

# ESTÁVAMOS PREPARADOS PARA A COVID-19? PROPOSIÇÃO DE UM QUADRO ANALÍTICO PARA A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RESPOSTA INICIAL DE MUNICÍPIOS BRASILEIROS A EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Ariel Macena; Vanessa Elias de Oliveira

## RESUMO

Este trabalho pretende propor um instrumento analítico teórico, à luz da teoria de capacidades, para avaliar a capacidade inicial de resposta a emergências de saúde pública por parte de municípios brasileiros, levando em consideração os diferentes aspectos que, quando coordenados, apoiam na garantia de uma resposta adequada ao caso em específico. A proposição de um modelo analítico deste tipo é inovadora, e pode apoiar na melhor compreensão sobre o que motiva as diferentes respostas de municípios brasileiros ao longo da primeira onda da COVID-19 no Brasil, em 2020.

**Palavras-chave:** COVID-19; Capacidades estatais; Saúde pública; Defesa civil; Emergência em saúde pública.

## ABSTRACT

This work aims to propose a theoretical analytical tool, in light of the State Capacity theory, to assess the initial response capacity to public health emergencies by Brazilian municipalities, taking into account the different aspects that, when coordinated, support the assurance of an appropriate response to the specific case. The proposition of such an analytical model is innovative and can aid in a better understanding of what motivates the different responses of Brazilian municipalities during the first wave of COVID-19 in Brazil, in 2020.

**Keywords ou Palabras clave:** COVID-19; State Capacity; Public Health; Civil Defense; Public Health Emergency

## 1. INTRODUÇÃO

Decretado o fim da emergência de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, a COVID-19 passa a ter uma menor importância nos noticiários e no cotidiano das pessoas. Ainda há, todavia, um vasto mundo a se explorar na COVID-19 em termos de Ciência Política, em especial no de Políticas Públicas, que reside na compreensão das atuações dos governos. A pandemia reforçou a discussão sobre o papel do estado na sociedade, sob a ótica de diferentes teorias, como a de capacidades estatais (GRIN, DEMARCO e ABRUCIO, 2021) (NUNES, AGUILLAR, *et al.*, 2022) (PEREIRA, MACHADO, *et al.*, 2021) (YEN, LIU, *et al.*, 2022), e trouxe, ainda, revisões importantes sobre o que se considera resiliência e robustez, termos emprestados de outros campos mas que ganham nova aplicação no campo da Ciência Política. É importante lembrar que, mesmo que o desastre tenha passado, ainda é tempo de compreender o que fizemos lá atrás, qual foi nosso papel como governo e como sociedade, e pensar mecanismos para evitarmos e respondermos melhor a futuras crises como a que passamos recentemente.

A COVID-19 trouxe um cenário único e propício para estudar a capacidade de resposta de governos. De acordo com a OMS, “pandemia” corresponde à disseminação, em escala mundial, de uma determinada doença, uma característica que o surto de COVID-19, antes restrito à China, em Wuhan, obteve dada sua ampla capacidade de disseminação e contágio. No mundo globalizado atual, conectado, a facilidade de dispersão de doenças desse tipo é grande, o que torna a necessidade de mecanismos de vigilância em saúde premente. Governos precisam estar aptos a responderem de forma rápida a estas situações de forma a evitar que consequências graves ocorram. Assim, a COVID-19, ao disseminar-se geograficamente por diferentes rincões, até os mais isolados, possibilita a análise comparativa do preparo de governos para lidar com este desastre sanitário. A pandemia trouxe, portanto, a possibilidade de um laboratório analítico de desastres e seus efeitos em governos no Brasil.

A atuação dos governos é pautada pela existência de planos, diretrizes, manuais, todo um regramento estabelecido a partir de um conjunto normativo que define e atribui responsabilidades, em maior ou menor grau, aos seus entes constituintes. A execução destas

responsabilidades é dependente de um conjunto de capacidades prévias que indicará o potencial que aquele determinado governo possui de realizar as ações e também, de uma vontade política em executá-las (PAINTER e PIERRE, 2005). Essas políticas, se por vezes atribuem responsabilidades diretas e inequívocas a um determinado ente, também criam regulamentações abertas e não específicas, abrindo a possibilidade para ações discricionárias de gestores públicos na conformação e execução da política pública. Esse aspecto é importante e necessário, em especial para países de grandes dimensões como o Brasil, uma vez que o território é diverso, e os contextos também. Essa liberdade implica na possibilidade de melhor adaptação de determinada política ao contexto local e, portanto, uma melhor otimização de recursos para a gestão pública.

