contaminação e mortes, este sumário apresenta os principais resultados da pesquisa *Implementação de políticas públicas nas capitais brasileiras: o caso da Covid-19*, que teve como principal escopo investigar a implementação de políticas públicas de combate à disseminação da Covid-19 no âmbito das capitais brasileiras.

O trabalho busca analisar os instrumentos e técnicas governamentais utilizados por cada uma dessas cidades para o enfrentamento à Covid-19 e a sua respectiva eficácia. Entende-se por instrumentos governamentais a regulamentação (decretos municipais) da política, enquanto a técnica é a sua instrumentalização (protocolos de distanciamento social, fechamento das escolas, flexibilização das medidas de distanciamento social etc.).

A hipótese de pesquisa é a de que instrumentos e técnicas de implementação de políticas públicas afetam negativamente sobre a prevalência da Covid-19. Quanto maior a eficácia de uma medida,

¹ Fonte: Ministério da Saúde: covid.saude.gov.br. Consulta realizada em fevereiro de 2021.

menor seria a prevalência da doença.² A implementação de ações governamentais pode ser entendida como variável independente e a prevalência da doença Covid-19 sobre uma dada área geográfica como variável dependente.

As perguntas de pesquisa são: os instrumentos e técnicas governamentais adotados pelas capitais brasileiras levaram a uma redução da prevalência da Covid-19? Houve articulação entre os entes federativos na elaboração e implementação dessas políticas?

Do ponto de vista teórico, o relatório utiliza-se do conceito clássico de políticas públicas, que podem ser definidas como um conjunto de ações governamentais que influencia, diretamente ou por delegação, a vida dos cidadãos. O conceito é complementado com a ideia de que política pública conjuga a ação governamental (variável independente) e o resultado dessa ação (variáveis dependentes).

Considerando o ciclo de políticas públicas, a análise realizada recai sobre a implementação, fase pouco explorada na literatura brasileira, quando comparada às demais fases do ciclo de uma política pública. A implementação refere-se ao momento no qual as regras, rotinas e os processos são convertidos em ações concretas. A realidade que se impõe no momento de implementação de uma política muitas vezes é bastante distinta do que foi inicialmente planejado.

Nesse contexto, o relatório procura trazer a discussão sobre capacidade estatal para melhor compreender os problemas de implementação das políticas públicas. A literatura de capacidade estatal reconhece a importância de condicionantes estruturantes para o resultado das políticas públicas. Daí entende-se que, quanto maior a capacidade de organização das agências estatais no âmbito dos municípios, em especial das áreas de saúde, melhor sejam as respostas estrategicamente pensadas pelas prefeituras. Além disso, fatores externos, como desigualdade econômica e social, também influenciam, em alguma medida, nos resultados das ações estatais de combate à disseminação da Covid-19.

No que se refere à metodologia, a pesquisa se beneficiou de uma abordagem mista, na qual temos a junção dos métodos qualitativos e quantitativos em uma única pesquisa. Para a pesquisa qualitativa, foram utilizadas duas técnicas de análise documental: conteúdo e discurso. Quanto à pesquisa quantitativa, foi utilizada a análise de dados secundários.

.....
² Como eficácia de uma política entendemos o alcance de metas e objetivos, em outras palavras, o resultado atingido.

As análises identificaram um desalinhamento entre o Governo Federal e os estados e municípios na condução da implementação das políticas públicas de combate à proliferação da Covid-19. Isso porque, logo no início da pandemia, enquanto os entes subnacionais defendiam a necessidade de isolamento social com mais restrição à circulação de pessoas, o Governo Federal desejava um tipo de isolamento social mais “brando”, no qual não ocorresse uma paralisação das atividades econômicas.

Dessa forma, a maioria dos estados e das capitais buscou novas formas de articulação e coordenação de políticas para o enfrentamento à Covid-19. Os resultados qualitativos apontam que a maioria das capitais cooperou, em alguma medida, com os governos estaduais. Os municípios e estados também buscaram realizar de forma autônoma compras internacionais – testes, respiradores etc. – e estabeleceram protocolos de distanciamento social, em um primeiro momento, e de flexibilização das medidas, em um momento posterior.

Nesse ponto específico está a maior contribuição da pesquisa, tendo em vista que foi realizada uma análise minuciosa dessas ações de flexibilização das medidas de distanciamento social, com a criação de um indicador de boas práticas de flexibilização social. Foram levantadas e analisadas as seguintes variáveis relacionadas à flexibilização das medidas de distanciamento social:

- Elaboração de um plano estratégico para diferentes setores da economia.
- Existência de um cronograma de acordo com as atividades e o grau de propagação do vírus.
- Incidência de casos em baixa ou em ascensão no momento da flexibilização.
- Número reprodutivo efetivo (R_t) abaixo ou acima de 1.
- Capacidade de testagem, isolamento e rastreamento dos casos.
- Taxa de ocupação dos leitos de UTI abaixo ou acima de 70%.
- Retorno às aulas do ensino fundamental (como está sendo programado o retorno às aulas).

Buscamos relacionar o indicador de boas práticas de flexibilização social com a prevalência da Covid-19 nas capitais. No entanto, a limitação de informações confiáveis restringiu nossas análises, não nos permitindo confirmar nossa hipótese de pesquisa.

Embora o trabalho reafirme o argumento da importância da implementação das medidas não farmacológicas para contenção da disseminação da Covid-19, os resultados mostram que provavelmente outros fatores locais apresentem maior influência sobre o controle da doença. É muito provável que a desigualdade e o grau de pobreza sejam variáveis com maior poder explicativo sobre a prevalência da doença. Os resultados positivos constantes encontrados para a cidade de Teresina indicam que cidades mais pobres e mais desiguais necessitam de medidas mais restritivas e severas no combate à pandemia.

As análises sobre a implementação das políticas foram prejudicadas pela falta de dados confiáveis sobre a Covid-19 no Brasil. A maioria dos testes aplicados no país são de baixa qualidade, o que não nos permite ter dados confiáveis para avaliar a implementação das ações de contenção do vírus.

As pesquisas sorológicas realizadas em poucas cidades – como, por exemplo Manaus, Teresina, São Paulo, Rio Branco, entre outras – mostram que um número muito maior de pessoas já foi infectado pelo novo coronavírus. Em Manaus, estima-se que os contaminados estejam entre 44% e 60% da população. Em Teresina, enquanto os dados oficiais mostram que cerca de 5% das pessoas foram infectadas, as pesquisas sorológicas realizadas pelo município chegam ao percentual de 18%.

Daí a importância de se enfatizar a realização de um número muito maior de testes confiáveis e em pessoas assintomáticas, para que tenhamos a verdadeira dimensão do problema sanitário enfrentado pelo país como um todo.



Clique aqui para baixar
o **Sumário Executivo** separado.
Compartilhe!


Resumo

Em 2020 o mundo foi surpreendido por uma pandemia causada pela Covid-19, uma doença provocada pelo coronavírus, denominado SARS-COV-2. No Brasil, a doença já infectou mais de 10 milhões de pessoas e com ondas constantes de contaminações e mortes. Neste contexto, o presente artigo analisa a implementação de políticas públicas de combate à disseminação da Covid-19 no âmbito das capitais brasileiras. A hipótese inicial é a de que instrumentos e técnicas de implementação de políticas públicas afetam negativamente a prevalência da Covid-19. Do ponto de vista metodológico, o trabalho se beneficia de uma abordagem mista, utilizando dados qualitativos coletados nos sites das secretarias municipais – decretos, notas técnicas e reportagens – e dados quantitativos secundários produzidos por diferentes fontes de informações. Os resultados qualitativos apontam que a maioria das capitais cooperaram, em alguma medida, com os governos estaduais. E, após a implementação de medidas restritivas de circulação de pessoas, flexibilizaram essas ações. Nesse ponto específico, está a maior contribuição do artigo, tendo em vista que foi realizada uma análise minuciosa dessas ações de flexibilização das medidas de restrição social, com a criação de um indicador de boas práticas de flexibilização social. Buscamos relacionar o indicador de boas práticas de flexibilização social com a prevalência da Covid-19 nas capitais. No entanto, a limitação de informações confiáveis restringiram nossas análises, não nos permitindo confirmar nossa hipótese de



pesquisa. Contudo, nossos achados indicam que cidades mais pobres e desiguais necessitam ainda mais do uso de medidas restritivas e severas no combate à pandemia, quando comparadas às capitais mais ricas do país. Esse argumento é corroborado na análise do caso de Teresina, que, apesar de não figurar entre as capitais mais ricas, apresenta melhor desempenho nos indicadores e maiores restrições nos primeiros meses da pandemia, em suas políticas de combate à disseminação da Covid-19.

Palavras-chave: Covid-19; políticas públicas; coordenação; municípios.



Sumário

1.

Introdução

Pág. 22

2.

Implementação de Políticas
Públicas e Capacidade Estatal

Pág. 26

3.

Metodologia

Pág. 30

4.

Implementação de Políticas
Públicas de combate à Covid-19
nas Capitais

Pág. 35

5.

Conclusão

Pág. 75

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Coordenação com o governo estadual (%)

Pág. 42

Gráfico 2 – Tecnologia e inovação (%)

Pág. 44

Gráfico 3 – Comitê gestor da crise (%)

Pág. 45

Gráfico 4 – Transparência e comunicação (%)

Pág. 46

Gráfico 5 – Garantias de direitos à população em situação de vulnerabilidade (%)

Pág. 48

Gráfico 6 – Elaboração de um plano estratégico com protocolos para flexibilização (%)

Pág. 53

Gráfico 7 – Elaboração de um cronograma para liberação das atividades (%)

Pág. 54

Gráfico 8 – Incidência de casos de Covid-19 em baixa ou em ascensão no momento da flexibilização (%)

Pág. 55

Gráfico 9 – Número efetivo de reprodução (R_t) abaixou ou acima de 1 para flexibilização (%)

Pág. 56

Gráfico 10 – Capacidade de testagem, isolamento e rastreamento dos casos (%)

Pág. 59

Gráfico 11 – Taxa de ocupação de UTI acima ou abaixo de 70% para flexibilizar (%)

Pág. 60

Gráfico 12 – Retorno às aulas do ensino fundamental (%)

Pág. 61

Gráfico 13 – Indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social das capitais brasileiras (0-10)

Pág. 63

Gráfico 14 – Boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social (0-10) em relação à prevalência da Covid-19 nas capitais brasileiras (%)

Pág. 65

Gráfico 15 – Indicador de boas práticas de flexibilização (0-10) por excesso de mortes naturais (comparado com os últimos anos)

Pág. 69

Gráfico 16 - Indicador de boas práticas de flexibilização x medidas legais de distanciamento social – Ipea (0-10)

Pág. 72

Gráfico 17 – Indicador de boas práticas de flexibilização (0-10) em relação à cobertura da equipe de saúde de família (ESF) (%)

Pág. 73

Lista de quadro

Quadro 1 – Resumo das variáveis

Pág. 49

Lista de figuras

Figura 1 – Imagens de campanhas publicitárias para a conscientização da necessidade de isolamento social

Pág. 47

Figura 2 – Prevalência da Covid-19 nas capitais por fonte de coleta de dados

Pág. 67

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Correlação dos indicadores por prevalência da Covid-19

Pág. 64

Tabela 2 – Teste de diferença entre médias em relação à prevalência da Covid-19

Pág. 66

Tabela 3 – Teste de diferença entre médias dos indicadores de boas práticas de flexibilização x prevalência da Covid-19

Pág. 68

Tabela 4 – Teste de diferença entre médias entre as variáveis qualitativas x excesso de mortes naturais

Pág. 70

Tabela 5 – Teste de diferença entre médias do excesso de mortes naturais (%) por Região do país*

Pág. 70





1.

Introdução



1. Introdução

No ano de 2020, o mundo foi surpreendido por uma pandemia causada pela Covid-19, uma doença provocada pelo coronavírus, denominado SARS-COV-2. De forma oficial, a doença foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na China, no dia 01 de dezembro de 2019. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a Covid-19 era uma emergência internacional e, posteriormente, em 11 de março, uma pandemia (SOUZA; FERRAZ; NASCIMENTO, 2020, p. 122). Desde então, o mundo vem passando por uma situação imaginada somente em filmes de ficção científica: uma doença de alcance global altamente contagiosa. Já são mais de 106 milhões de casos e mais de 2 milhões e 300 mil mortes¹ no mundo. No Brasil, a Covid-19 apresentou seu primeiro caso em 25 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo. E, em 12 meses, já registramos mais de 10 milhões de casos e 250 mil mortes².

¹ <https://www.google.com/search?q=casos+de+covid+no+mundo&oq=casos+de+covid+no+mundo&aqs>
Consulta realizada em 09 de fevereiro de 2021.

² Fonte: Ministério da Saúde: covid.saude.gov.br. Consulta realizada em fevereiro de 2021.

Neste contexto de números assustadores, o presente artigo tem por escopo investigar a implementação de políticas públicas de combate à disseminação da Covid-19 no âmbito das capitais brasileiras. O trabalho busca analisar os instrumentos e técnicas governamentais utilizados por cada uma dessas cidades para o enfrentamento à Covid-19 e a sua respectiva eficácia. De acordo com Ollaik e Medeiros (2011, p. 1949), instrumentos governamentais seriam uma regulamentação (decretos municipais) da política, enquanto a técnica seria a sua instrumentalização (protocolos de distanciamento social, fechamento das escolas etc.). A hipótese de pesquisa é a de que instrumentos e técnicas de implementação de políticas públicas afetam negativamente a prevalência da Covid-19. Nesse caso, a adoção de medidas consideradas eficazes pelas autoridades de saúde no mundo, por parte dos prefeitos das capitais, reduziria a prevalência da doença.³ A implementação de ações governamentais pode ser entendida como variável independente, e a prevalência da doença Covid-19 sobre uma dada área geográfica como variável dependente.

As perguntas de pesquisa são: **os instrumentos e técnicas governamentais adotados pelas capitais brasileiras levaram a uma redução da prevalência da Covid-19? Houve articulação entre os entes federativos na elaboração e implementação dessas políticas?**

Quanto à metodologia, nos beneficiamos de uma abordagem mista, na qual temos a junção dos métodos qualitativos e quantitativos em uma única pesquisa. Para a pesquisa qualitativa, utilizamos as duas técnicas de análise documental: conteúdo e discurso. Quanto à pesquisa quantitativa, utilizamos análise de dados secundários.

A ênfase do estudo nas capitais e, especificamente, na implementação da política pública apresenta uma dupla contribuição à literatura. Em primeiro lugar, a implementação constitui uma das áreas menos estudadas em políticas públicas (SOUZA, 2018; OLLAIK; MEDEIROS, 2011), tendo em vista o grau de dificuldade de sistematização das informações. Desse modo, seu estudo por si só traz uma considerável contribuição ao entendimento da ação governamental, nessa fase do ciclo de políticas públicas. Em segundo lugar, o estudo da implementação das políticas de combate à disseminação da Covid-19 nos auxilia a compreender quais as melhores respostas dos governos locais diante de uma pandemia, na qual temos a ausência de uma coordenação do Governo Federal.

.....
³ Como eficácia de uma política entendemos o alcance de metas e os objetivos, em outras palavras, o resultado atingido.

As análises iniciais identificam um desalinhamento entre o Governo Federal e os estados e municípios na condução da implementação das políticas públicas de combate à proliferação da Covid-19. Essa é uma situação inédita no Brasil, desde a promulgação da Constituição de 1988, período no qual a União sempre coordenou as políticas da área de saúde. Tal desentendimento chegou ao Supremo Tribunal Federal (STF), que, em 15 de abril de 2020, decidiu que estados e municípios possuem autonomia sobre as políticas de combate à Covid-19. Isso porque, enquanto os entes subnacionais defendiam a necessidade de isolamento social, o Governo Federal defendia um tipo de isolamento social mais “brando”, no qual não ocorresse uma paralisação das atividades econômicas.

Com base no exposto, o artigo está dividido em três seções, além desta introdução e uma conclusão. A segunda seção apresenta uma discussão inicial sobre implementação de políticas públicas e a literatura de capacidade estatal. Em seguida, detalhamos as técnicas metodológicas utilizadas na pesquisa. Na quarta seção, discutimos os resultados empíricos, analisando as medidas não farmacológicas implementadas pelas capitais brasileiras, e por fim apresentamos o indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social.

2.

Implementação de Políticas Públicas e Capacidade Estatal

O processo completo de uma política pública é analisado pela literatura por meio do seu ciclo de vida, permitindo a visualização e a interpretação da “vida” de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes (SECCHI, 2013). Apesar de existirem distintas versões, apresentamos aqui o modelo com sete fases, a saber: identificação do problema; formação da agenda; formulação de alternativas; tomada de decisão; implementação; avaliação; e extinção.

Nosso trabalho enfatiza a análise da implementação das políticas públicas de combate à disseminação da Covid-19 nas capitais brasileiras. Embora o estudo de implementação das políticas públicas seja amplamente disseminado na literatura internacional (LIMA; D’ASCENZI; DIAS; BRUSCATTO, 2014), no Brasil é a fase menos estudada (OLLAIK; MEDEIROS, 2011), seja pela sua entrada tardia na agenda de pesquisa (SOUZA, 2018), seja pela dificuldade de se conceituar uma “boa implementação” (OLLAIK; MEDEIROS, 2011).

A fase de implementação de políticas públicas é aquela na qual as regras, rotinas e os processos são convertidos em ações concretas. Como argumentado por Ollaik e Medeiros (2011), a implementação perfeita é inatingível, uma vez que seriam necessárias circunstâncias inexistentes no mundo real, tais como: coordenação perfeita, comunicação perfeita, recursos e tempo adequados, entre outras. A realidade que se impõe no momento de implementação de uma política pública é exatamente oposta. Além disso, diversos fatores externos, como o desenvolvimento e a desigualdade econômica, outras políticas e o público-alvo, afetam o resultado e também devem ser considerados.

Nesse sentido, nosso trabalho corrobora a literatura de capacidade estatal, que reconhece a importância de condicionantes estruturantes para o resultado das políticas públicas (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2018). O conceito de capacidade estatal também é bastante heterogêneo. Entretanto, consideramos que a definição mais comum se refere à capacidade de o Estado “penetrar na sociedade, regular as relações sociais, extrair recursos e apropriar-se ou usar esses recursos de maneiras determinadas” (MIGDAL, 1988, p. 4).

A literatura aponta a existência de, no mínimo, três dimensões da capacidade estatal, (NASCIMENTO, 2018). A primeira é a capacidade “extrativa” do Estado, que se refere à capacidade de alcançar a população, coletar e gerenciar dados, possuir uma burocracia de alto nível para o gerenciamento dos recursos e garantir o pagamento dos impostos. A segunda, a “administrativa”, reflete a competência de desenvolver políticas públicas e produzir e entregar bens e serviços. E a terceira dimensão é a capacidade “coercitiva” do Estado, que está relacionada ao papel

de defesa das fronteiras, da manutenção da ordem interna e da contenção da violência (NASCIMENTO, 2018, p. 96).

Este artigo se insere na análise da capacidade estatal extrativa e administrativa. Do ponto de vista da capacidade extrativa, analisaremos a implementação das políticas públicas de combate à proliferação da Covid-19 nas capitais brasileiras. No que se refere à capacidade administrativa, verificaremos também a organização dos serviços de saúde. Nesse caso, esperamos que, quanto maior a capacidade de organização das agências estatais no âmbito dos municípios, em especial das áreas de saúde, melhor sejam as respostas estrategicamente pensadas pelas prefeituras (CRONERT, 2020). Consideramos também que fatores externos, como desigualdade econômica e social, também influenciam, em alguma medida, nos resultados das ações estatais de combate à disseminação da Covid-19.



3.

Metodologia



3. Metodologia

Para alcançar os objetivos deste projeto, a pesquisa se beneficiou da abordagem metodológica mista, na qual temos a junção dos métodos qualitativos e quantitativos em uma única pesquisa (CRESWELL; CLARCK, 2013). Como citado pelos autores, a vantagem do uso de métodos mistos é a possibilidade de extrair as vantagens de cada uma das abordagens, qualitativa e quantitativa, e, ao mesmo tempo, neutralizar suas fraquezas. Enquanto pesquisas quantitativas permitem generalizações mais amplas com o uso de técnicas estatísticas, o enfoque qualitativo possibilita o entendimento do contexto ou do local de fala dos atores, captando a densidade dos fenômenos sociais. Considerando a complexidade de uma pandemia, o uso de métodos mistos torna-se bastante apropriado para o entendimento da implementação de políticas públicas nas capitais brasileiras.

Para a pesquisa qualitativa, utilizamos duas técnicas de análise documental: conteúdo e discurso. A análise de conteúdo consiste em tratar dados qualitativos, quantitativamente, através da categorização de palavras, expressões, frases etc. de um texto (BARDIN, 2011; CELLARD, 1997). Já a análise de discurso busca o conhecimento de uma realidade por

detrás do texto, por meio de um estudo crítico do seu conteúdo. As fontes de análise foram os decretos municipais e estaduais, relatórios epidemiológicos dos municípios, jornais locais e relatórios locais⁴.

Desse modo, após a análise de discurso dos documentos de cada uma das 26 capitais e do Distrito Federal, **elaboramos um relatório qualitativo** descrevendo a situação de cada uma das cidades, em relação às políticas de enfrentamento à Covid-19. Em seguida, categorizamos essas informações em torno das seguintes variáveis independentes:

- I. Coordenação de políticas públicas entre prefeitos e governadores, entendida como a organização das atividades com o objetivo de alcançar o consenso entre as organizações/instituições para se atingir um objetivo comum (SOUZA, 2018). Neste caso, a coordenação refere-se à proposição de ações conjuntas de combate à disseminação da Covid-19, nas fases de formulação/desenho e implementação das políticas públicas. A coordenação não pressupõe uma hierarquia entre os entes federados, ao contrário, a existência de uma governança que permita uma interação plural entre os diversos atores e instituições envolvidos.
- II. Uso de tecnologia e inovação, entendido como ferramentas tecnológicas para análise, cruzamentos e processamento de dados que auxiliem no combate a disseminação da pandemia e no monitoramento dos casos. Consideramos o uso de *big data*, aplicativos, a realização de teleconsultas, entre outros.
- III. Transparência e comunicação, interpretadas como a publicação de informações sobre a pandemia, entre as quais destacamos: número de casos, por gênero, etnia e bairro; número de mortes; ações das prefeituras para reduzir a incidência da doença; indicadores de isolamento social; campanhas publicitárias (embasadas em conhecimento científico); entre outros. As informações devem ser apresentadas de forma contínua nas plataformas oficiais da prefeitura – sites e redes sociais.
- IV. Pluralidade de um comitê/centro de emergência da crise sanitária, considerando que os prefeitos incluam a sociedade civil e representantes das comunidades científicas, de forma semelhante à estrutura existentes nos conselhos de saúde.

⁴ A análise de discurso detalhada de cada capital pode ser acessada por meio do documento *Relatório Qualitativo das Capitais*.

- V. Garantias de direitos à população em situação de vulnerabilidade, compreendidas como ações específicas de isolamento social garantido pelo poder público (hotéis ou ambientes que permitam o distanciamento social) a pessoas em situação de rua ou em instituições de longa permanência (ILP); fornecimento de cestas básicas; atendimento médico específico, auxílio emergencial, entre outras ações, para pessoas com algum grau de vulnerabilidade social e econômica.
- VI. Indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social. O detalhamento do indicador será apresentado na seção seguinte. Sua composição se dá a partir das seguintes variáveis: elaboração de um plano estratégico para os diferentes setores da economia; existência de um cronograma de flexibilização; curva da incidência de novos casos de Covid-19; número reprodutivo efetivo (R_t) abaixo ou acima de 1; capacidade de testagem, isolamento e rastreamento; taxa de ocupação dos leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI); e retorno às aulas.

No que se refere à abordagem quantitativa, utilizamos o levantamento de dados secundários, que consiste no emprego de um conjunto de dados previamente coletados por outros (LEVIN; FOX, 2009). Desse modo, levantamos as variáveis independentes:

- VII. Cobertura da equipe de saúde de família (ESF) que, neste caso, será utilizada como *proxy* de capacidade de organização das agências estatais no âmbito local.
- VIII. Indicador de medidas legais de distanciamento social elaborado por Moraes (2020).

E, ainda, no âmbito da abordagem quantitativa, foram coletadas as seguintes variáveis dependentes:

- I. Prevalência da Covid-19 nas capitais.
- II. Excesso de mortes naturais, comparado com anos anteriores⁵, desenvolvido por Marinho *et al.* (2020).

A partir desses levantamentos, realizamos análises estatísticas descritivas, verificando a atuação das capitais no combate à pandemia, buscando relacionar

.....
⁵ Para avaliar o possível excesso de óbitos em 2020, os autores estimaram a mortalidade esperada por doença nesse ano, por semana epidemiológica (SE), a partir da projeção da série histórica do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 2015 a 2019.

a capacidade de implementação das políticas públicas com a disseminação da doença nas cidades. E, assim, formulamos as seguintes hipóteses:

- I. **H1 – Quanto maior o grau de coordenação entre prefeitos e governadores, menor a prevalência da Covid-19 na cidade.**
- II. **H2 – Quanto maior o grau de uso de tecnologias inovadoras, menor a prevalência da Covid-19 na cidade.**
- III. **H3 – Quanto maior o grau de transparência da prefeitura, menor a prevalência da Covid-19 na cidade.**
- IV. **H4 – Quanto maior o grau de pluralidade de comitês/centros de emergência da crise sanitária, menor a prevalência da Covid-19 na cidade.**
- V. **H5 – Quanto maior o grau de garantias de direitos à população em situação de vulnerabilidade, menor a prevalência da Covid-19 na cidade.**
- VI. **H6 – Quanto maior for o indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social, menor a prevalência da Covid-19 na cidade.**
- VII. **H7 – Quanto maior for o indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social, menor será excesso de mortes naturais, comparado com anos anteriores.**
- VIII. **H8 – Quanto maior for a cobertura da ESF, menor a prevalência da Covid-19 na cidade.**

Todos os testes das hipóteses descritas acima também serão replicados para a variável excesso de mortes naturais, comparado com anos anteriores, com a mesma direção esperada.

- IX. **H9 – Quanto maior for a cobertura da ESF, maior será o indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social.**
- X. **H10 – Quanto maior o indicador de medidas legais de distanciamento social, menor a prevalência da Covid-19 na Cidade.**
- XI. **H11 – Quanto maior o indicador de medidas legais de distanciamento social, maior será o indicador de boas práticas de flexibilização.**

4.

Implementação de Políticas Públicas de combate à Covid-19 nas Capitais





4. Implementação de Políticas Públicas de Combate à Covid-19 nas Capitais

No Brasil, a pandemia, além de apresentar situações semelhantes às do restante do mundo – hospitais e unidades de saúde sobrecarregados com milhares de pessoas internadas e perdas consideráveis de vidas humanas –, trouxe também um componente extra e inédito no país: a falta de coordenação entre os governos federal, estaduais e municipais. Desde a Constituição de 1988, o Governo Federal sempre foi protagonista na coordenação das políticas públicas. Arretche (2012), ao analisar as políticas públicas no Brasil, argumenta que a construção do Estado brasileiro no período pós-Constituição de 1988 foi direcionada à centralização da autoridade política na União. Embora estados e municípios tenham sido reconhecidos como entes federativos autônomos, as regras constitucionais de supervisão das políticas subnacionais por parte da União, bem como seu poder orçamentário são variáveis fundamentais para compreender o papel de coordenação de políticas públicas pela União e da cooperação dos estados e municípios com essas políticas. Em outras palavras, o Governo Federal tem atuado, desde a redemocratização, como ente federativo regulador (*policy decision making*) das políticas públicas, enquanto os estados e municípios são executores (*policy making*) de tais ações.

A área da saúde é um dos principais segmentos de atuação da União, que é responsável por formular e coordenar as ações intergovernamentais (ARRETCHE, 2012, p. 162). Apesar da autonomia dos municípios e estados, todos os entes da Federação optaram por aderir ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a volumosa transferência de recursos que resulta dessa adesão. Desse modo, as principais políticas do país na área de saúde são desenhadas por técnicos do Governo Federal.

No entanto, a Covid-19 mudou radicalmente esse padrão. Estados e municípios contrariaram as determinações do Ministério da Saúde em relação às ações de enfrentamento à pandemia. Enquanto estados e municípios optaram por seguir orientações científicas das autoridades nacionais e internacionais da área de saúde, o Governo Federal foi em uma direção oposta. Uma das principais divergências no início da crise referiu-se à metodologia de isolamento social que deveria ser adotada no Brasil – horizontal ou vertical. No primeiro caso, todos ou a grande maioria deve ficar em suas casas e sair somente em casos de extrema necessidade, de modo a reduzir a circulação do vírus. Já na segunda abordagem, o isolamento vertical, somente uma parcela da população mais propensa a desenvolver a doença em sua forma mais grave deve permanecer em isolamento social.

Com a judicialização do tema, estados e municípios, que apresentaram a preferência pelo isolamento social horizontal, foram autorizados a implantarem as medidas de isolamento independente daquelas recomendadas pelo Governo Federal. Com isso, o que tivemos foi a implantação de diferentes políticas públicas de enfrentamento à Covid-19 no Brasil, em especial, nas capitais. E o Governo Federal, que havia manifestado a preferência por um isolamento vertical, se retirou de seu histórico papel de *policy decision making*.

Apesar disso, deve-se destacar que a decisão do STF não proibiu ações do Governo Federal no combate à disseminação da pandemia. Ao contrário, destacou que a União, estados, Distrito Federal e municípios possuem competências concorrentes na área de saúde⁶. Souza (2018) destaca que, em geral, no Brasil pós-Constituição de 1988, a cooperação e a coordenação entre níveis de governo se dão muito mais entre o Governo Federal e os municípios, diferentemente de outros países federativos. E, no caso da Covid-19, o que observamos foi uma forte atuação dos governadores, fenômeno que até então não havíamos observado após a redemocratização.

Dessa forma, o que contatamos durante o ano de 2020 foi uma forte oposição entre o Presidente da República e a maioria dos governadores e prefeitos das capitais.

.....
⁶ <https://www.conjur.com.br/2021-jan-18/stf-esclarece-nao-proibiu-bolsonaro-atuar-covid>

Além das medidas de isolamento social, destacadas acima, há uma coleção de divergências entre a União e os demais entes federativos, sendo a maioria das políticas públicas defendidas pela União contrárias às recomendações científicas, entre as quais destacamos, sem esgotar o tema:

- i. Uso de máscaras. Para o Presidente as máscaras não deveriam ser de uso obrigatório, devido à falta de comprovação de sua eficácia contra a propagação da Covid-19⁷.
- ii. Remédios sem eficácia. O Ministério da Saúde incentivou o uso de medicamentos como a cloroquina e a ivermectina para tratamento preventivo da Covid-19, mesmo após diversos estudos científicos mostrarem que os fármacos não possuem eficácia contra a doença⁸.
- iii. Aglomerações. Apesar de o próprio Ministério da Saúde sugerir que as pessoas evitem aglomerações para conter o avanço do vírus no país, o Presidente ignorou essas recomendações e participou de vários eventos, em alguns casos sem o uso de máscara.
- iv. Vacina. Enquanto governadores e até prefeitos de capitais buscaram se articular para garantir o acesso da população brasileira às vacinas desenvolvidas ao longo do ano de 2020, o Presidente da República repetiu inúmeras vezes que as vacinas contra Covid-19 não eram seguras e não recomendaria o seu uso⁹.

A partir disso, o que temos no país são ações isoladas de combate à pandemia, sem uma coordenação nacional. Cada governador decide sobre medidas mais ou menos restritivas em seu território. E há, ainda, uma disputa com os prefeitos, que podem aceitar ou não medidas mais restritivas de circulação de pessoas, gerando diversos questionamentos judiciais em todo o país. A tendência do judiciário tem sido na seguinte direção: o prefeito pode impor medidas mais restritivas que o governador e não o contrário.

Os problemas de coordenação de políticas públicas em alguns países democráticos e o sucesso inicial de países não democráticos, como o Vietnã e mesmo a China, acenderam a discussão entre os cientistas políticos sobre se ditaduras apresentariam maior capacidade estatal para lidar com situações de pandemia. Fukuyama (2020), ao analisar a atuação dos Estados Unidos

⁷ <https://noticias.uol.com.br/colunas/leonardo-sakamoto/2020/08/19/nulo-contr-a-covid-bolsonaro-diz-que-mascara-tem-eficacia-quase-nula.htm>

⁸ <https://jovempan.com.br/noticias/politica/aplicativo-do-ministerio-da-saude-receita-cloroquina-e-ivermectina-para-sintomas-de-covid-19.html>

⁹ <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55939354>

diante da pandemia, argumenta que todos os sistemas políticos modernos delegam autoridade com algum grau de discricionariedade aos seus executivos nacionais. No entanto, em democracias liberais, temos instituições que buscam garantir o Estado democrático de direito, impedindo abusos de poder. Apesar disso, democracias também podem delegar poderes excepcionais em casos de emergência. Contudo, isso depende de um governo forte que possua a confiança da população (FUKUYAMA, 2020).

Nesse sentido, o autor sugere que a incapacidade dos Estados Unidos em responder rapidamente à pandemia da Covid-19 está muito mais relacionada ao negacionismo conservador do governo Trump em reconhecer a gravidade da doença, e não tanto a uma diferença entre regimes políticos: **democracia x ditadura** (FUKUYAMA, 2020).

Podemos usar uma lógica semelhante para o que ocorre no Brasil: o negacionismo reiterado do maior líder político da nação dificultou a coordenação e a cooperação entre os entes federativos, aumentando ainda mais a gravidade da pandemia no país. Corroborando esse argumento o fato de que outros países democráticos, como Alemanha e Coreia do Sul, apresentaram resultados mais satisfatórios de coordenação, testagem, isolamento social e rastreamento. Enquanto isso, no Brasil, apesar dos esforços de alguns(mas) prefeitos(as) de capitais e dos(as) governadores(as), ainda impera o “cada um por si”, em detrimento de uma ação coordenada, seja no âmbito nacional ou regional.

4.1 Medidas de Distanciamento Social, Coordenação de Políticas Públicas e Ações Mitigadoras da Covid-19¹⁰

Com a declaração pela OMS, em março, de que o mundo estava vivendo uma pandemia, diversos países do globo implantaram políticas com o objetivo de conter a circulação do vírus (HALE; ANGRIST; KIRA; PETHERICK; PHILIPS, 2020). Mas o fato é que não houve um planejamento, ao contrário, os países tiveram que tomar rápidas decisões e aprender, durante o processo, o que funcionava ou não na contenção da doença.

Apesar das dúvidas existentes em todo o mundo, as autoridades de saúde foram unânimes em recomendar medidas de restrição da circulação das pessoas. E no Brasil não foi diferente. No entanto, como não havia uma coordenação do Governo Federal, e sim o oposto, houve muitas discordâncias entre o entendimento dos governos estaduais e municipais e o posicionamento do Executivo nacional.

¹⁰ Os dados utilizados para elaboração desta seção foram coletados até novembro de 2020.

Com isso, as capitais brasileiras adotaram diferentes medidas legais de distanciamento social. Cada cidade optou por ações consideradas mais adequadas para conter a proliferação do vírus. De certo que, em um país continental como o Brasil, é plausível considerarmos que os diferentes estados apresentem situações distintas em relação à disseminação da Covid-19, em um dado momento no tempo. Isso ocorre até mesmo dentro dos estados. Contudo, uma coordenação do Governo Federal poderia apresentar parâmetros a serem seguidos, de acordo com os indicadores recomendados pelas autoridades de saúde. Acreditamos que isso aumentaria a previsibilidade das ações governamentais, gerando uma maior confiança na economia, por exemplo. Para os cidadãos comuns, uma voz unificada dos governantes também representaria uma maior tranquilidade e uma redução do estresse, naturalmente causado por uma situação de crise sanitária.

Em estudo recente, Moraes (2020) analisa as medidas legais adotadas pelas capitais brasileiras no início da pandemia e conclui que Belo Horizonte, Boa Vista, Cuiabá, João Pessoa, Porto Alegre, Porto Velho, Rio de Janeiro e Teresina foram as cidades que implantaram medidas legais mais restritivas. E que tais ações estavam, em alguns casos, inversamente correlacionadas com as ações dos estados, ou seja, quando os estados apresentavam medidas menos restritivas, as capitais restringiram mais. Por outro lado, o autor também observou que, em cidades como Fortaleza e São Luís, as decisões estavam totalmente centralizadas nos governos estaduais, indicando uma possível coordenação entre os entes federativos.

Além do distanciamento social, há um conjunto de políticas públicas que foram implementadas em diferentes países para a contenção do espalhamento da Covid-19 e, conseqüentemente, a redução de sua letalidade. Essas ações, em geral, necessitam de uma coordenação de políticas públicas em diferentes níveis – vertical e horizontal –, tema que por si só é bastante desafiador, especialmente em países federativos. Sua efetividade demonstra a capacidade de entrega do poder público, com ações diretas e pontuais que reduzam os efeitos nefastos da pandemia na sociedade.

A coordenação de políticas públicas, como citado, pode ocorrer de duas formas: vertical e horizontal. A coordenação horizontal refere-se à relação entre instituições de um mesmo nível de governo, por exemplo, secretarias municipais. Enquanto a coordenação vertical, a que nos interessa neste artigo, diz respeito às relações entre diferentes níveis de governo para a produção das políticas públicas. Neste caso, nossa análise recaiu sobre a relação entre estados e municípios para a produção de políticas de combate à disseminação da Covid-19.