Essa perspectiva adaptativa, contudo, pode ter limites. No caso de desastres sanitários de magnitude global, como a COVID-19, a capacidade de resposta de municípios unicamente não é suficiente para dar conta de um vírus dessa magnitude. Emergências de saúde globais desse tipo requerem, para seu enfrentamento, conjuntos estruturados e coordenados de resposta, além de mecanismos prévios de gestão de riscos e desastres que viabilizem a celeridade dos procedimentos burocráticos. A inexistência de alguns “procedimentos padrão” pode fazer com que as atitudes tomadas sejam ambíguas e conflituosas, criando um cenário de variabilidade grande de respostas e levando, até mesmo, em um cenário pessimista, a uma crise humanitária. Neste sentido, ainda que se reconheça a importância da adaptação ao local, é vital a necessidade de existir, para contextos de desastre, uma normativa básica que estabeleça as responsabilidades e os procedimentos mínimos de atuação dos entes, bem como a governança da resposta. No caso de um desastre sanitário, temos como pressuposto que a área de Saúde estará envolvida, dado o tipo de desastre, mas também que haverá atuação em conjunto com outros setores, como a defesa civil. Desta forma, se torna premente avaliar a relação destes e outros setores com a questão dos desastres. É necessária a união de esforços técnicos e políticos para a implementação de ações que visam combater a COVID-19, além da existência de um sistema de saúde robusto, com profissionais habilitados e recursos disponíveis para a realização de suas atividades.

Partindo do exposto, esta pesquisa pretende propor um instrumento analítico teórico, à luz da teoria de capacidades, para avaliar a capacidade inicial de resposta a emergências de saúde pública por parte de municípios brasileiros, levando em consideração os diferentes aspectos que, quando coordenados, apoiam na garantia de uma resposta adequada ao caso em específico. A proposição de um modelo analítico deste tipo é inovadora, e pode apoiar na

melhor compreensão sobre o que motiva as diferentes respostas de municípios brasileiros ao longo da primeira onda da COVID-19 no Brasil, em 2020.

## 2. DESENVOLVIMENTO

O estudo é de natureza exploratória, teórica, baseado na discussão sobre capacidades para governar em saúde pública e na área de defesa civil, visando produzir um conjunto analítico que permita avaliar a resposta inicial de municípios selecionados à primeira onda da pandemia da COVID-19 no Brasil. A análise teórica propõe uma breve revisão do conceito de capacidades para governar e suas aplicações para a área de saúde e defesa civil, em especial na interseção de emergências de saúde pública, visando identificar um conjunto de características que possuem influência central para a resposta combinada a esses desastres por parte de municípios.

O enfrentamento da pandemia da COVID-19 corresponde a um esforço conjunto de diferentes setores organizados, mas capitaneados essencialmente pela área de saúde e pela alta burocracia política – ou seja, no caso desta pesquisa que está analisando municípios brasileiros, organizados pelos esforços dos secretários de saúde, prefeitos e servidores públicos atuantes nas áreas correspondentes. Sendo a pandemia classificada como uma emergência de saúde pública de importância internacional de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (BRASIL, 2009) e como um Desastre Sanitário, tendo recebido o número 15110 - Desastre natural (1) biológico (5) em epidemia (1) oriundo de doenças infecciosas virais (1) com aumento brusco, significativo e transitório da ocorrência de doenças infecciosas geradas por vírus (0) pela Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE), entende-se como importante também considerar na análise aspectos da Defesa Civil, organização responsável pelo enfrentamento a desastres no país.

Um primeiro ponto importante é considerar o quão preparado está o governo para a implementação de um determinado conjunto de ações orientados por uma política pública, e isso passa pelo conceito de capacidades para governar. No âmbito deste artigo, considera-se capacidades para governar como o conjunto de capacidades, sejam elas estatais ou para políticas públicas, necessárias para a realização de determinada política pública, sendo elas modificáveis ao longo do tempo em função de mudanças de governo e estrutura burocrática. Esta visão conceitual reconhece que o termo de capacidades para políticas públicas refere-se

à existência de diferentes variáveis necessárias e específicas para a implementação de políticas públicas em diferentes níveis, do individual ao coletivo e sistêmico como colocado por Wu *et al* (WU, RAMESH e HOWLETT, 2015), e agrega com as variáveis de longo prazo condicionadas dentro da visão de capacidades estatais, como infraestrutura, capacidades colaborativas e de extração de recursos, etc., capacidades estas que indicam o grau de relação entre governo e sociedade; desta forma, entende-se que ambas capacidades sejam diferentes e complementares para o entendimento da análise de potencial de implementação de determinada política pública, e portanto são conectadas por meio da ideia de capacidades para governar. Sendo a COVID-19 uma doença transmissível por gotículas contaminadas, cujo manejo em casos mais leves pode ser feito no âmbito da atenção primária em saúde, e em casos mais graves necessita de especialistas e leitos, ter um sistema de saúde estruturado e organizado é uma parte importante para o enfrentamento à pandemia.

Considerada a discussão sobre as capacidades dos setores envolvidos no combate à COVID-19, é importante falarmos das ações implementadas por eles, individual ou coletivamente. Enquanto olhar para as capacidades nos dá uma visão sobre o potencial da ação, olhar para os instrumentos da ação pública (LASCOUMES e LE GALÉS, 2012) nos permite entender o quanto daquele potencial foi mobilizado. Estas ações precisam de apoio da sociedade para que ocorram (*compliance*), o que torna importante também avaliar a relação do governo com a sociedade. Ainda importante considerar o efeito que as estruturas urbanas e o perfil populacional possuem sobre o espalhamento da COVID-19 pelos territórios, possibilitando que haja maiores taxas de mortalidade pelo vírus.

## 2.1 Fatores influentes vinculados à área de saúde

A OMS – Organização Mundial da Saúde (2010), considera como blocos essenciais de um sistema de saúde 6 componentes: (1) oferta do serviço; (2) força de trabalho na área de saúde; (3) sistemas de informação em saúde; (4) acesso a medicamentos essenciais; (5) financiamento do sistema; e (6) liderança / governança. A organização das variáveis no âmbito destes blocos resulta em diferentes composições de sistemas de saúde e, portanto, de eficiência e eficácia deles.

Pensando no Brasil, possuímos um sistema de saúde universal (aberto a todos, de forma gratuita, brasileiros ou não), regionalizado (estruturado em regiões de saúde), equânime, integralizado, territorializado, e hierarquicamente organizado a partir de três níveis

– atenção primária em saúde (APS), atenção secundária em saúde e atenção terciária em saúde (AGUIAR, 2011). Por essa organização, a APS corresponde a um modelo descentralizado, estruturado em torno de unidades básicas de saúde (UBS), as quais são os equipamentos de saúde mais próximo à população, junto aos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Esse conjunto de equipamentos possui uma relação de proximidade com a população, atendendo por diferentes modelos, do tradicional, composto por uma equipe organizada em auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, até a Estratégia de Saúde da Família, com a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS), sendo este o modelo recomendado prioritariamente pelo Ministério da Saúde para a organização da atenção primária. Essa estrutura garante um modelo de cuidado longitudinal, coordenado e participativo no sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2017). Macinko e Mendonça (2018), em sua “revisão e síntese sobre os efeitos da ESF no Brasil”, sinalizam como marcos importantes a redução da mortalidade infantil (com 92% dos estudos avaliados sinalizando esse tópico), sendo o aumento de cobertura da ESF em 10% propiciando uma redução que varia de 0,4 a 4,6% na mortalidade infantil (a depender do estado a que se refere a análise); ainda há correlação entre a cobertura da ESF acima de 70% e a menor mortalidade por doenças cardiovasculares (-36%) e Acidente Vascular Cerebral (AVC, com - 31%). A expansão da ESF também foi associada à redução de mortes por causas consideradas especialmente sensíveis à atenção primária (MACINKO e MENDONÇA, 2018). Agravos mais complexos necessitam de infraestrutura adequada, como clínicas de especialidades e hospitais com leitos, além de diferentes especialidades da área de saúde, sejam elas médicas ou vinculadas à equipe multiprofissional. Para a provisão de toda essa estrutura, a disponibilidade de recursos é essencial.