Em nossas análises qualitativas referente à coordenação vertical (entre as capitais e os governos estaduais), classificamos essa interação na formulação e na implementação das políticas públicas de combate à disseminação da Covid-19 em três categorias, a saber:

1. Houve uma ampla coordenação entre o governo da capital e o governo estadual. Esses casos foram classificados em situações em que o(a) governador(a) e o(a) prefeito(a) alinharam totalmente a política. Esse foi o caso de São Paulo, Maranhão e Ceará, por exemplo, em que as divergências, quando apareciam, eram sanadas. Há casos como o Estado do Maranhão e do Ceará, em que todas as medidas legais foram delegadas ao estado, a capital apenas editava um decreto seguindo.
2. Houve uma coordenação parcial entre o governo da capital e o governo estadual. Esses casos foram classificados em situações em que o(a) governador(a) e o(a) prefeito(a) apresentaram concordâncias e divergências. Em Teresina, por exemplo, houve um alinhamento em um primeiro momento e divergências relacionadas aos protocolos de flexibilização. O prefeito optou por ser mais “conservador” durante a flexibilização das medidas de restrição social, comparado ao governo estadual.
3. Não houve coordenação entre o governo estadual e municipal. Esses casos foram classificados em situações em que o(a) governador(a) e o(a) prefeito(a) apresentaram divergências muito fortes na elaboração do desenho e na implementação das políticas públicas. Belo Horizonte é um dos exemplos emblemáticos do país, de forte divergência entre a capital e o governo do estado.

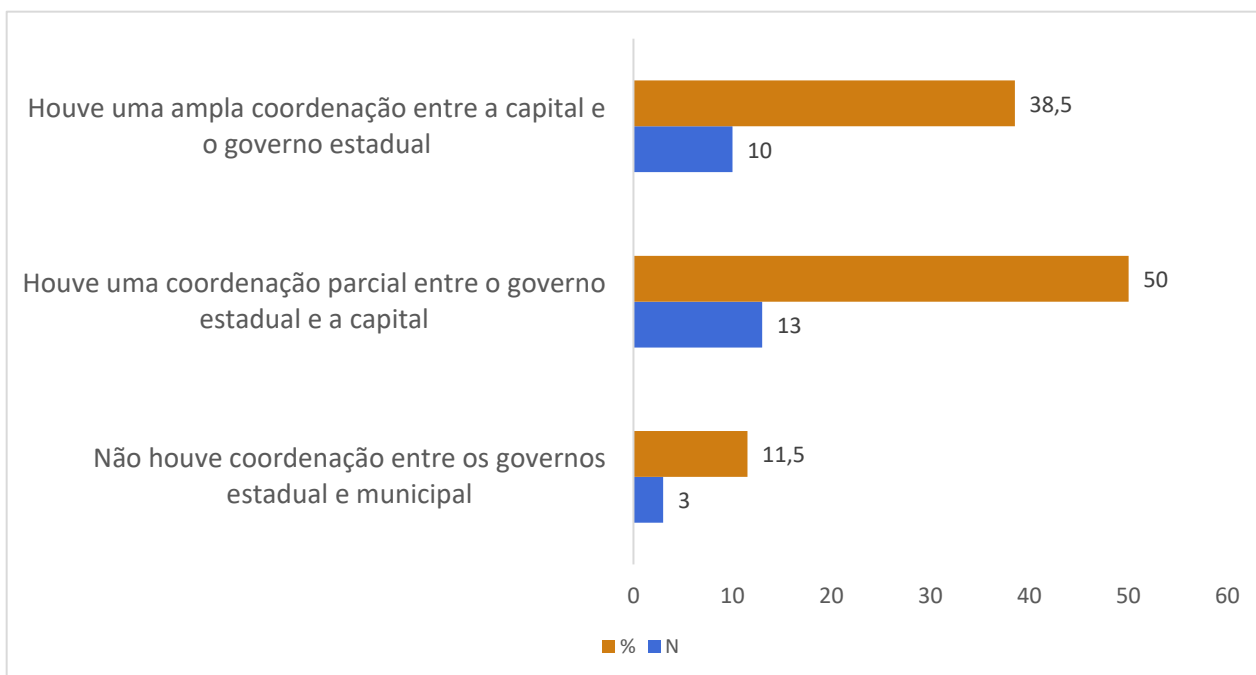
A partir dessas definições sobre coordenação, observamos no Gráfico 1 que em apenas 11,5% das capitais não houve qualquer coordenação entre os governos estaduais e as capitais. Esses foram os casos de Boa Vista, Natal e Belo Horizonte. Chama a atenção, especialmente, a relação entre o prefeito de Natal e a governadora do Rio Grande do Norte. Enquanto a governadora procurava implantar medidas para restringir a circulação de pessoas, o prefeito criticava suas ações e culpava a gestora pela lotação dos leitos nos hospitais da cidade, além de não apresentar disposição para colaborar com os municípios do interior, que, em emergências de saúde, costumam se amparar nos equipamentos das capitais, em geral mais bem preparadas e equipadas.

Em 50% das capitais ocorreu uma coordenação parcial entre os entes federativos – Porto Velho, Manaus, Belém, Macapá, Palmas, Teresina, João Pessoa, Recife, Maceió, Salvador, Vitória, Rio de Janeiro e Campo Grande. Por exemplo, no Rio

de Janeiro, inicialmente, os dois entes federativos caminharam em uma mesma direção, de estabelecer medidas legais de distanciamento social. Contudo, ao longo dos meses, as divergências foram surgindo, sendo necessário em alguns casos a intervenção do Judiciário para decidir sobre os conflitos entre o prefeito e o governador.

Por fim, em 38,5% das capitais, encontramos uma ampla coordenação entre prefeitos e governadores. São os casos de Rio Branco, São Luís, Fortaleza, Aracajú, São Paulo, Curitiba, Florianópolis, Porto Alegre, Cuiabá e Goiânia. O estado e a capital de São Paulo representam o caso mais emblemático dessa coordenação, com o governador e o prefeito concedendo entrevistas em conjunto, passando uma mensagem unificada para o cidadão, especialmente no início da crise. Esse também foi o caso de Rio Branco, capital do Acre, onde a prefeita e o governador se uniram no combate à doença e posteriormente na eleição municipal.

Gráfico 1 – Coordenação com o governo estadual (%)¹¹



Fonte: elaboração própria.

¹¹ Embora o Distrito Federal tenha sido incluído nas análises que se seguem neste artigo, a cidade foi excluída dessa avaliação de coordenação com o governo estadual por se tratar da capital do país e ser um distrito e não uma capital dentro de um estado, como as demais.

A coordenação de políticas públicas é fundamental para fazer com que os programas e políticas alcancem seus objetivos (SOUZA, 2018). E, nesta pandemia, a coordenação entre os estados e as capitais tornou-se ainda mais relevante, tendo em vista que o Governo Federal, que sempre teve a autoridade para tomar as decisões setoriais mais importantes (ARRETICHE, 2012), se alijou da política. Dessa forma, as análises qualitativas indicam que, nas capitais onde ocorreu uma coordenação com o governo estadual, tivemos uma melhor governança no enfrentamento ao vírus. Contudo, não podemos dizer que a coordenação foi uma variável determinante para a redução da disseminação do coronavírus, devido ao fato de que o controle de um vírus depende de inúmeras variáveis. Além disso, os motivos para as divergências entre capitais e seus respectivos governos estaduais foram os mais variados. Há casos em que os estados desejavam mais restrições, enquanto em outros as capitais queriam implantar medidas mais restritivas, e não podemos deixar de destacar situações relacionadas ao período eleitoral municipal.

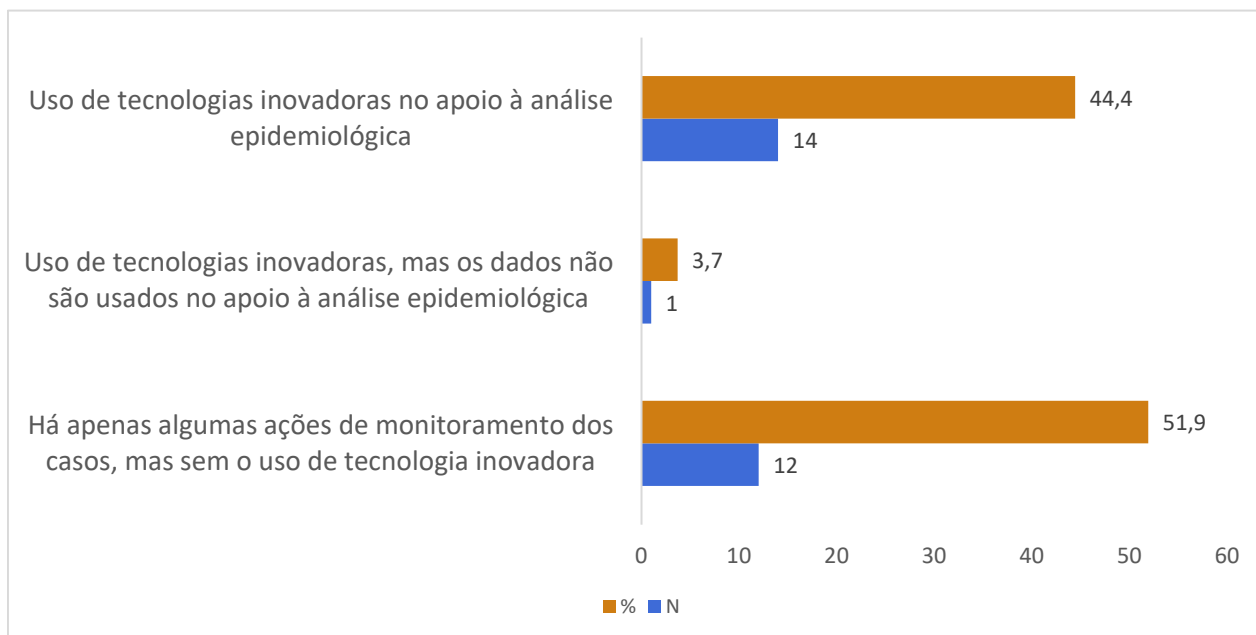
Para além da coordenação, medidas não farmacológicas também foram implantadas por diferentes países com o objetivo de minimizar a disseminação da Covid-19. Um dos exemplos mais propagados na área de inovação é o caso de Taiwan, que inovou “com ferramentas tecnológicas como big data para análise, cruzamento e processamento de dados” (ESTADÃO, 2020). Kingler-Vidra (2020), ao analisar o caso do Vietnã, também destaca a coordenação do país para obter uma abordagem inovadora no enfrentamento à pandemia, estando à frente de nações mais ricas. O esforço apresentou resultados imediatos, possibilitando que o país desenvolvesse seu próprio kit para testes de Covid-19, conforme descrito a seguir.

Innovation on top of existing approaches. The Viet Nam Academy of Science and Technology, as well as the Institute of Military Medicine (IMM), used the RT- LAMP technique (reportedly already developed by the WHO and the American CDC). Meanwhile, the University of Technology, Hanoi, decided to go with the RT- LAMP technique. This kit is the first in the world to be based on RT-LAMP (KINGLER-VIDRA, 2020, p. 3).

As análises qualitativas indicam que 44,4% das capitais utilizaram algum tipo de tecnologia inovadora¹ pessoa cadastrada testar positivo, as autoridades de saúde conseguem rastrear os locais e as pessoas que tiveram contato com o paciente até 15 dias antes do diagnóstico da doença. O estabelecimento e os clientes recebem um aviso que tiveram contato com uma pessoa contaminada, por SMS ou e-mail.

Conforme podemos observar no Gráfico 2, em 51,9% das capitais há apenas ações de monitoramento dos casos, sem o uso de tecnologias.

Gráfico 2 – Tecnologia e inovação (%)

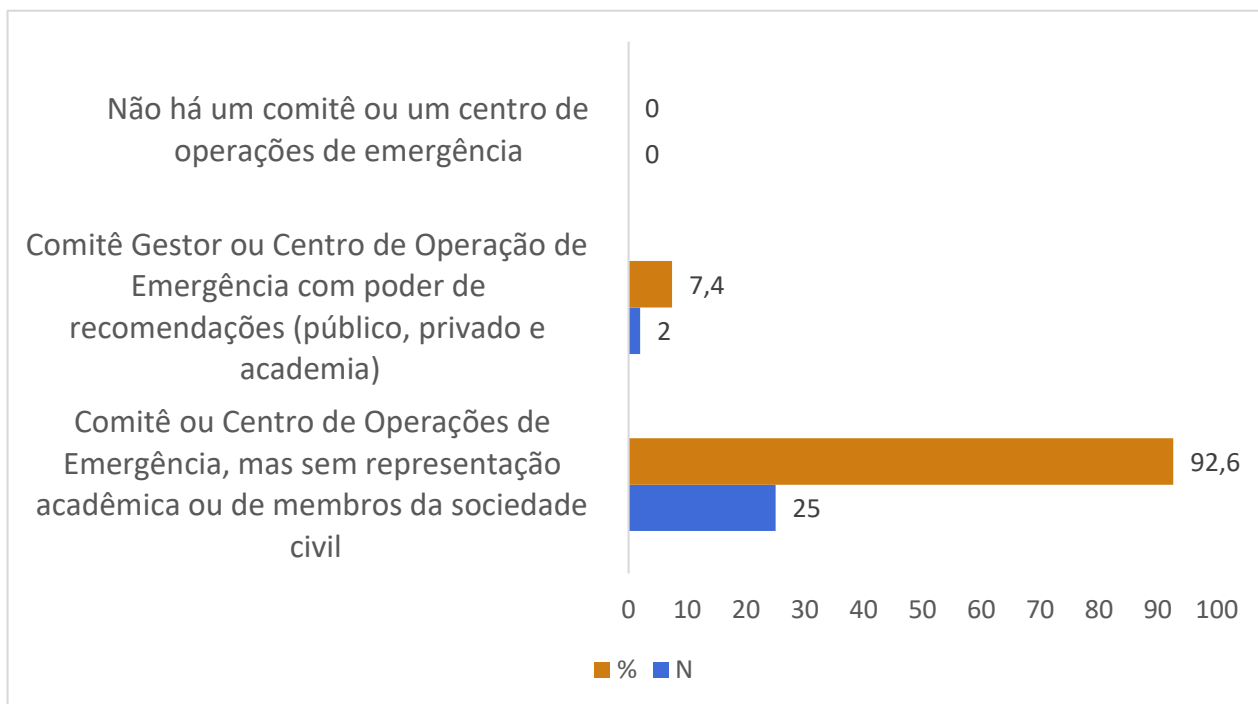


Fonte: elaboração própria.

Um mecanismo importante destacado pela Organização Frente pela Vida (2020) refere-se à criação de comitês consultivos e de recomendações, formados por especialistas da sociedade civil, do poder público e da academia. O objetivo desses comitês é discutir, de forma ampliada e transparente, as tomadas de decisões voltadas para a contenção da pandemia da Covid-19. De fato, observamos, no Gráfico 3, que todas as capitais brasileiras criaram algum tipo de comitê gestor ou centro de operações de emergência. Contudo, a grande maioria das capitais, 92,6%, incluiu apenas representantes da prefeitura, excluindo a academia e a sociedade civil do processo decisório. Somente as cidades de Belém e Goiânia adicionaram membros da academia e da sociedade civil organizada em seus respectivos comitês.

Não podemos afirmar que a inclusão ou exclusão da academia e da sociedade civil apresentem impactos substanciais na contenção do vírus. O argumento principal, nesse caso, refere-se à ideia de que a participação de diferentes segmentos da sociedade confere uma maior legitimidade ao processo decisório, especialmente quando se faz necessário implementar medidas de isolamento social ou recuar, em fases de flexibilização dessas medidas. Nesse sentido, pode ser um elemento importante para a capacidade estatal em implementar políticas difíceis em momentos de crises.

Gráfico 3 – Comitê gestor da crise (%)



Fonte: elaboração própria.

4. No que se refere à comunicação, é desejável, em um Estado democrático de direito, que as informações acerca da disseminação da pandemia, os critérios utilizados pelos gestores para impor medidas legais de restrição social, bem como a sua flexibilização sejam divulgados de forma clara e transparente para toda a sociedade. Nesse sentido, a difusão de informações sobre a Covid-19 tem por objetivo apresentar uma maior *accountability* acerca da condução da pandemia, permitindo ao cidadão avaliar a atuação dos gestores públicos.

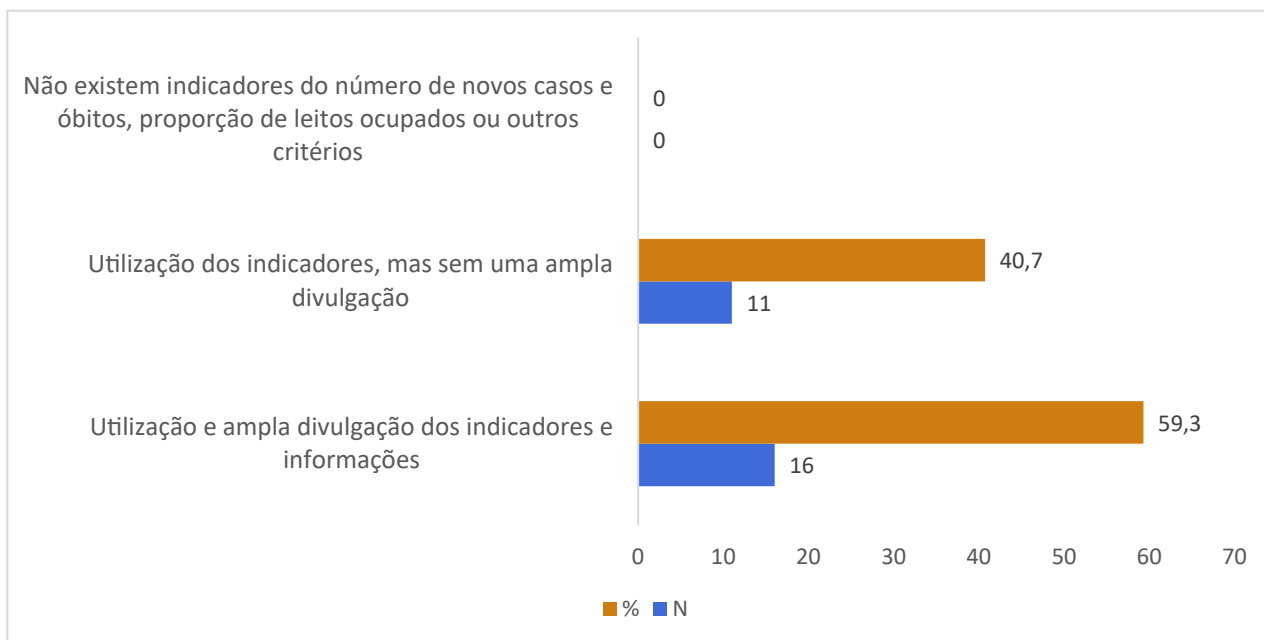
5. É importante ressaltar que, apesar de o Ministério da Saúde, diversos pesquisadores e organizações não governamentais estarem trabalhando na produção desses indicadores e na divulgação das informações, consideramos que é obrigação do poder público local apresentar esses dados aos municípios. Para que dessa forma tenhamos, de fato, uma efetiva *accountability* sobre a gestão local no controle da pandemia.

6. Para analisarmos a transparência e a comunicação das capitais, verificamos, em um primeiro momento, se os prefeitos consultavam e seguiam os indicadores recomendados pelas autoridades de saúde, seja para restringir, seja para flexibilizar. E, em um segundo momento, se esses

indicadores eram amplamente divulgados para a população – postagens e lives em redes sociais, sites oficiais da prefeitura, sites e jornais locais e coletivas de imprensa.