Oliveira e Coelho (2021), ao discutirem sobre o conjunto de variáveis para avaliação de sistemas de saúde municipais no Brasil pela lente de capacidades estatais, propuseram um conjunto de 26 indicadores separados em três categorias: caracterização dos municípios, estrutura administrativa e caracterização do gestor, e caracterização da rede de serviços, tendo como base o conjunto de indicadores vinculados aos 6 blocos estruturantes do sistema de saúde (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). No estudo, a proposta era “comparar o grau de implementação, a qualidade ou os resultados que vêm sendo alcançados pelo SUS no conjunto de municípios brasileiros” (OLIVEIRA e COELHO, 2021, p. 378) a partir da avaliação de capacidades político-institucionais e técnico-administrativas, como proposto por Gomide (2017). Importante sinalizar, como na visão das autoras, diferentes

processos infraestruturais tiveram suporte na década de 2010, em especial no setor da APS, com crescimento acelerado da estratégia de Saúde da Família, de programas que visam o controle de qualidade do serviço, e da expansão de médicos em regiões de difícil fixação; carecem ainda, contudo, de ações para reforçar a coordenação e integração do cuidado entre municípios (OLIVEIRA e COELHO, 2021). Importante considerar aqui que, no contexto da COVID-19, além dos indicadores sugeridos pelas autoras, se torna essencial a disponibilização de respiradores para o tratamento de casos mais graves.

Discutindo especialmente o tema de capacidades no âmbito da COVID-19, Grin (2020) trouxe uma análise sobre como as capacidades estatais municipais influenciaram no combate à COVID-19. O estudo analisou três grupos de capacidades: (1) competências administrativas e de gestão, (2) capacidades de prestação de serviços de saúde e (3) capacidades políticas. De acordo com ele, foi constatado que o número de médicos, gastos com saúde, existência de hospitais e a participação em consórcios são variáveis que possuíram influência sobre o combate à COVID-19; achado semelhante foi feito por Serikbayeva (SERIKBAYEVA, ABDULLA e OSKENBAYEV, 2021). Já Araújo e Ferreira analisaram como municípios enfrentaram a pandemia da COVID-19 do ponto de vista das capacidades em saúde (ARAÚJO e FERREIRA, 2023). Utilizando a categoria técnico-administrativa proposta por Pires e Gomide (2016) e associando-as com características territoriais, os autores analisaram, a partir da Modelagem de Equações Estruturais e testes de médias, como diferentes variáveis influenciaram o número de óbitos sofridos por municípios até a 29ª semana da pandemia da COVID-19. Do estudo, vale ressaltar a correlação entre a existência de unidades básicas de saúde, a alta resolutividade das equipes de Atenção Básica (AB) e o baixo número de óbitos pela COVID-19. Já Dutta e Fischer (2021) discutem a importância da governança em nível local para o combate à COVID-19 em áreas rurais da Índia, apresentando como a COVID-19 impulsionou o surgimento de novas formas de coordenação intersetorial burocrática. B. Serikbayeva *et al* (2021) discutem a relação entre capacidades estatais e mortalidade por COVID-19 em diferentes países. De acordo com o estudo a porcentagem de idosos na população tem correlação direta significativa com o número de mortes, assim como o número de leitos e de médicos possuem relação significativa inversa.

## 2.2 Fatores influentes vinculados ao enfrentamento de desastres

Em relação a estruturas específicas de enfrentamento a emergências de saúde pública, vale referir a estrutura normativa existente e como ela se estrutura a partir disso. A PNPDEC - Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. No artigo 3º. coloca que a “PNPDEC deve integrar-se às políticas de ordenamento territorial, desenvolvimento urbano, saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, gestão de recursos hídricos, geologia, infraestrutura, educação, ciência e tecnologia e às demais políticas setoriais, tendo em vista a promoção do desenvolvimento sustentável”; já em seu artigo 4º, coloca que uma de suas diretrizes é a “atuação articulada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para redução de desastres e apoio às comunidades atingidas”, reforçando a importância de uma governança estruturada para a resposta aos desastres, além de atuar com uma “abordagem sistêmica das ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação”, evidenciando a necessidade de uma gestão de riscos pré-eventos, com um forte componente de planejamento (BRASIL, 2012), demonstrando que o desenho deste instrumento reconhece a importância da atuação integrada, multicompetente e com foco na prevenção como estratégia central de enfrentamento aos desastres.

A Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do serviço de saúde brasileiro, coloca, em seu artigo 3º, como um dos objetivos do SUS “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”, incluindo nesse íterim a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 1990); coloca ainda como pontos comuns entre os entes, em seu artigo 15º, as responsabilidades sobre o acompanhamento do estado de saúde da população, bem como a publicização desta informação, além da execução de atividades estratégicas emergenciais em caso necessário. Em relação às competências específicas, a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica são de competência municipal, cabendo aos demais entes a produção, implementação e coordenação das políticas. A Lei discorre ainda que todas as ações e serviços deverão ser apresentados em um Plano de Saúde, alinhados à realidade de cada local do país.

Do ponto de vista da execução, a Portaria nº 1.378/2013 (BRASIL, 2013) regulamenta as ações de vigilância em saúde, definindo responsabilidades de cada ente em relação a “eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde”. Em especial, em seu artigo

4º, inciso I, coloca que “a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública”; e no inciso II, “a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências em saúde pública”.

Desde 2005 (mas com efeito em 2007), o Brasil é signatário do RSI - Regulamento Sanitário Internacional, que discute as principais obrigações dos estado-membro em relação às emergências de saúde internacionais, incluindo a discussão de capacidades estatais mínimas que se deve possuir para a identificação, avaliação, notificação e controle de emergências de saúde pública. Ratificando a participação vem o Decreto Legislativo 395/2009 (BRASIL, 2009), aprovando o texto revisado do RSI, e a Portaria nº 2.952/2011 (BRASIL, 2011), que institui a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), necessária para a identificação da medida solicitada pelo RSI, que é a identificação e notificação da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), responsável por organizar a resposta junto aos entes federados. De acordo com a Portaria nº 2.952/2011, ESPIN é uma

*“situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública nas (...) a) situações epidemiológicas: surtos e epidemias [que] (1) apresentem risco de disseminação nacional, (2) sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, (3) representem a reintrodução de doença erradicada, (4) apresentem gravidade elevada, ou (5) extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do sistema único de saúde; b) situação de desastre (...); c) situação de desassistência à população (...)” (BRASIL, 2011, grifo do autor).*

Complementando a portaria, em 2014, é proposto pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, dando providências para a gestão estratégica das emergências em saúde pública (BRASIL, 2014). Além disso, é o primeiro documento no âmbito do conjunto de normativas da área de saúde que aparece o termo “Gestão de Risco”, sugerindo a necessidade de existir um planejamento integrado para enfrentar tais questões, e indicando que:

*“(...) a gestão de risco para emergências em saúde pública é uma competência de caráter multisetorial e contínuo, que requer a articulação horizontal e transversal no âmbito do Sistema Único de Saúde, em parceria*

*com outros atores, em especial, com órgãos de defesa civil.” (BRASIL, 2014)*

O Plano faz menção à Defesa Civil como uma estrutura importante para o apoio nas emergências em saúde pública, mas faz apenas uma menção ao longo de todo o documento, e não faz nenhuma sinalização sobre maneiras de estimular e manter esse processo colaborativo. Toda forma, é ressaltada a ideia da colaboração intersetorial em outras seções do documento, como no momento de descrição do Centro de Operações de Emergência (COES), no qual indica que o Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde pode “convidar representantes de outras áreas intra ou intersetoriais”. O Plano também traz algumas sugestões de instrumentos que os diferentes entes devem possuir para estarem preparados para responder a uma crise, tais como modelos de lista de contatos e inventário, protocolos de resposta com identificação de setores e atores, bem como a existência de Planos de Contingência prévios à existência de uma crise.