7. No Gráfico 4, verificamos que 59,3% das capitais utilizaram os indicadores recomendados pelas autoridades de saúde, tais como: números de casos e mortes, ocupação dos leitos de UTI abaixo de 70%, número de casos e óbitos em queda para flexibilizar as medidas de restrição social, entre outros. Essas cidades fizeram bom uso das mídias sociais – Facebook, Instagram e WhatsApp – para divulgar os boletins epidemiológicos, pesquisas sorológicas, cronograma de flexibilização das medidas de restrição social, bem como o registro de novos casos e óbitos.

Gráfico 4 – Transparência e comunicação (%)

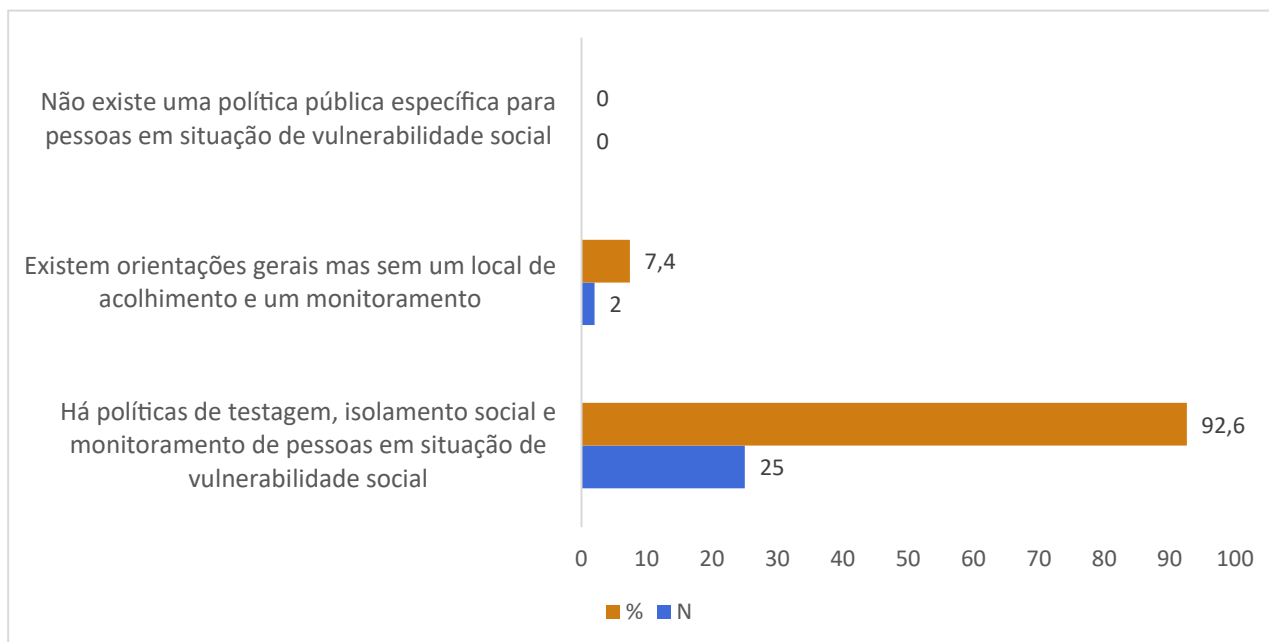


Fonte: elaboração própria.

Além disso, as cidades elaboraram vídeos para conscientização dos cidadãos sobre a importância do isolamento social. Duas campanhas publicitárias (Figura 1) ficaram famosas nacionalmente por conta da força que continham em uma simples imagem: uma sobre quem você escolheria para ser salvo em uma UTI e outra em que um caixão divide espaço com um sofá¹².

¹² <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/06/barreiras-testes-e-busca-ativa-como-o-piaui-se-blindou-da-covid-19-no-ne.htm>. Acesso em 09 nov. 2020

Gráfico 5 – Garantias de direitos à população em situação de vulnerabilidade (%)



Fonte: elaboração própria.

Assim, nesta subseção analisamos diversas políticas públicas implementadas pelas capitais brasileiras com o objetivo de mitigar os efeitos da pandemia provocada pela Covid-19. Deve-se destacar nossa última variável analisada, a garantia de direitos à população em situação de vulnerabilidade. Nesse sentido, 100% das capitais apresentaram ações em busca de uma experiência menos danosa e custosa por esses indivíduos que já se encontram em uma situação de desvantagem social. Esse resultado demonstra a importância do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado e organizado nos últimos anos pelos municípios brasileiros.

Para resumir nossos achados, apresentamos no Quadro 1, a seguir, um resumo das principais políticas públicas implementadas pelas capitais brasileiras para conter a disseminação da Covid-19 durante o primeiro ano da pandemia.

Quadro 1 – Resumo das variáveis

Variáveis	Políticas públicas
Coordenação entre as capitais e os governos estaduais	38,5% apresentaram uma ampla coordenação com seus respectivos governadores, seguindo as mesmas políticas de combate à pandemia; em 50% encontramos uma coordenação parcial, na qual identificamos um alinhamento inicial com os governadores e posteriormente divergências, especialmente quanto aos temas de <i>lockdown</i> e flexibilização; por fim, em 11,5% dos casos, observamos um total descompasso entre a capital e o governo estadual, desde o início da pandemia, até o fim da coleta dos dados desta pesquisa.
Tecnologia e inovação	44% das capitais utilizaram algum tipo de tecnologia e inovação para auxiliar as políticas públicas de combate à disseminação da Covid-19 – aplicativos, uso de dados para monitoramento da doença e teleconsultas. O destaque foi a cidade de Florianópolis com uso de tecnologia para rastrear as pessoas que tiveram contato com os positivados para Covid-19. Contudo, mais da metade das capitais, 51,9%, usaram dados para monitoramento da doença, mas sem o uso de tecnologias inovadoras.
Comitê gestor/centro de emergência da crise	Todas as capitais criaram um comitê/centro de emergência para tratar sobre a crise sanitária. No entanto, apenas 7,4% (2) das capitais – Belém e Goiânia – incluíram a sociedade civil e a academia no processo deliberativo.
Transparência e comunicação	Todas as capitais utilizaram indicadores e informações científicas recomendadas pelas autoridades de saúde. Entretanto, apenas 59,3% realizaram ampla divulgação desses indicadores locais sobre a Covid-19. 40,7% das capitais brasileiras realizavam esse levantamento sistemático – número de leitos de UTI ocupados, Rt, número de novos casos diários e mortes etc. –, mas não realizavam uma ampla divulgação em redes sociais, sites oficiais, jornais e sites locais. Fortaleza se destacou negativamente por divulgar inicialmente todos os dados e, posteriormente, excluí-los de suas redes sociais no momento de flexibilização das medidas de restrição de circulação das pessoas.
Garantia de direitos à população em situação de vulnerabilidade social	Todas as capitais implementaram alguma política pública voltadas para pessoas com algum grau de vulnerabilidade social. Em 92,6% houve testagem específica para pessoas em situação de rua ou residentes de ILP, isolamento para pessoas em situação de rua, monitoramento e distribuição de cestas básicas. Em duas capitais – Boa Vista e Florianópolis – havia orientações gerais, mas sem um acolhimento para isolamento social ou monitoramento da doença específico para essas pessoas.

Fonte: elaboração própria.

4.2 Boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social

Após a implementação de medidas restritivas de circulação de pessoas por todo o país durante o mês março de 2020 com o objetivo de conter a propagação do coronavírus, os prefeitos iniciaram um processo de retomada das atividades econômicas já no mês de abril. Assim como as medidas de distanciamento social que não tiveram um modelo a ser seguido no país, a flexibilização também ocorreu de forma descentralizada, sem um modelo específico.

Neste artigo, consideramos que as medidas de flexibilização devem seguir critérios científicos definidos pelas autoridades de saúde de modo a evitar/minimizar novos surtos da doença, possibilitando um ambiente de previsibilidade das ações governamentais para a população como um todo. Com base nos critérios apresentados no Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 (2020), elaborado pela Organização Frente pela Vida, avaliamos as variáveis relacionadas à flexibilização das atividades, classificando as cidades em uma escala de 0 a 3, conforme descrito a seguir. Após a classificação das capitais, elaboramos um indicador de boas práticas de flexibilização, com a soma da pontuação obtida em cada variável. Posteriormente, realizamos uma normalização para uma escala de 0-10, permitindo um melhor entendimento pelos leitores.

✓ Elaboração de um plano estratégico para diferentes setores da economia

- . (3) Há um plano municipal de flexibilização com protocolos para diferentes setores da economia.
- . (2) Há um plano municipal de flexibilização, mas sem especificar protocolos para os distintos setores.
- . (0) Não existe um plano municipal de flexibilização.

✓ Existência de um cronograma de acordo com as atividades e o seu grau de propagação do vírus

- . (3) Há um cronograma detalhando as atividades.
- . (0) Não há um cronograma, a abertura foi realizada toda de uma vez, sem considerar as especificidades das atividades.

✓ Incidência de casos estava em baixa ou em ascensão no momento da flexibilização

. (3) A incidência de casos foi considerada como critério para a efetividade da flexibilização e estava em baixa no momento da flexibilização.

. (2) A incidência de casos foi considerada como critério para a efetividade da flexibilização, mas não estava em baixa no momento da flexibilização.

. (0) O critério de incidência de casos não foi considerado.

✓ Número reprodutivo efetivo (R_t) abaixo ou acima de 1

. (3) O R_t foi considerado e deve ficar abaixo de 1 para a efetividade da flexibilização.

. (2) O R_t foi considerado, mas não é necessário ficar abaixo de 1 para efetivar a flexibilização.

. (0) O R_t não foi considerado.

✓ Capacidade de testagem, isolamento e rastreamento dos casos

. (3) Sim, existem medidas que apontam capacidade de testagem dos casos, inclusive com recomendação para que funcionários do poder público e da iniciativa privada sejam testados, monitoramento e rastreamento de contatos daqueles que testaram positivo.

. (2) Existem medidas que apontam capacidade de testagem e monitoramento dos casos, mas sem rastreamento de contatos.

. (0) Há apenas recomendações de testagem, mas os testes são realizados apenas em pessoas que apresentam sintomas da Covid-19 e/ou profissionais da saúde.

✓ Taxa de ocupação das UTIs abaixo ou acima de 70%

. (3) A taxa de ocupação dos leitos é um critério para flexibilização e deve estar abaixo de 70% para a efetivação da flexibilização.

. (2) A taxa de ocupação dos leitos é um critério para flexibilização, mas não precisa estar abaixo de 70% para a flexibilização ser efetivada.

. (0) Este não foi um critério considerado.

✓ Retorno às aulas do ensino fundamental (como está sendo programado o retorno às aulas)

- . (3) Não há previsão de retorno presencial, somente aulas remotas.
- . (2) O retorno das aulas presenciais foi programado de forma escalonada, seja em um mesmo nível de ensino, seja em níveis diferentes, seja do setor público ou do privado.
- . (0) O retorno de todos os estudantes está programado de uma única vez.

Deve-se destacar que não foi incluída na análise o uso de máscaras de proteção individual em locais públicos e privados, tendo em vista que a Lei Federal nº 14.019, de 03 de julho de 2020, tornou obrigatório o seu uso.

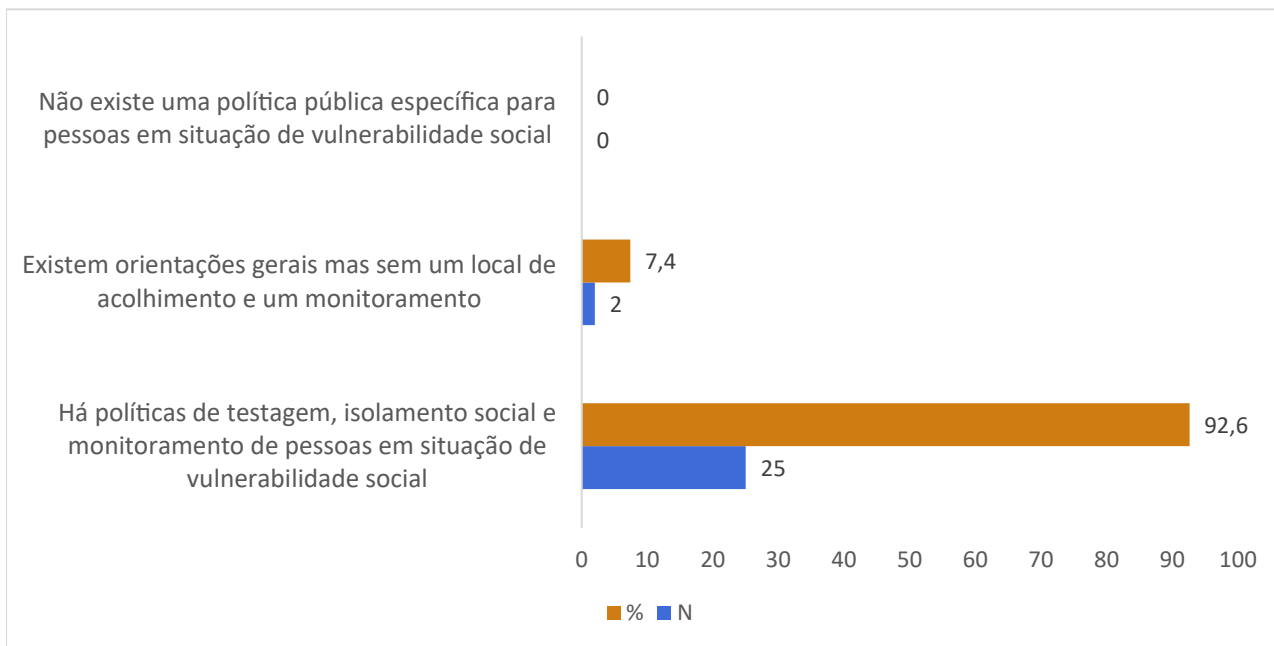
A primeira variável analisada foi a existência ou não de um plano estratégico com protocolos para as diferentes atividades econômicas. O objetivo foi verificar se as atividades foram liberadas de acordo com o risco de propagação da doença, em outras palavras, se existia um plano estratégico e até mesmo previsão de um possível retrocesso no processo de flexibilização em caso de aumento da incidência da doença, por exemplo. Como pode ser observado no Gráfico 6, a seguir, a grande maioria das capitais brasileiras, 88,9%, apresentou um plano municipal de flexibilização.

Entre as capitais que não elaboraram um plano prévio, temos a cidade de Manaus, uma das mais atingidas pela pandemia, com indicativo equivocado de já ter alcançado a “imunidade de rebanho”¹³, e, agora em janeiro de 2021, uma das mais atingidas pela segunda onda da doença¹⁴. Por outro lado, a cidade de Campo Grande, no Estado do Mato Grosso do Sul, apresentou um plano de biossegurança classificando as diferentes atividades econômicas e sociais. Assim, as atividades foram avaliadas, classificadas e ranqueadas em função de alguns parâmetros de biossegurança, daí a prefeitura avaliou a liberação ou não dos setores econômicos.

Em Teresina, a abertura das atividades econômicas contou com uma nota técnica elaborada por professores da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e técnicos da Prefeitura Municipal. Foram apresentados cálculos econômicos e políticos que o gestor público precisaria considerar para decidir o momento da abertura gradual da economia e o impacto para a saúde pública. O estudo tem como cálculo as variáveis de segurança, economia e do índice setorial de distanciamento controlado.

.....
¹³ Estudo sugere que Manaus atingiu imunidade de rebanho contra covid. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/09/22/estudo-aponta-que-manaus-atingiu-imunidade-de-rebanho-contr-covid.htm>
¹⁴ <https://canaltech.com.br/saude/amazonas-vive-situacao-critica-durante-segunda-onda-da-covid-19-177238/>

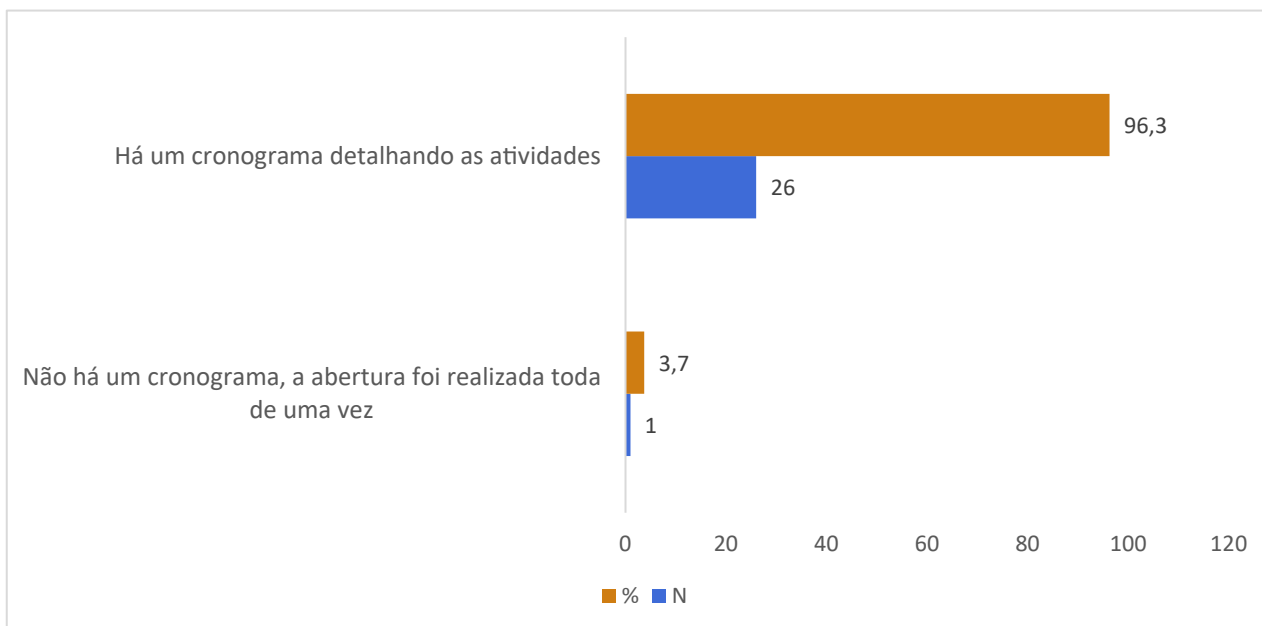
Gráfico 6 – Elaboração de um plano estratégico com protocolos para flexibilização (%)



Fonte: elaboração própria.

A segunda variável analisada foi a elaboração de um cronograma para liberação das atividades econômicas. Em geral, nas cidades que apresentaram um plano municipal, o mesmo veio acompanhado de um cronograma de liberação das atividades, buscando primeiro a liberação de atividades nas quais o vírus apresenta uma menor ameaça. Isso porque a liberação automática dos setores econômicos, sem um cronograma setorial, elevaria a circulação de pessoas, apresentando como resultado um aumento da disseminação do vírus, o que poderia levar a um novo fechamento das atividades. Daí a importância tanto de um plano estratégico, quanto de um cronograma com a abertura gradual das atividades. E foi exatamente isso que observamos ao longo dos meses de 2020, uma abertura gradual das diferentes atividades econômicas na maioria das capitais (96,3%), conforme apresentado no Gráfico 7, de acordo com o risco de contaminação *vis-à-vis* o impacto econômico dos setores.

Gráfico 7 – Elaboração de um cronograma para liberação das atividades (%)



Fonte: elaboração própria.

A incidência de casos da doença no momento de flexibilização deveria ser uma variável fundamental para os gestores decidirem ou não pela flexibilização das medidas de distanciamento social. As recomendações das autoridades de saúde, entre elas a OMS, foi a de que era necessário reduzir a incidência de novos casos para se iniciar o processo de flexibilização. Em função disso, verificamos no site do Ministério da Saúde¹⁵ e da Fiocruz¹⁶ se, no momento do início da flexibilização das medidas de distanciamento social nas capitais brasileiras, a incidência de casos de Covid-19 estava em baixa ou em ascensão e se esse critério foi formalmente considerado pelos gestores.

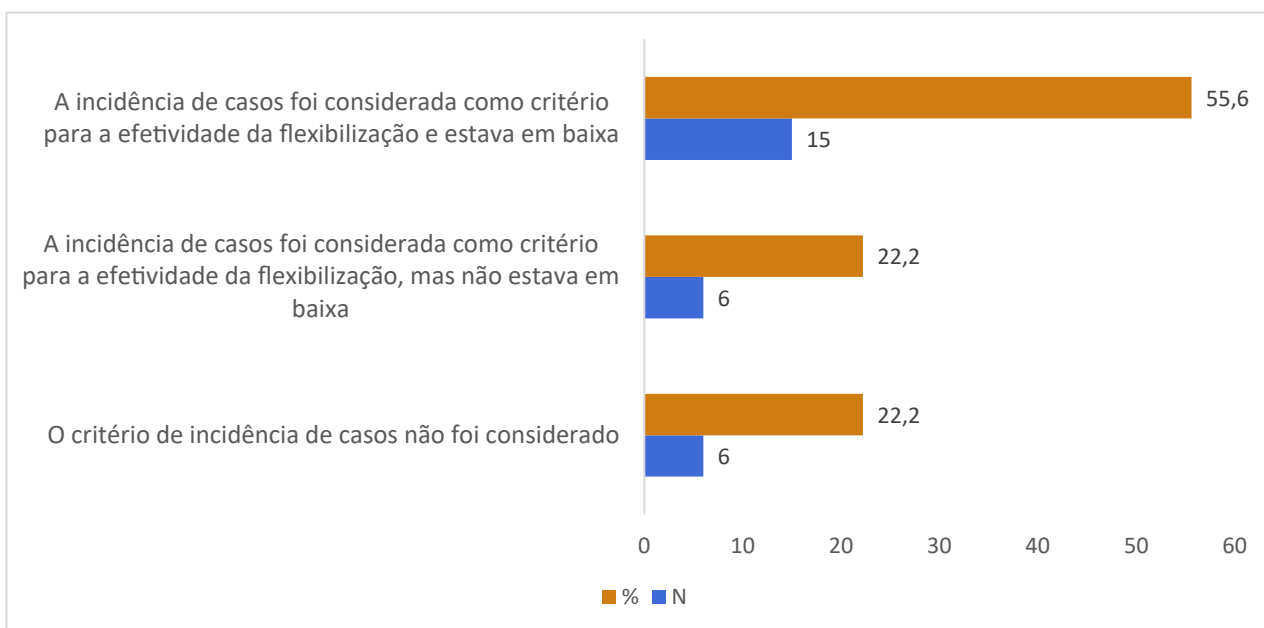
Os resultados podem ser observados no Gráfico 8, que mostra que, em 55,6% das capitais brasileiras, o critério da incidência de casos foi considerado e, de fato, estava em baixa no momento da flexibilização. Nós tivemos 22,2% de casos em que o prefeito até adotou formalmente esse critério, porém, quando iniciou a flexibilização, a propagação do vírus estava em ascensão e isso não foi um impeditivo para a abertura da economia, desconsiderando as recomendações científicas. Isso ocorreu nas cidades de Fortaleza, Natal, Maceió, Aracajú, João Pessoa e Salvador.

¹⁵ <https://covid.saude.gov.br/>

¹⁶ <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>

Em 22,2% das capitais, o critério não foi nem mencionado ou considerado pelo gestor. Esse foi o caso de Porto Velho, no Estado de Rondônia, que retomou as atividades econômicas em abril, no ápice da pandemia nas capitais vizinhas, Manaus e Belém. Além de Porto Velho, as capitais de Palmas, Goiânia, Distrito Federal, Manaus e Belém também desconsideraram o critério.

Gráfico 8 – Incidência de casos de Covid-19 em baixa ou em ascensão no momento da flexibilização (%)

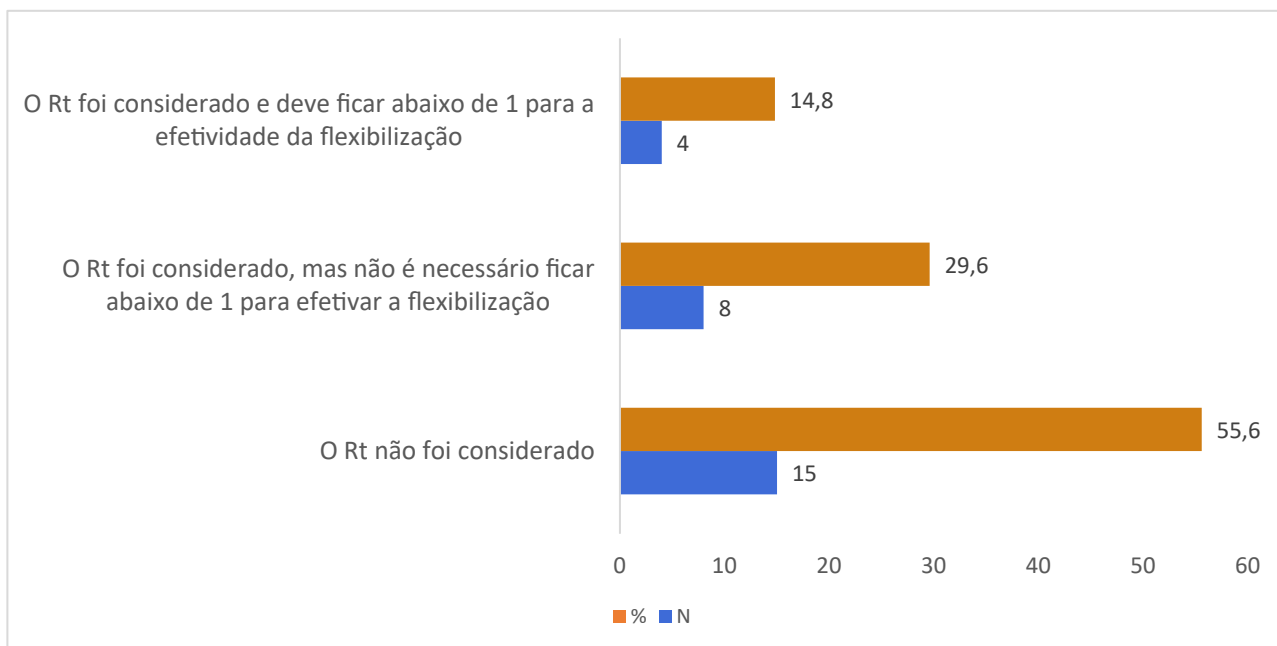


Fonte: elaboração própria.

Quanto ao número reprodutivo efetivo (R_t), a OMS recomenda que as medidas de flexibilização sejam implantadas somente quando esse número estiver abaixo de 1. De um modo geral, o número efetivo de reprodução de um vírus determina o seu potencial de propagação em uma dada região ou espaço geográfico. Assim, quando esse número é superior a 1, significa que cada indivíduo pode transmitir o vírus para mais de uma pessoa e, assim, aumentar a disseminação da doença. O espalhamento da doença só é arrefecido quando o R_t está abaixo de 1.

Apesar disso, conforme apresentado no Gráfico 9, somente 14,8% das capitais consideraram que o R_t deveria ficar abaixo de 1 para efetivar a flexibilização das medidas de distanciamento social. Esses foram os casos de Teresina, Recife, Rio de Janeiro e Salvador. Na grande maioria das capitais, 55,6%, o R_t nem foi considerado para iniciar o processo de flexibilização. Destacam-se aí cidades com grande incidência da Covid-19: Porto Velho, Manaus, Boa Vista, Belém, entre outras.

Gráfico 9 – Número efetivo de reprodução (Rt) abaixou ou acima de 1 para flexibilização (%)



Fonte: elaboração própria.

Além de um Rt abaixo de 1, a recomendação das autoridades de saúde é a de que a flexibilização das medidas de distanciamento social deve ser acompanhada da testagem em massa da população. Para além da questão clínica de se identificar os pacientes infectados pelo vírus, os testes em massa apresentam informações que subsidiam as decisões dos gestores. Considerando que um elevado número de pessoas fica assintomático quando contaminado pelo coronavírus, identificar esses indivíduos é fundamental, já que, mesmo sem desenvolver a doença, podem transmiti-la para outros.

A realização de testes em massa na população tem se mostrado eficaz em diversos países do mundo. De acordo com Kingler-Vidra (2020), o Vietnã foi um dos países mais bem-sucedidos na aplicação de testes em massa na população. Em uma ação coordenada entre diversos órgãos do governo, da sociedade civil e da academia, foram produzidos testes rápidos e confiáveis que permitiram testar um elevado número de cidadãos (900 pessoas para cada novo caso confirmado)¹⁷, rastrear os casos e fazer uma quarentena rigorosa. O rastreamento de contato apresenta como metodologia quatro níveis de isolamento, a saber: a) pacientes testados positivos e seus contatos diretos – isolamento total e tratamento em hospital; b) contatos próximos – isolamento em estruturas montadas pelo governo; c) situações em que o governo considera que não é necessário realizar o isolamento em hospitais

¹⁷ <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52584143>

ou estruturas de governo – autoisolamento em casa; e, d) em situações em que há contágio comunitário – determinação, pelo governo, de um rígido *lockdown* do bairro, cidade ou vilarejo. Com essas medidas, o país conseguiu controlar significativamente o vírus até o mês de abril de 2020. Entretanto, em agosto, o país voltou a registrar novos casos e as autoridades implementaram mais medidas restritivas de circulação das pessoas.

O Brasil é um dos países que menos testa no mundo. Dados da *Our World in Data*, de agosto de 2020, mostram que o país estava em 64º lugar em número de testes por milhão de habitantes¹⁸. A análise das capitais brasileiras indica uma elevação significativa do número de testes realizados a partir dos meses de junho e julho. As cidades investiram na aquisição de testes, bem como o Ministério da Saúde também realizou compras significativas.

No entanto, até dezembro de 2020, a maior parte dos testes do tipo PT-PCR comprados pelo Governo Federal ainda se encontravam no aeroporto de Guarulhos, aguardando a distribuição pelo país. Ao todo, tínhamos mais de 6 milhões de testes com vencimento entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021 estocados no aeroporto¹⁹. Para termos a dimensão do problema, até o mês de novembro, o Sistema Único de Saúde (SUS) tinha aplicado um pouco mais de 5 milhões desse tipo de teste, considerado o que apresenta diagnóstico mais preciso. As razões apresentadas pelo Governo Federal, estados e municípios para a não utilização desses testes escancaram o impacto negativo da falta de coordenação entre os entes federativos, ressaltando o desafio institucional de cooperação que marcou o país no período da pandemia.

De acordo com as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil realizou, aproximadamente, 28 milhões de testes para Covid-19 até novembro de 2020, o que representa 13,4% da nossa população. A título de exemplo, o Reino Unido possui uma população de 66 milhões de pessoas e já realizou mais de 76 milhões de testes²⁰. No entanto, não há um parâmetro específico determinado pelas autoridades de saúde sobre o percentual da população que deve ser testado²¹. A recomendação das autoridades de saúde

.....
¹⁸ <https://ourworldindata.org/coronavirus>

¹⁹ <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/11/22/governo-federal-pode-ter-de-jogar-fora-6-8-milhoes-de-testes-perto-da-validade>

²⁰ Para maiores informações consulte: <https://coronavirus.data.gov.uk/details/testing> e <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29771-28-6-milhoes-de-pessoas-fizeram-um-teste-para-a-covid-19-ate-novembro>

²¹ <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2020/06/testagem-em-massa-por-que-e-tao-dificil-fazer-no-brasil-e-o-que-propoem-os-pesquisadores-ckb2ju5ez000c015nll0z6wub.html>. Última consulta em 10 de fevereiro de 2021.

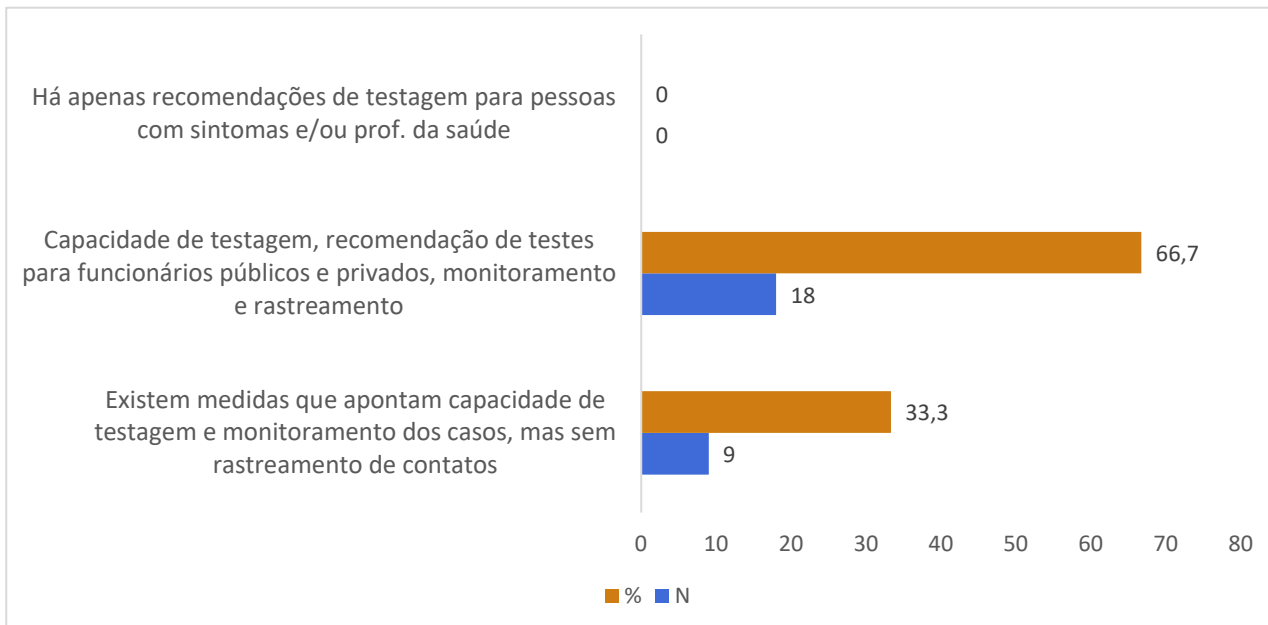
consiste na realização de testes em massa, mas com rastreamento de contatos. Testar é importante, mas é necessário um plano de ação para cada localidade, de modo que os testes sirvam para alimentar uma base de dados que possibilite uma política pública de controle da pandemia.

No Brasil, estados e municípios estão criando suas próprias estratégias. Apesar das críticas sobre a qualidade dos testes adquiridos – em geral testes rápidos sem a devida comprovação de sua eficácia²² –, as capitais brasileiras têm buscado ampliar sua capacidade de testagem e rastreamento dos casos.

Em nossa análise qualitativa, identificamos que 66% das capitais apresentam uma boa capacidade de testagem, conforme apresentado no Gráfico 10. Nesse caso, não estamos considerando a qualidade dos testes. Em Rio Branco, por exemplo, até o mês de outubro, já haviam sido realizados 40.723 testes, o que corresponde a 9,9% da população da capital. Em Teresina, até o mês de setembro, somente a prefeitura já havia realizado 140 mil testes, o que corresponde a 16,3% da sua população. Ambas as cidades realizaram pesquisas sorológicas e rastreamento dos casos. Destaca-se, ainda, o caso de Teresina, que possui 100% de cobertura de equipe de saúde da família (ESF), o que facilita o trabalho de acompanhamento das famílias das pessoas que testam positivo para o coronavírus.

²² <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/04/29/interna-brasil,849698/especialistas-questionam-uso-de-testes-rapidos-para-covid-19-na-popula.shtml>

Gráfico 10 – Capacidade de testagem, isolamento e rastreamento dos casos (%)

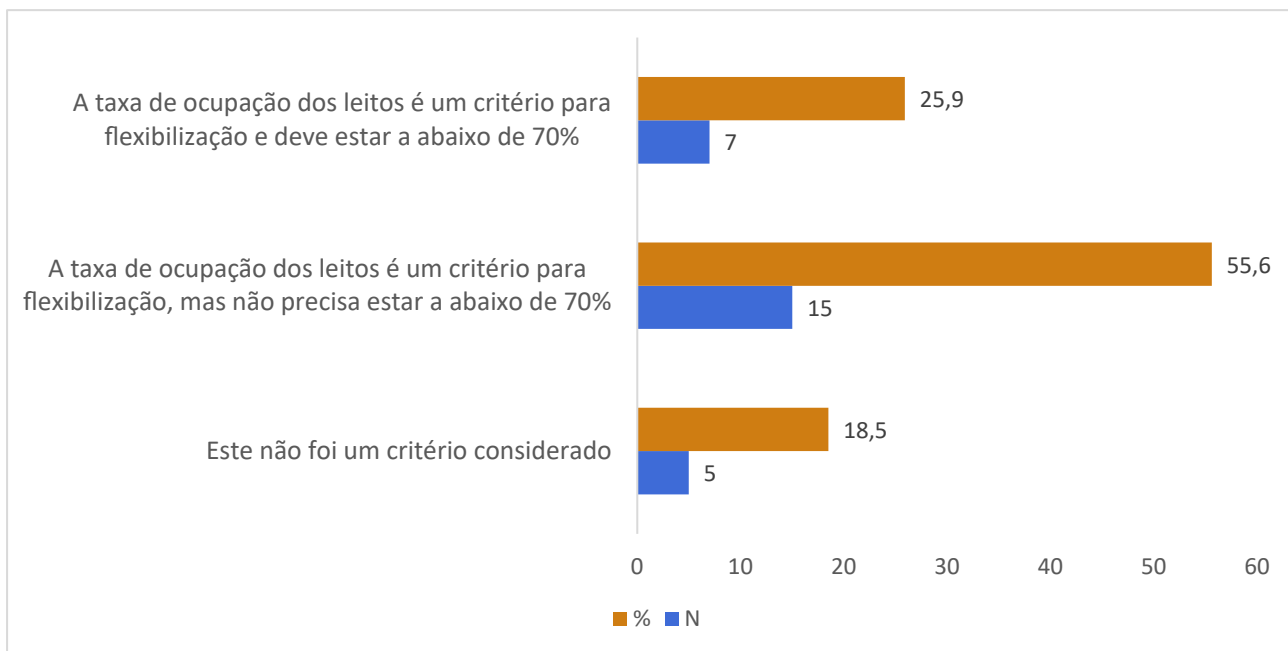


Fonte: elaboração própria.