### **2.3 Variável de Ações para Controle e Combate à COVID-19**

Por ações de controle e combate à COVID-19 estamos nos referindo ao conjunto de medidas tomadas, no âmbito municipal, para enfrentar a COVID-19, tais como o uso de máscaras, quarentena de infectados, rastreamento de possíveis novos pacientes, fechamento de escolas e comércio etc. Estes instrumentos (LASCOUMES e LE GALÉS, 2012) foram mapeados de acordo com o levantamento realizado pela FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020) sobre os decretos aplicados pelos estados brasileiros no início da pandemia da COVID-19, e foram transpostos para a realidade municipal, local onde se aplicam. São os seguintes:

Tabela 1: Medidas de enfrentamento à COVID-19

<b>Grupo de Medidas</b>	<b>Tipo de Medida</b>
<b>Coordenação Geral</b>	criação do comitê especial p/ enfrentamento da pandemia
	medidas p/ compra e recursos financeiro p/ enfrentamento da pandemia
	medidas de flexibilização de prazos de processos burocráticos
	medidas p/ organização de trabalho voluntário no enfrentamento da pandemia
	medidas p/ organização de doações
	medidas p/ respaldar medidas de distanciamento social

	medidas para ampliar o quadro de profissionais de saúde, gestores e serviços complementares capacitados
<b>Comunicação</b>	medidas de informação e comunicação p/ conscientização da população sobre os riscos e sintomas da covid-19, bem como formas de higiene e proteção individual
	medidas de informação e comunicação p/ compartilhamento de dados pessoais privados essenciais à identificação de pessoas infectadas
	Produção de boletim epidemiológico
<b>Limites Municipais</b>	limite intermunicipal - controle de fronteiras
<b>Sanitização</b>	medidas que garantem a higiene individual em espaços públicos
	medidas que garantem a higiene e circulação de ar em espaços públicos e/ou com circulação de pessoas - higiene do ambiente
	medidas que garantem a higiene e circulação de ar em transportes públicos e escolares
	medidas que garantem a higiene pessoal para todas as pessoas em sua casa
<b>Controle de produtos e mercado</b>	medidas que controle o preço dos produtos e serviços relacionados ao enfrentamento do covid-19
	medidas que regulamentam o limite quantitativo na compra de produtos relacionados ao enfrentamento do covid-19
<b>Segurança pública</b>	medidas p/ ampliar o quadro de profissionais de segurança pública e/ou fiscalizar medidas implementadas durante a pandemia
	medidas que facilitem o deslocamento de servidores de segurança pública durante a pandemia
<b>Medidas de Distanciamento Social</b>	proibição de eventos públicos
	Proibição da permanência e da concentração de pessoas em espaços públicos de uso coletivo e ambientes educacionais
	fechamento ou modificação da rotina de empreendimentos públicos e privados de caráter não essencial
	alterações rotina transportes públicos
	suspensão ou reorganização das atividades administração pública
	continuidade prestação serviços essenciais
	restrição no sistema carcerário

	suspensão do recadastramento de prova de vida para aposentados, pensionistas e militares inativos
<b>Atenção Primária</b>	medidas p/ garantir serviços evitando aglomerações nos ambientes de saúde
	medidas p/ garantir o acesso a medicamento de uso contínuo
<b>Atenção hospitalar, urgência e emergência</b>	medidas p/ agilizar tratamento de paciente com covid-19
	medidas de organização de visitas de pacientes p/ evitar aglomeração e contágio na urgência e emergência
<b>Vigilância em Saúde</b>	medidas específicas p/ interromper a rede de transmissão do vírus
	testagem compulsório
	capacitação e habilitação do laboratório
	emprego da força policial sanitária quando necessário - INCENTIVO
<b>Manejo de cadáveres</b>	diretrizes específicas p/ exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver

Fonte: Produzido pelo autor, adaptado de FIOCRUZ (2020)

Estes instrumentos estão segmentados em diversos grupos, e dão uma dimensão das diferentes possibilidades que gestores públicos poderiam aplicar no contexto da COVID-19. Esta lista não se pretende exaustiva, de forma alguma; contudo, é uma base importante para avaliar o que foi implementado. Para saber o que foi aplicado, importante avaliar o conjunto de decretos e portarias realizados por cada município.