Para flexibilizar as medidas de distanciamento social, a OMS recomenda que a taxa de ocupação de leitos de UTI esteja abaixo de 70%, de modo que o sistema de saúde possua capacidade de atendimento aos cidadãos infectados e não entre em colapso, como observado em diversas cidades pelo mundo, inclusive no Brasil. Observamos no Gráfico 11 que, em 55,6% das capitais, o decreto de flexibilização menciona a necessidade de a taxa de ocupação de UTIs estar abaixo de 70% para flexibilizarem. No entanto, na prática, a flexibilização ocorreu independentemente do índice de ocupação. Esse foi o caso de cidades como Porto Alegre, Curitiba, Florianópolis, Aracajú, Maceió, entre outras.

Espanta, ainda mais, o fato de 18,5% das capitais nem considerarem o critério de taxa de ocupação das UTIs. Esse foi o caso das cidades de Porto Velho, Manaus, São Luís, Cuiabá e Goiânia. Por outro lado, Rio Branco, Boa Vista, Belém, Teresina, Salvador, São Paulo e Brasília determinaram que a taxa de ocupação deveria estar abaixo de 70% e, de fato, utilizaram o critério no momento de flexibilização. Em muitos casos, a pressão de diversos setores econômicos levou prefeituras a reabrirem comércios e demais segmentos econômicos. Soma-se a isto o fato de 2020 ter sido um ano de eleições municipais, com as prefeituras em busca da reeleição ou de fazerem a sua sucessora.

Gráfico 11 – Taxa de ocupação de UTI acima ou abaixo de 70% para flexibilizar (%)



Fonte: elaboração própria.

Last, but not least, nossa última variável para analisar as boas práticas de flexibilização das medidas de isolamento social refere-se ao retorno às aulas do ensino fundamental. Inicialmente, o fechamento das escolas em todos os níveis foi adotado pela maioria dos países. Cronert (2020) argumenta que o fechamento das escolas não é uma surpresa, tendo em vista que as medidas de distanciamento social foram consideradas a principal ação não farmacológica de contenção da Covid-19. No entanto, a ação apresenta impactos sobre a performance dos estudantes e na redução da capacidade dos pais para continuarem ativos em atividades essenciais como saúde, transporte público etc.

Por serem considerados locais de aglomeração e de pouca capacidade de gerenciamento e controle, o fechamento de escolas de ensino fundamental e médio e faculdades de ensino superior foram as primeiras medidas tomadas nas capitais brasileiras. Brasília foi a primeira grande cidade do país a fechar as escolas. O exemplo foi seguido pelas demais cidades, à medida que os casos de Covid-19 foram surgindo no Brasil.

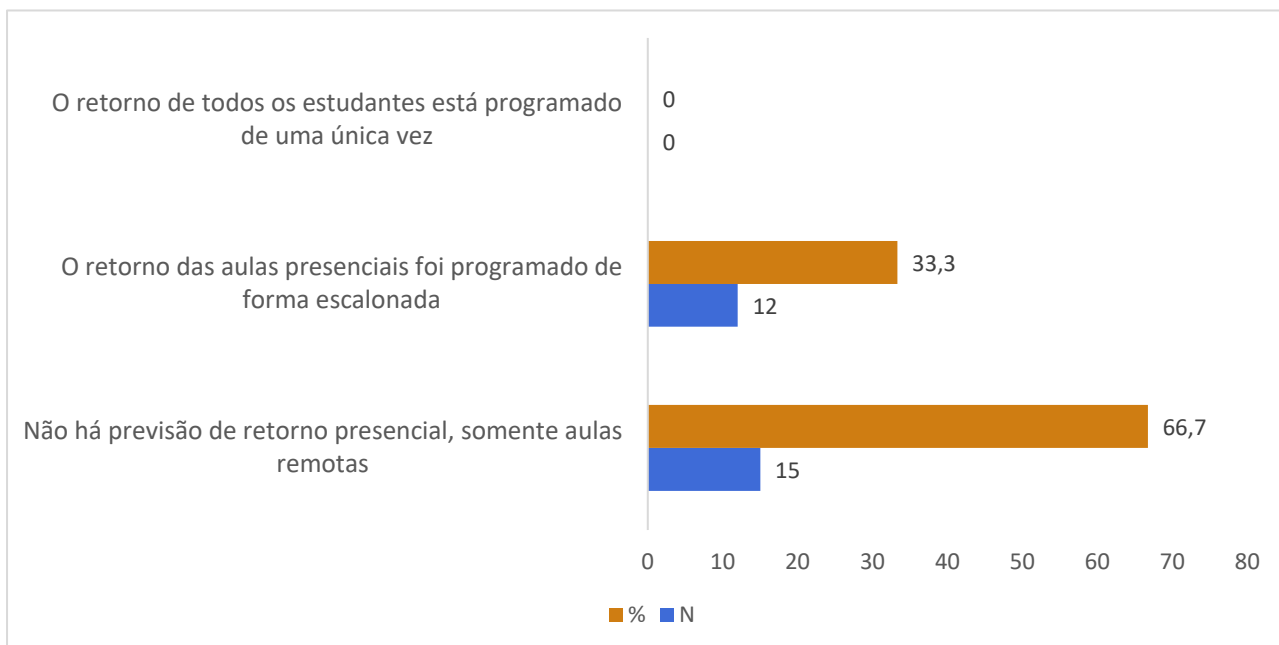
Com o início da flexibilização e a abertura de diversos segmentos econômicos – lojas de roupas, shopping centers, salões de beleza, restaurantes, bares etc. –, muitos pais passaram a questionar os prefeitos sobre o retorno às aulas. Apesar de não existir um consenso sobre qual é a melhor ação de políticas públicas para

essa variável, neste artigo consideramos o fato de não existir uma vacina para a doença e de que a maioria das crianças são assintomáticas, concluindo que a decisão mais adequada dos gestores é o não retorno às aulas. Além disso, ninguém é obrigado a frequentar bares e restaurantes, por outro lado, a reabertura das escolas de forma compulsória não deixa opção para as famílias.

Dessa forma, em novembro de 2020, 66,7% dos prefeitos das capitais brasileiras ainda não tinham apresentado uma previsão de retorno presencial das crianças às salas de aula, conforme apresentado no Gráfico 12. Esse era o caso, por exemplo, de Belo Horizonte, onde o prefeito reeleito com ampla maioria afirmou que o retorno às aulas do ensino fundamental, inclusive das escolas privadas, só ocorreria após a vacinação em massa da população. Mesma situação de Teresina, onde a Secretaria de Educação chegou a anunciar um retorno híbrido com 30% em regime presencial, mas depois recuou e não apresentou uma nova previsão.

Destaca-se, ainda, o fato de que 33,3% das capitais autorizaram o retorno presencial de forma escalonada. Esse é o caso de cidades como Manaus, São Luís, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Belém, Porto Alegre e Brasília. Cada uma das cidades adotou critérios distintos. Em Porto Alegre, por exemplo, o prefeito deixou a critério da família o retorno presencial.

Gráfico 12 – Retorno às aulas do ensino fundamental²³ (%)



Fonte: elaboração própria.

²³ Destaca-se que nossa avaliação foi referente a decisão que cabe ao Prefeito, ou seja, o retorno do ensino fundamental, seja ele privado ou público.

Há ainda casos em que tivemos uma enorme disputa entre governador e prefeito, como na cidade Rio de Janeiro, onde o prefeito autorizou o retorno de alguns anos do ensino fundamental, e o então governador Witzel foi contra, gerando uma confusão entre pais, alunos e instituições de ensino. As divergências mostram que a retomada das aulas merece uma discussão e análise mais aprofundada na sociedade, considerando os impactos econômicos, a segurança das crianças e as medidas de flexibilidade para outros setores.

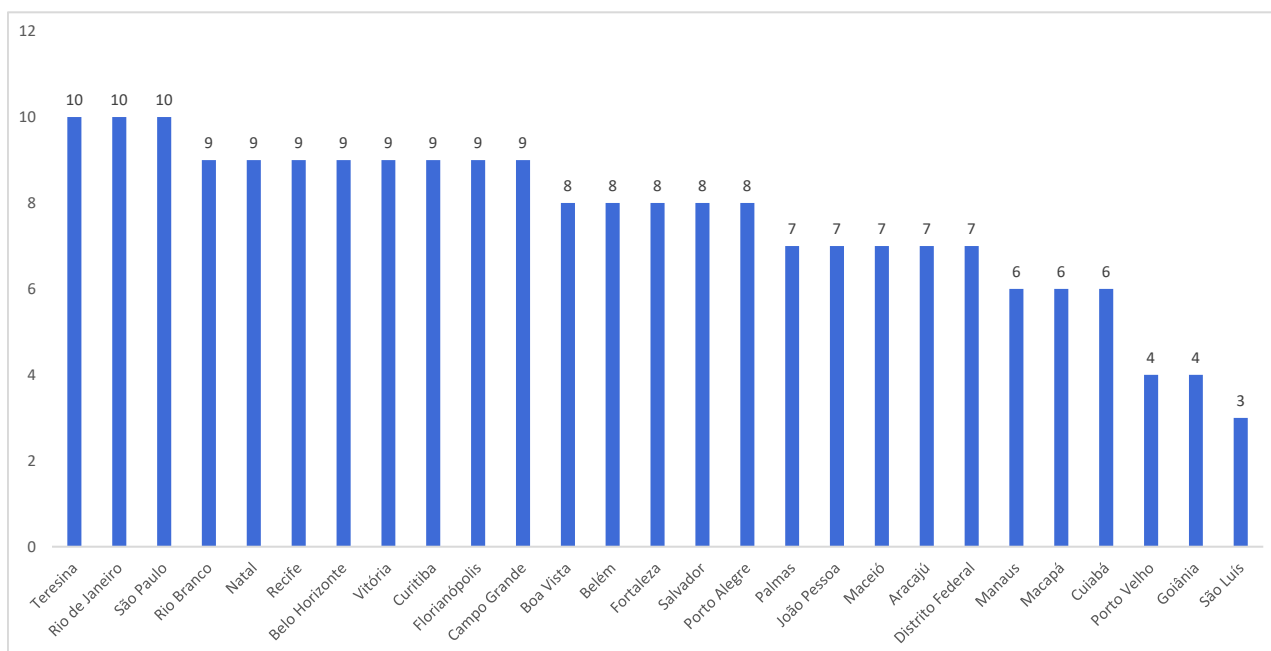
Apesar da decisão metodológica do artigo, consideramos que devemos nos questionar se, de fato, há sentido em manter as escolas fechadas e reabrirmos bares, restaurantes e até áreas de diversão para as crianças nos restaurantes. Isso faz sentido? Estamos considerando critérios científicos na decisão de mantermos as escolas fechadas e critérios econômicos para outros segmentos, como o de bares e restaurantes? Qual o impacto que isso tem na vida dos pais? São questões ainda em aberto.

4.3 Indicador de boas práticas de flexibilização

Com base nas variáveis analisadas, elaboramos um indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social. Reconhecemos as limitações do indicador, tendo em vista o pouco conhecimento que ainda temos da doença causada pelo coronavírus, bem como a limitação do método – tratar dados qualitativos quantitativamente. Contudo, entendemos que o indicador pode nos oferecer uma compreensão sobre o direcionamento da atuação das capitais.

O Gráfico 13, a seguir, apresenta o indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social das capitais brasileiras. As capitais mais bem ranqueadas são Teresina, Rio de Janeiro e São Paulo. Por outro lado, São Luís, no Maranhão, apresentou o pior desempenho.

Gráfico 13 – Indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social das capitais brasileiras (0-10)



Fonte: elaboração própria.

Uma das principais hipóteses deste artigo é a de que boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social resultariam em uma menor prevalência²⁴ da doença nas capitais brasileiras²⁵. A Tabela 1, a seguir, apresenta a correlação de *Person* entre as duas variáveis e outros três indicadores: distanciamento social, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); excesso de mortes naturais; e cobertura da equipe de saúde da família. Os resultados mostram que a direção da correlação entre o indicador de boas práticas de flexibilização e a prevalência da doença está na direção esperada, qual seja: quanto maior o indicador de boas práticas, menor a prevalência da Covid-19, com uma fraca correlação negativa de -0,20. No entanto, a correlação não se mostrou estatisticamente significativa.

Por outro lado, a correlação entre prevalência da Covid-19 e o indicador de excesso de mortes naturais em 2020 mostrou-se positiva moderada, ou seja, quanto maior a prevalência da Covid-19, maior o excesso de mortes naturais em 2020²⁶. Infelizmente, a falta da realização de testes de qualidade e de pesquisas

²⁴ Entende-se como prevalência o número de pessoas já infectadas pelo vírus pelo total de indivíduos estudados. Para maiores detalhes ver: Wagner (1998).

²⁵ Os dados de prevalência dessa pesquisa são de 2020, após a flexibilização das medidas de distanciamento social.

²⁶ Aqui importa ressaltar que a análise de correlação de *Person* não apresenta uma causalidade, indica apenas que as variáveis estão correlacionadas em uma mesma direção (LEVIN; FOX, 2009). Nesse caso, podemos afirmar que o indicador do excesso de mortes naturais no ano de 2020 pode ser usado como proxy da prevalência da Covid-19 nas capitais brasileiras, por exemplo.

sorológicas mascara os dados de prevalência da doença no país, dificultando a análise dos resultados dos demais indicadores da Tabela 1.

Tabela 1 – Correlação dos indicadores por prevalência da Covid-19

Variáveis	Força da Correlação
<i>Indicador de Boas Práticas de Flexibilização²⁷</i>	-0,20
<i>Indicador de distanciamento social do Ipea</i>	0,14
<i>Excesso de mortalidade</i>	0,39*
<i>Cobertura de equipe de saúde da família</i>	- 0,06

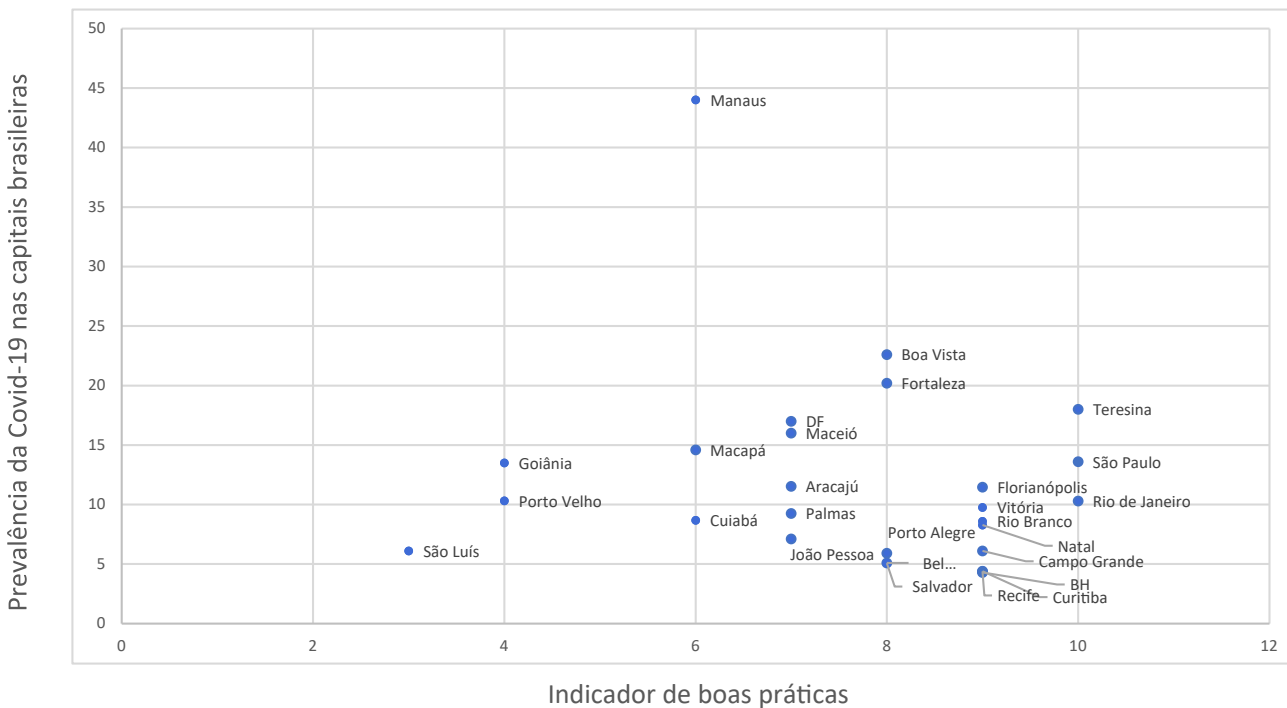
Fonte: elaboração própria.

*Sig.: 0,04

O Gráfico 14, a seguir, apresenta a análise dos indicadores de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social em relação à prevalência da Covid-19 nas capitais brasileiras. Como podemos observar, Teresina, Rio de Janeiro e São Paulo são as capitais com melhores indicadores de boas práticas e, no entanto, apresentam um grau moderado de prevalência da doença: 18%, 10% e 14%, respectivamente. Em nosso entendimento, isso ocorre justamente pelo fato de essas cidades terem realizado pesquisas sorológicas e apresentarem uma prevalência mais próxima da realidade *vis-à-vis* as demais capitais que não fizeram investigações epidemiológicas. Apenas a título de exemplo, a última pesquisa sorológica realizada por Teresina mostrou que o número de pessoas que já havia tido contato com o vírus era 4 vezes maior do que as estatísticas oficiais enviadas ao Ministério da Saúde. É inimaginável pensar que Fortaleza possui apenas 2 pontos percentuais a mais de incidência da doença do que a Cidade de Teresina, por exemplo. Isso porque a capital cearense colapsou logo no início da pandemia, com hospitais recusando pacientes em estado agonizante, fato que não ocorreu na capital piauiense durante o ano de 2020.

²⁷ A variável foi composta por informações de diferentes fontes: Ministério da Saúde e pesquisas sorológicas realizadas em algumas cidades.

Gráfico 14 – Boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social (0-10) em relação à prevalência da Covid-19 nas capitais brasileiras (%)



Fonte: elaboração própria.

A Tabela 2, a seguir, procura testar a hipótese de relação entre as variáveis descritivas apresentadas nas seções anteriores e a prevalência da Covid-19 nas capitais. Realizamos um teste de diferença entre médias, considerando a prevalência da Covid-19 como variável dependente e as demais variáveis da tabela como independentes. Como pode ser observado, apesar da importância qualitativa das variáveis discutidas ao longo deste artigo, nenhuma delas apresentou significância. Podemos explicar o resultado a partir de dois argumentos. Primeiro, temos um número de caso pequeno, apenas 26 capitais, além do DF. Segundo, existe falta de dados confiáveis, considerando que há uma subnotificação muito grande. De acordo com Figueiredo, Polli e Andrade (2020), podemos ter, aproximadamente, 5 vezes o número de infectados oficiais no país. Desse modo, a prevalência provavelmente está subestimada.

A única variável significativa foi a fonte de dados sobre a prevalência, com significância de 0,01. Esse resultado é bastante interessante, porque essa variável diferencia o grau de prevalência por fonte de coleta de dados: Sistema Único de Saúde; pesquisa sorológica da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL); e pesquisa sorológica própria da cidade. Fizemos essa opção metodológica justamente pelas discrepâncias existentes entre as fontes oficiais – SUS, as pesquisas sorológicas disponibilizadas por algumas cidades e a UFPeL.

Tabela 2 - Teste de diferença entre médias²⁸ em relação à prevalência da Covid-19

Variável	Significância
Tecnologia e inovação	0,78
Transparência e comunicação	0,61
Garantias de direitos à população em situação de vulnerabilidade	0,35
Comitê gestor da crise	0,7
Coordenação com o governo estadual	0,84
Fonte dados sobre a prevalência	0,01

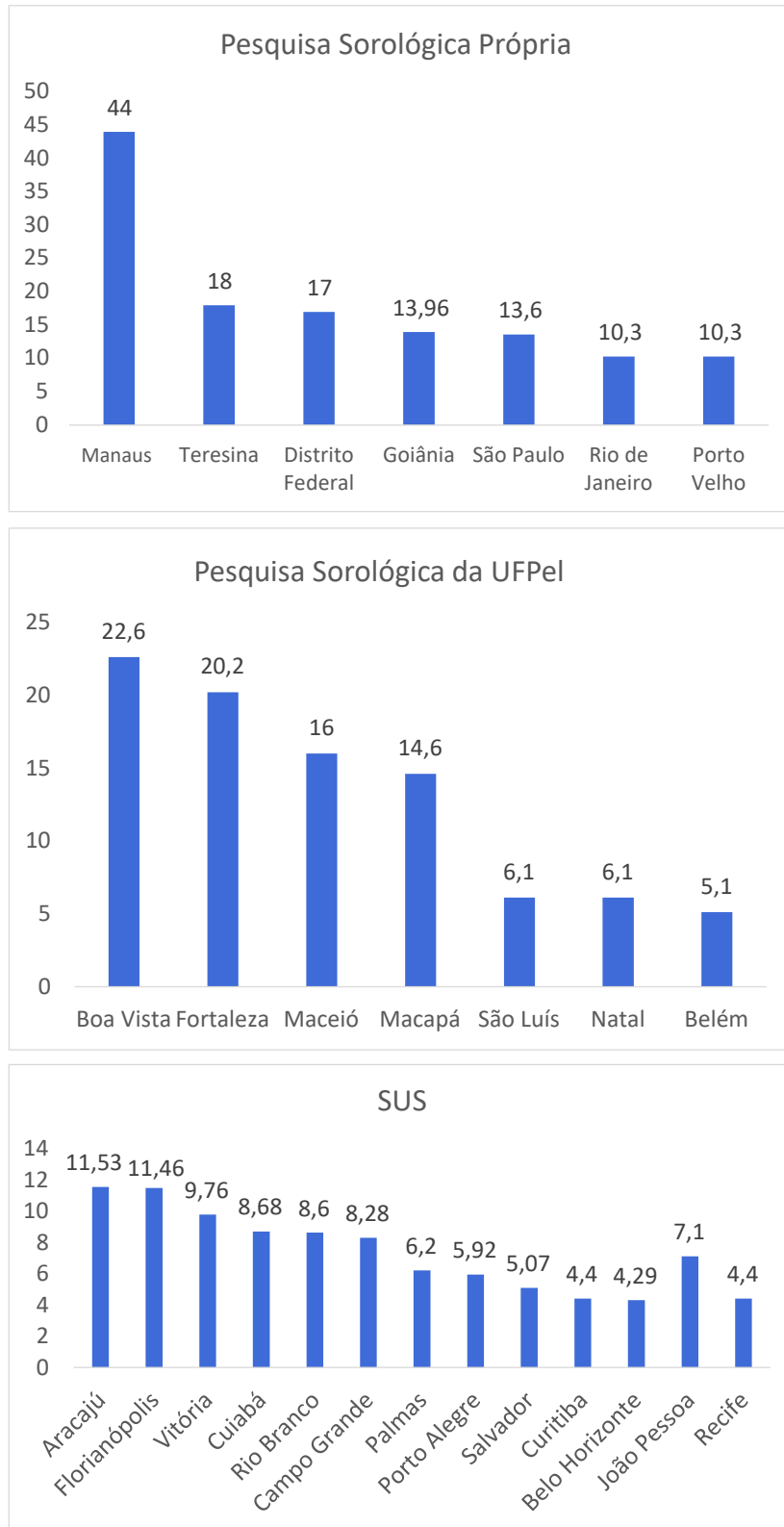
Fonte: elaboração própria.

A Figura 2, a seguir, apresenta a prevalência nas capitais brasileiras por fonte de dados. As pesquisas sorológicas realizadas por algumas prefeituras apresentam uma incidência maior do que os dados da pesquisa nacional realizada pela UFPel, até por apresentarem uma amostra consideravelmente maior e mais robusta. E apresentam uma incidência muito superior, quando comparadas ao SUS, tendo em vista que o Governo Federal registra apenas os casos em que as pessoas procuram atendimento para realizarem os testes, enquanto as pesquisas sorológicas realizam uma busca ativa por pessoas que tenham tido contato com o vírus, independentemente de sintomas. Com isso, temos uma média prevalência de 19,48 para as cidades que realizaram pesquisas próprias; 12,63 para aquelas que foram pesquisadas pela UFPel; e apenas 8,01 para os dados oficiais do SUS²⁹.

²⁸ O teste realizado foi o teste da ANOVA, por meio da estatística F para verificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre as capitais para as diferentes ações de combate à Covid-19.

²⁹ Metodologicamente, Manaus poderia ser considerada um *outlier*. No entanto, consideramos que, com as evidências de subnotificações existentes no país, os dados de cidades como Belém, Curitiba, Belo Horizonte, entre outras também sejam igualmente discrepantes. Em função disso, optamos por permanecer com Manaus em nossa análise.

Figura 2 – Prevalência da Covid-19 nas capitais por fonte de coleta de dados



Fonte: elaboração própria.

Ao analisarmos o mesmo teste de diferença entre médias de prevalência de Covid-19 e as variáveis qualitativas que compõem o indicador de boas práticas de flexibilização das medidas de distanciamento social, observamos resultados muito semelhantes aos encontrados na Tabela 2. Os testes não apresentam resultados estatisticamente significativos. A variável que mais se aproximou de uma significância estatística foi a elaboração de um plano estratégico para diferentes setores da economia, com uma significância de 0,058, conforme pode ser observado na Tabela 3.

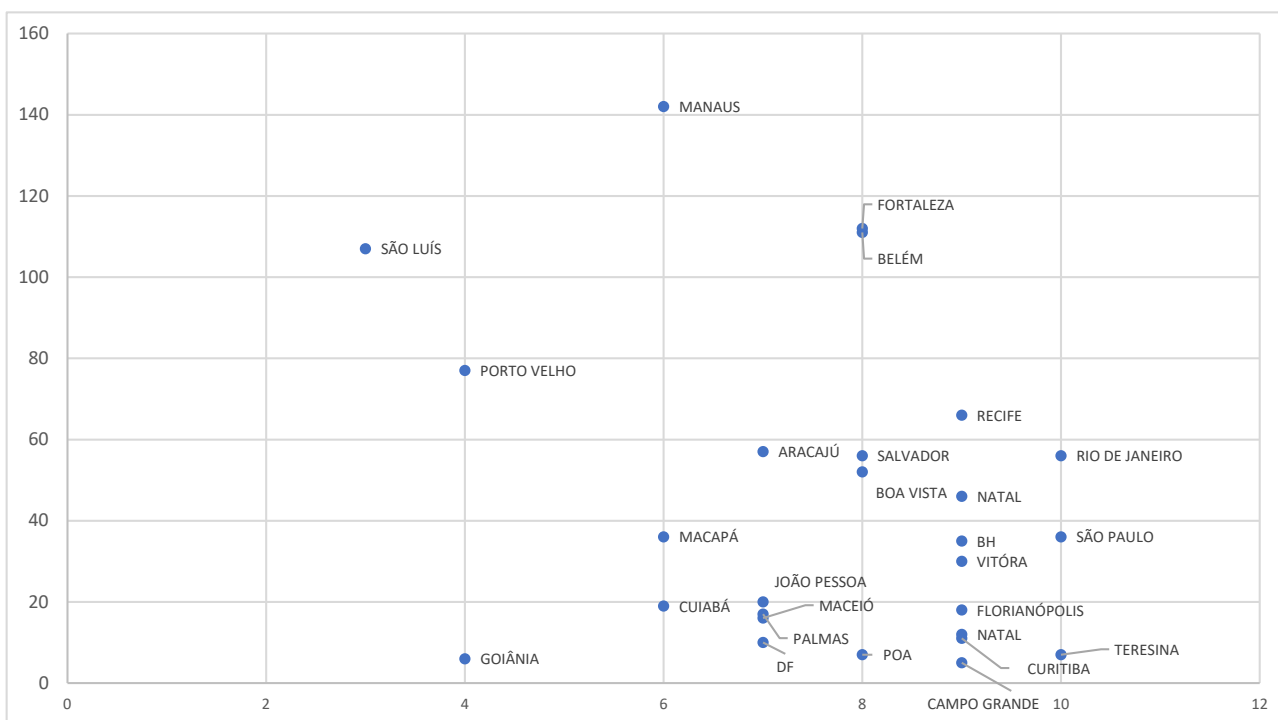
Tabela 3 – Teste de diferença entre médias dos indicadores de boas práticas de flexibilização x prevalência da Covid-19

Variáveis	Sig.
Elaboração de um plano estratégico para diferentes setores da economia	0,058
Existência de um cronograma de acordo com as atividades e o seu grau de propagação do vírus	0,78
Incidência de casos estava em baixa ou em ascensão no momento da flexibilização	0,97
Número reprodutivo efetivo (Rt) abaixo ou acima de 1	0,54
Capacidade de testagem, isolamento e rastreamento dos casos	0,25
Taxa de ocupação das UTIs abaixo ou acima de 70%.	0,9
Retorno às aulas do ensino fundamental	0,6
Tecnologia e inovação	0,78
Transparência e Comunicação	0,61
Garantias de direitos à população em situação de vulnerabilidade	0,35
Comitê gestor da crise	0,7

Fonte: elaboração própria.

O próximo gráfico (Gráfico 15) apresenta a análise do indicador de boas práticas de flexibilização por excesso de mortes naturais (MARINHO *et al.*, 2020). Como pode ser observado, as cidades que tiveram seus sistemas de saúde colapsados em algum momento em 2020 – Manaus, São Luís, Fortaleza e Belém – apresentam mais de 100% de mortes naturais em excesso comparado aos anos anteriores. Nos casos de Manaus e São Luís, o indicador de boas práticas de flexibilização ficou abaixo de 7. Por outro lado, as cidades com melhores indicadores de desempenho de boas práticas de flexibilização apresentaram uma menor taxa de excesso de mortes naturais, como é o caso de Campo Grande, com um indicador de boas práticas de 9 e uma taxa de excesso de mortalidade de apenas 5%; e Teresina, com um indicador de boas práticas de 10 e uma taxa de excesso de mortalidade de 7%.

Gráfico 15 – Indicador de boas práticas de flexibilização (0-10) por excesso de mortes naturais (comparado com os últimos anos)



Fonte: elaboração própria.

A análise de correlação de *Person* entre os dois indicadores – excesso de mortes naturais e boas práticas de flexibilização – é de -0,265, estando na direção da hipótese pensada inicialmente, qual seja: quanto maior o indicador de boas práticas de flexibilização, menor a taxa de excesso de mortes naturais. No entanto, a correlação não apresenta significância estatística.

No que se refere à análise da diferença entre médias das variáveis qualitativas descritas nas seções anteriores e o excesso de mortes naturais, a Tabela 4 mostra que duas variáveis apresentaram resultados estatisticamente significativos, a saber: elaboração de um plano estratégico para flexibilização em diferentes setores da economia e tecnologia e inovação. Entre as capitais que não elaboraram um plano estratégico, nós identificamos uma média de excesso de mortes naturais em 2020 de 108,67%, quando comparado a anos anteriores. Por outro lado, entre as capitais que apresentaram um plano estratégico, essa média foi de 35,04%. Essa diferença tão elevada ocorre principalmente pelo fato de Manaus e Porto Velho estarem entre as capitais que não apresentaram um plano de flexibilização.

Tabela 4 – Teste de diferença entre médias entre as variáveis qualitativas x excesso de mortes naturais

Variáveis Qualitativas	Sig.:
Coordenação com o governo estadual	0,78
Elaboração de um plano estratégico para flexibilização de diferentes setores da economia	0,01
Existência de um cronograma de acordo com as atividades e o seu grau de propagação do vírus	0,32
Incidência de casos estava em baixa ou em ascensão no momento da flexibilização	0,98
Número reprodutivo efetivo (Rt) abaixo ou acima de 1	0,46
Capacidade de testagem, isolamento e rastreamento dos casos	0,55
Taxa de ocupação das UTIs abaixo ou acima de 70%.	0,89
Retorno às aulas do ensino fundamental	0,10
Tecnologia e inovação	0,02
Transparência e Comunicação	0,07
Garantias de direitos à população em situação de vulnerabilidade	0,75
Comitê gestor da crise	0,56

Fonte: elaboração própria.

Já na Tabela 5 apresentamos a diferença entre médias do indicador de excesso de mortes naturais por Regiões do país. Como podemos observar, a média de excesso de mortes naturais nas Regiões Nordeste e Norte são de 50,33 e 68,71, respectivamente. Enquanto a média do Sul é de apenas 12, do Sudeste é 10 e a nacional fica em 43,22, ou seja, valores bastante destoantes. Embora não possamos afirmar que o teste foi estatisticamente significativo, ressaltamos que o valor ficou bem próximo de uma significância estatística com 0,056.

Tabela 5 – Teste de diferença entre médias do excesso de mortes naturais (%) por Região do país*

Região	Excesso de Mortes Naturais
Sudeste	39,25
Nordeste	50,33
Norte	68,71
Sul	12
Centro-Oeste	10
Total	43,22

Fonte: elaboração própria.

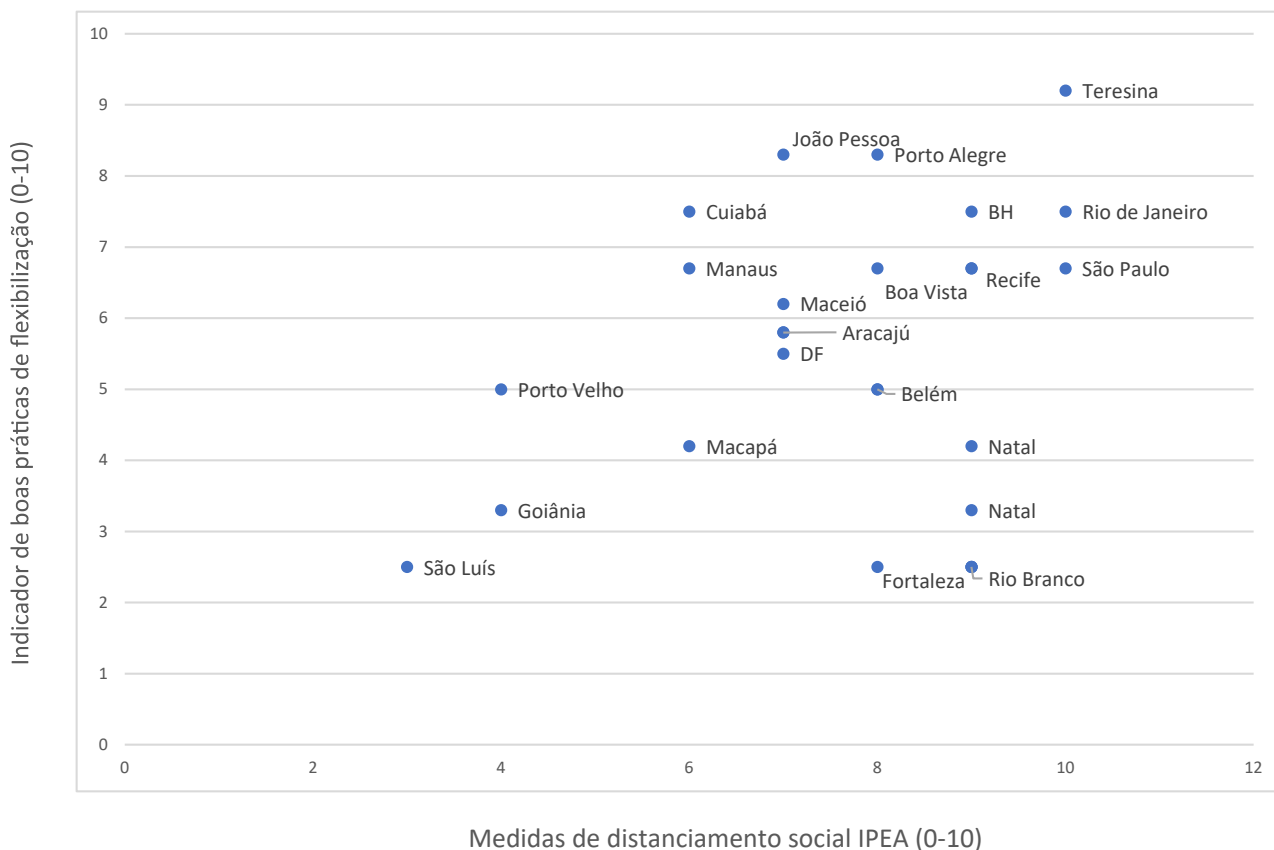
*Sig.: 0,056

O Gráfico 16, a seguir, mostra o nosso indicador de boas práticas de flexibilização e o indicador de medidas legais de distanciamento social de Moraes (2020)³⁰. O esperado nessa análise era que cidades que apresentaram bom desempenho no processo de implementação das medidas legais de distanciamento social também apresentassem um elevado escore no indicador de boas práticas de flexibilização. A análise de correlação de *Person* entre as duas variáveis é de 0,21, na direção esperada; entretanto, não apresenta significância estatística. Desse modo, observamos o fenômeno apenas em parte dos casos analisados. Há casos em que as medidas mais restritivas de distanciamento social foram acompanhadas de boas práticas de flexibilização – Teresina, Rio de Janeiro e São Paulo –, mas, em outras cidades, os indicadores não apresentam qualquer correlação – Rio Branco, Natal, Curitiba, Florianópolis, Natal, entre outras.

Fortaleza e São Luís obtiveram baixo escore no indicador de medidas legais de distanciamento social, porque acompanharam seus respectivos governos estaduais. Mas outros casos não apresentam uma explicação lógica para a discrepância, a não ser o fato de que a atuação dos governantes tenha sido pautada também por um aprendizado ao longo do ano de 2020. Daí se explicaria um escore baixo no período de implementação das medidas legais de distanciamento e um elevado escore no indicador de boas práticas, como é o caso de Natal, Curitiba, Campo Grande e Macapá.

.....
³⁰ A metodologia de Moraes (2020) para criação do indicador foi semelhante a apresentada neste artigo para o indicador de boas práticas de flexibilização. O autor analisou a produção normativa produzida pelas capitais voltadas para a restrição de circulação de pessoas durante os meses de março e abril de 2020.

Gráfico 16 - Indicador de boas práticas de flexibilização x medidas legais de distanciamento social – Ipea (0-10)

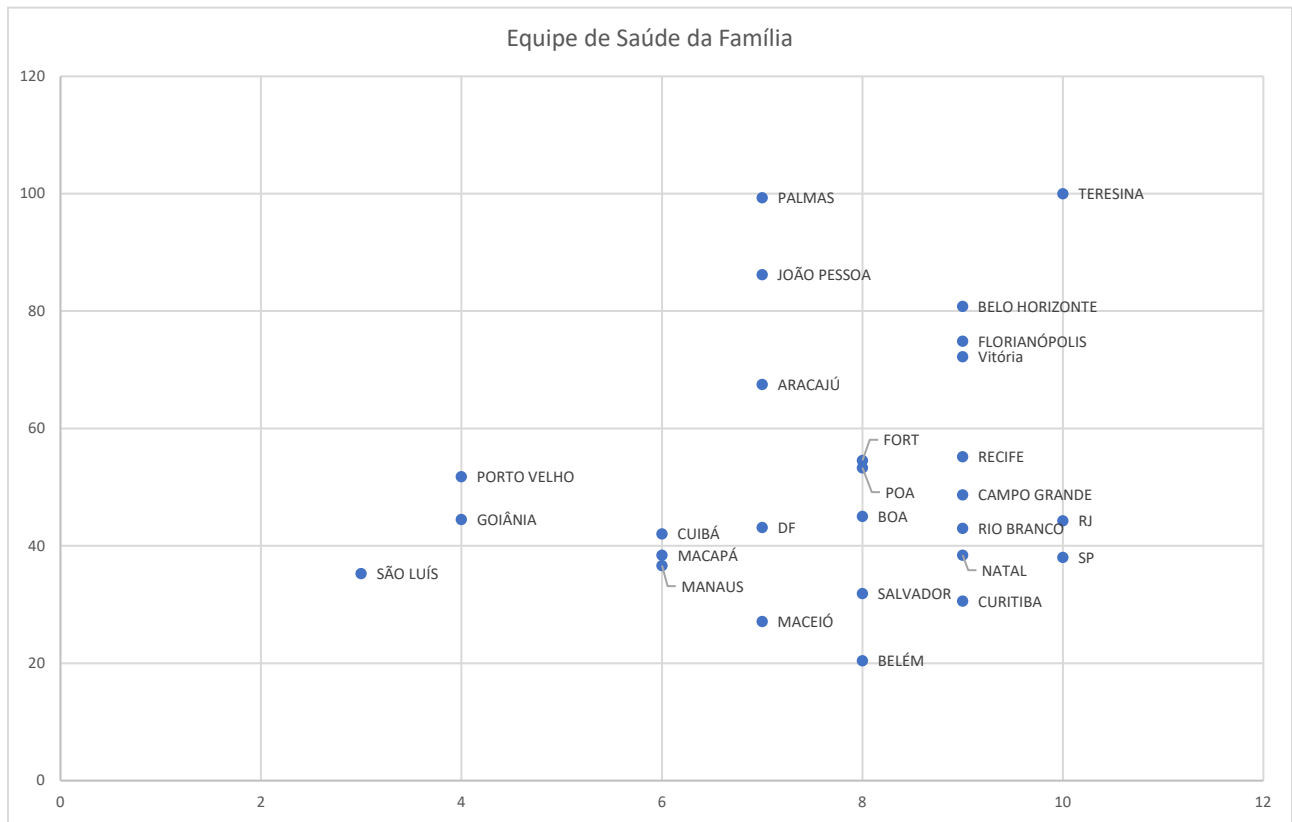


Fonte: elaboração própria.

Já o Gráfico 17 mostra o indicador de boas práticas de flexibilização em relação à cobertura da equipe de saúde de família (ESF). Nesse caso, é possível observarmos uma relação mais próxima com a esperada, ou seja, quanto maior a cobertura, maior o indicador de boas práticas. Esse é o caso das capitais Teresina, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória. No entanto, a correlação de *Person* entre as variáveis é positiva fraca, com um valor de 0,19, e não é estatisticamente significativa.

Chama a atenção o caso de Teresina, que possui 100% de cobertura de ESF e o melhor indicador de boas práticas. A cidade realizou um forte trabalho de rastreamento dos casos, pesquisas sorológicas e implantou fortes medidas de restrição social. No entanto, temos cidades, como Palmas e João Pessoa, com baixos indicadores de boas práticas de flexibilização, com escore 7, e uma cobertura de 99,3% e 86,22, respectivamente.

Gráfico 17 – Indicador de boas práticas de flexibilização (0-10) em relação à cobertura da equipe de saúde de família (ESF) (%)



Fonte: elaboração própria.

Apesar de a maioria dos testes apresentados nesta subseção não apresentarem resultados estatisticamente significativos, as análises qualitativas discutidas anteriormente apresentam argumentos robustos acerca da importância da coordenação de políticas públicas de combate à disseminação da Covid-19. Além disso, nos parece nítido que o número de mortes e a prevalência da Covid-19 nas capitais brasileiras não podem ser explicados apenas pelas políticas implementadas pelos gestores. Ao contrário, as desigualdades existentes entre as Regiões e dentro das capitais podem ser a chave para uma explicação mais precisa. Cidades do Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores sobretaxas de mortes naturais, prevalência de Covid-19 e colapso nos seus sistemas de saúde durante 2020. E isso, provavelmente, está muito mais relacionado à pobreza e à desigualdade existente nessas cidades do que a qualquer medida não farmacológica de combate à pandemia.

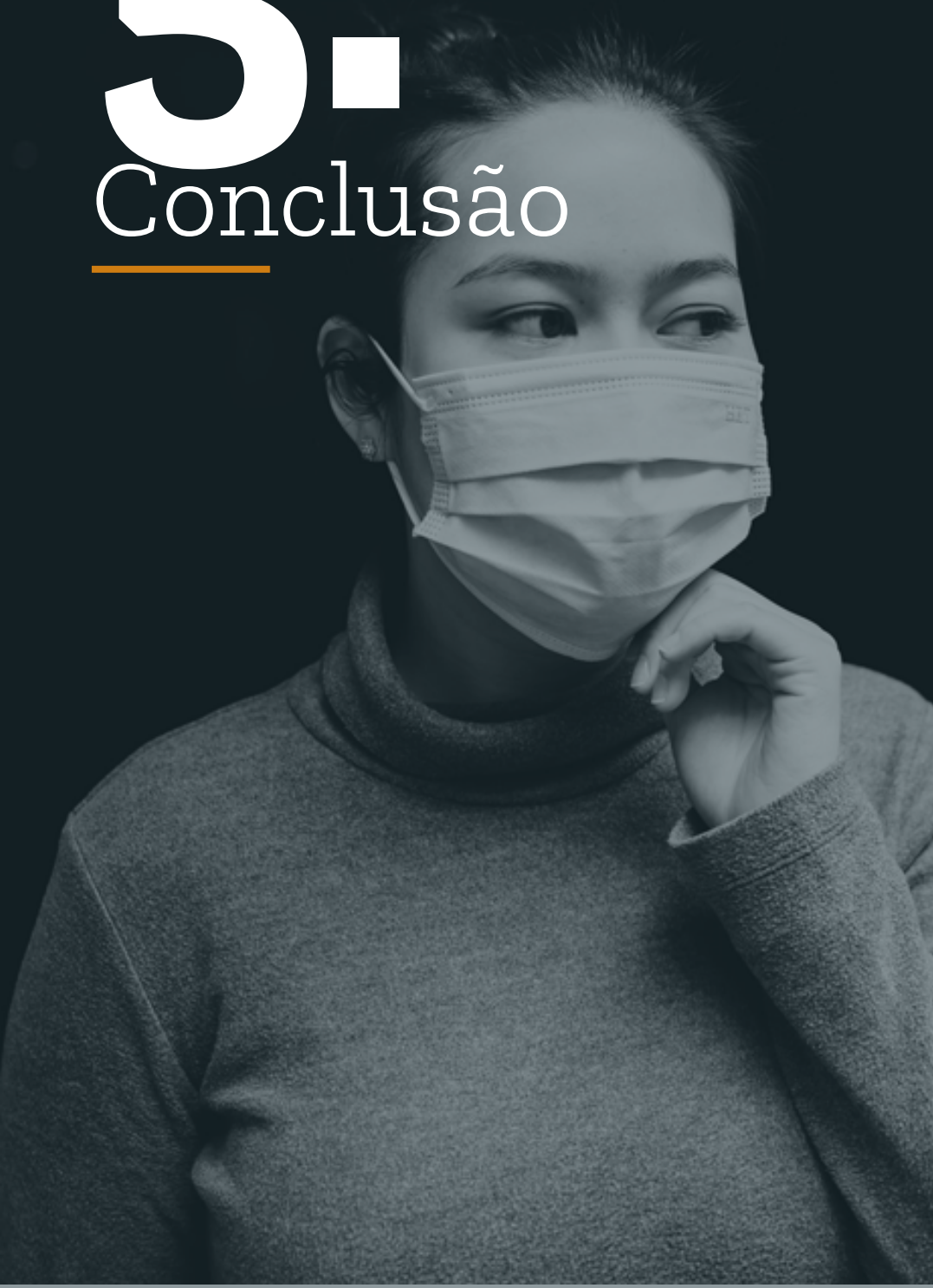
Isso não significa, no nosso entendimento, dizer que essas medidas sejam desnecessárias ou que não tenham eficácia. Ao contrário, observamos que,

durante o ano de 2020, Teresina, uma das capitais mais pobres do país, apresentou resultados positivos em todas as variáveis aqui analisadas, desde as medidas legais de distanciamento social até a sua flexibilização. O que nos leva a uma possível indicação de que, em caso de locais com maior desigualdade de renda e níveis de pobreza, as medidas restritivas e a necessidade de capacidade estatal sejam ainda mais fundamentais para conter a disseminação da pandemia.

Além disso, um fator muito importante nesta pandemia, descrito na análise qualitativa foi a falta de coordenação do Governo Federal. Toda a inteligência do SUS não está sendo utilizada para, por exemplo, o mapeamento das variantes do vírus, as análises do comportamento da doença diante das distintas comorbidades pré-existentes, um direcionamento para o distanciamento social ou *lockdown*, compra de insumos para o combate à pandemia, entre outras ações. E isso, em nosso entendimento, prejudica mais as capitais mais pobres do país, que possuem menos recursos para investimentos.

5.

Conclusão





5. Conclusão

As capitais brasileiras implementaram medidas restritivas de circulação social nos primeiros meses da pandemia no ano de 2020. No entanto, todas retrocederam reabrindo a economia, mesmo em situações em que a contaminação estava em elevação.

Ao retornarmos às perguntas iniciais do projeto – **“Os instrumentos e técnicas governamentais adotadas pelas capitais brasileiras levaram a uma redução da prevalência da Covid-19? Houve articulação entre os entes federativos na elaboração e implementação dessas políticas?”** –, podemos afirmar que a maior parte das capitais buscou se articular com os governos estaduais, procurando a implementação de políticas conjuntas e coordenadas. No entanto, o Governo Federal não participou da maior parte dessas ações. Com isso, não tivemos e não temos ainda um plano nacional de combate à doença. Essa omissão do Governo Federal em coordenar as políticas públicas pode ser considerada como um dos fatores que enfraqueceu as medidas adotadas pelas capitais para o enfrentamento da disseminação da Covid-19. Dessa forma, podemos afirmar também que os instrumentos e técnicas governamentais

adotados pelas capitais brasileiras apresentaram resultados bastante limitados.

Entre as medidas não farmacológicas implementadas pelas capitais, chama a atenção o fato de 100% ter apresentado ações voltadas à população em situação de vulnerabilidade social. O que demonstra a importância do fortalecimento do SUAS ao longo da última década. Por outro lado, observamos ações bastante distintas em variáveis muito sensíveis para a propagação do vírus, como flexibilização das medidas de distanciamento social com um R_t acima de 1 ou uma taxa de ocupação de UTI acima de 70%, por exemplo. Resultado da falta de regulamentação nacional no combate à pandemia.

Embora reafirmemos nosso argumento da importância da implementação das medidas não farmacológicas para contenção da disseminação da Covid-19, os resultados mostram que provavelmente outros fatores locais apresentem maior influência sobre o controle da doença. É muito provável que a desigualdade e o grau de pobreza sejam variáveis com maior poder explicativo sobre a prevalência da doença. Os resultados positivos constantes encontrados para a cidade de Teresina indicam que locais mais pobres e mais desiguais necessitam de medidas mais restritivas e severas no combate à pandemia.

Destacamos que nossas análises foram prejudicadas pela falta de dados confiáveis sobre a Covid-19 no Brasil. As pesquisas sorológicas realizadas em algumas capitais mostram que um número muito maior de pessoas já foi infectado pelo coronavírus. Daí a importância de se enfatizar a realização de um número muito maior de testes em assintomáticos e a realização de pesquisas sorológicas com amostras confiáveis, para que tenhamos a verdadeira dimensão do problema sanitário enfrentado pelo país como um todo.

Um tema também bastante relevante refere-se à transparência e à comunicação. Nós entendemos que, quanto mais transparente e *accountable* o gestor for para com os seus cidadãos, maior será o apoio e a confiança dos cidadãos em relação à implementação de medidas mais penosas para a sociedade. Nesse sentido, consideramos que a transparência e a *accountability* constituem elementos fundamentais na composição da capacidade estatal dos governos, seja no nível local, seja no nível nacional.

Infelizmente, o Governo Federal manteve-se alijado de grande parte do processo de combate à pandemia, o que apresentou resultados negativos na implementação das políticas. A falta de testes no início da pandemia foi um dos problemas provocados pela atuação pífia do Governo Federal. Não temos um serviço de inteligência epidemiológica sobre o comportamento do vírus

no país, ação que poderia ter sido capitaneada pelo SUS e que poderia auxiliar pesquisas sobre as variantes que têm surgido em território nacional. Além disso, o fato de o Governo Federal ser contrário ao distanciamento social enfraqueceu o discurso de prefeitos e governadores para que as pessoas evitassem situações de aglomeração.

Por fim, ressaltamos que, durante a revisão do artigo³¹, o país atravessa o seu pior momento da pandemia. Como previstos pelos epidemiologistas, o período eleitoral, as festas de fim de ano, o carnaval e a falta de uma coordenação nacional resultaram em uma segunda onda ainda mais letal do que aquela enfrentada em meados de 2020. O país está com uma média diária superior a 3.000 mortes, e prefeitos(as) e governadores(as) estão decretando *lockdown* parcial. Isso mostra o quanto estamos longe de solucionar o problema e que as medidas não farmacológicas devem ser implementadas para evitar um desastre sanitário ainda maior no país.


³¹ Março de 2021.

REFERÊNCIAS

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. *Revista Agenda Política*, V.3, N° 3, p. 12-42, 2015.

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

BERNARDES, J.; MARIZ, F.; CAIRES, L. Coronavírus pode ter infectado 66% dos habitantes de Manaus, estima pesquisa. *Jornal da USP*, Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/covid-19-pode-ter-infectado-66-dos-habitantes-de-manaus-estima-pesquisa/>, 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J.; GROULX, L.; LAPERRIERE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1997.

CRESWELL, J. W.; CLARCK, V. L. *Pesquisa de método misto: método de pesquisa*. São Paulo: Penso, 2013.

CRONERT, A. *Democracy, state capacity, and Covid-19 related school closures*. Uppsala: Uppsala University, 2020. <https://preprints.apsanet.org/engage/apsa/article-details/5ea8501b68bfcc00122e96ac>.

DYE, T. Mapeamento dos modelos de análises de políticas públicas. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. *Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise*. Brasília: UnB, 2009.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ENAP). *Capacidades estatais para produção de políticas públicas: resultados do survey sobre serviço civil no Brasil*. Brasília: Enap, 2018.

ESTADÃO. *Qual a explicação dos casos de sucesso no combate à Pandemia? Capacidades estatais!!!* ESTADÃO, Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/qual-a-explicacao-dos-casos-de-sucesso-no-combate-a-pandemia-capacidades-estatais/> p. 1-15, 2020.

FIGUEIREDO, E.; POLLI, D. A.; ANDRADE, B. B. *Estimação dos níveis de infecção por Covid-19 no Brasil*. Relatório de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Organizações e Mercados – Mestrado em Economia Aplicada da UFPEL, out. 2020. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/ppgom/files/2020/10/ppgom_wpaper_2020_01.pdf Acesso em: fev. 2021.

FUKUYAMA, F. The thing that determines a country's resistance to the coronavirus. *The Atlantic*, Disponível em: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/thing-determines-how-well-countries-respond-coronavirus/609025/> p. 1-9, mar. 2020.

HALE, T.; ANGRIST, N.; KIRA, B.; PETHERICK, A.; PHILIPS, T. Variation in government responses to Covid-19. *BSG Working Paper Series*, mai. 2020.

KINGLER-VIDRA, R. *State capacity and Covid-19 testing*. *Global Policy* Disponível em: <https://www.globalpolicyjournal.com/blog/09/04/2020/testing-capacity-state-capacity-and-covid-19-testing> 2020

LEVIN, J.; FOX, J. A. *Estatística para ciências humanas*. São Paulo: Pearson, 2009.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L.; DIAS, G. V.; BRUSCATTO, R. Burocracia e políticas públicas: a implementação da política nacional de humanização dos serviços de saúde em Porto Alegre/RS. *Revista do Serviço Público*, 65 (4), p. 493-515, out. 2014.

MARINHO, F., TORRENS, A., TEIXEIRA, R., FRANÇA, E., NOGALES, A. M., XAVIER, D., & FUJIWARA, T. *Aumento das mortes no Brasil, Regiões, estados e capitais em tempo de Covid-19: excesso de óbitos por causas naturais que não deveria ter acontecido*. 2020. Disponível em: https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/RMS_ExcessMortality_BR_Report-Portuguese.pdf

MIGDAL, S. J. *Strong societies and weak States: State-society relations and State capabilities in the third world*. Princeton: Princeton University Press, 1988.

MORAES, R. F. Medidas legais de incentivo ao distanciamento social: comparação das políticas de governos estaduais e prefeituras das capitais. *Nota Técnica*, 16 Ipea. 2020.

NASCIMENTO, L. N. Mais capacidade estatal, menos corrupção? Uma análise para a América Latina (1996-2015). *Revista de Sociologia e Política*, v. 26, n. 68, p. 95-120, dez. 2018.

OLLAIK, L. G.; MEDEIROS, J. J. Instrumentos governamentais: reflexões para uma agenda de pesquisa sobre implementação de políticas públicas. *Revista da Administração Pública (RAP)*, v. 45, n. 6 p. 1943-1976, nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO FRENTE PELA VIDA. *Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19*. 2020.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. Á. Governança, arranjos institucionais e capacidades estatais na implementação de políticas federais. In: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (Org). *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

SECCHI, L. *Análise de Políticas Públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções*. São Paulo, Cenage Learning, 2016.

SECCHI, L. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cenage Learning, 2013.

SOUZA, C. *Coordenação de políticas públicas*. Brasília: Enap, 2018.

SOUZA, C. R.; FERRAZ, C. S.; NASCIMENTO, A. R. Medidas de prevenção adotadas contra a pandemia de Covid-19: uma revisão bibliográfica. In: MACHADO, M. C.; RODRIGUES, P. M.; NÓBREGA, L. P.; SILVA, W. E. *Saúde pública no século XXI: pandemia de Covid-19*. Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2020.

WAGNER, M. B. Medindo a ocorrência da doença: prevalência ou incidência? *Jornal de Pediatria*, v. 74, p. 157-162, 1998.



Cadernos

Caderno nº 93



Coleção: *Covid-19 Fast Track*