A análise de instrumentos aplicados e a correlação com capacidades já foi feita por outros autores. Yen (2022) estuda como capacidades estatais preexistentes em países selecionados da Ásia que são vizinhos à China influenciaram a resposta destes países à COVID-19. De acordo com o autor, ainda que os países tivessem o mesmo foco – combater a COVID-19, os tempos de implementação de resposta, os tipos de instrumentos utilizados e o foco das políticas de combate foram diferentes, tendo os países com maior capacidade estatal prévia as melhores respostas à pandemia. Por outro lado, Braithwaite et al (2020), a partir do estudo 40HS, C-19, realizado com 36 nações da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e mais 4 nações selecionados (Singapura, Malásia, Taiwan e Irã) não identificaram associação entre a existência de capacidades estatais prévias e a resposta mais rápida à COVID-19, mas identificaram associação positiva entre a implementação de medidas de enfrentamento à COVID-19 mais cedo e o número acumulado de mortes; importante sinalizar, contudo, que o indicador compósito utilizado para a análise

de capacidades prévias foi o Global Competitiveness Index (GCI – em português, Indicador de Competitividade Global),

*“(...) which assesses factors that drive a state’s or territory’s productivity, growth and human development including its resilience, agility, innovation and human-centric approach. The data in this index show that enhanced competitiveness is related to high living standards, income and life satisfaction. We included each jurisdiction’s GCI index, as well as their scores for ‘policy stability’, ‘responsiveness to change’ and ‘government long-term vision.’” (BRAITHWAITE, TRAN, et al., 2020, p. 2),*

Importante sinalizar que o estudo também não apresentou relação eficaz entre a existência de capacidades estatais prévias e a implementação de testagem.

#### **2.4 Proposta de um modelo analítico de enfrentamento à COVID-19 por governos municipais no Brasil**

De acordo com o discutido, diferentes são as características que influenciaram a resposta à COVID-19 de governos em nível municipal. Estruturas na área de saúde, organização e regionalização, existência de planos de saúde... o quadro abaixo buscou sintetizar o conjunto de fatores apresentado nas páginas anteriores.

Tabela 2: Quadro Analítico para análise do enfrentamento à COVID-19

<b>Categoria</b>	<b>subcategoria</b>	<b>relevância</b>	<b>métrica</b>
dimensão política	nível de legitimidade do governo	maior capacidade de implementar medidas e possuir apoio da sociedade	índice de aprovação do prefeito no período, baixo, médio ou alto
estrutura de enfrentamento a desastres	enfrentamento de endemias prévias nos últimos 3 anos	aprendizagem de crise durante o mandato atual naquele município	sim ou não
	plano ou protocolo municipal para gestão de ESP	existência de regramento em nível municipal que orienta a ação em momento de crise	sim ou não
	capacitação anual de profissionais em ESP	treinamento que apoia na ação em momento de crise	último ano, sim ou não

	realização de exercícios de simulação de desastre	de treinamento que apoia na ação em momento de crise	último ano, sim ou não
estrutura do sistema de saúde	nível de investimento médio na AB, últimos 3 anos	maior investimento na AB pressupõe mais quantidade de recursos disponíveis para organização e bom funcionamento do sistema de saúde	em R\$
	Escolaridade do Secretário de Saúde	Maior escolaridade do gestor pressupõe a tomada de decisões orientadas por dados	Em anos
	cobertura da Atenção Básica	maior cobertura da AB indica maior possibilidade de atendimento rápido à população	%
	Cobertura de ACS no município	maior cobertura de ACS possibilita evitar sufocamento do sistema para casos de baixa gravidade	%
	Quantidade de equipes AB do tipo ESF em relação ao total de equipes AB	ESF é o perfil de equipe recomendado pelo MS para garantir atendimento adequado à população	decimal sobre o total
	resolutividade da Atenção Básica	maior resolutividade indica melhor qualidade no atendimento e na garantia de diagnóstico adequado	PMAQ
	Existência de um Departamento de Vigilância Sanitária independente	existência de um departamento específico garante a existência de equipe perene para acompanhamento de endemias	sim ou não
	Cobertura territorial por equipes de Agentes de Endemia no município	existência de equipes de agente de endemia apoia no controle da população durante uma emergência de saúde pública	%
	Número de leitos / 1000 habitantes	número de leitos em suficiência apoia o tratamento de casos graves.	leitos / 1000 hab.
	Número de respiradores	existência de respiradores garante suporte a casos graves de COVID-19	respiradores/ 1000 hab.

Instrumentos aplicados de enfrentamento à COVID-19	Número de instrumentos aplicados de enfrentamento à COVID-19	de Quanto maior o número de instrumentos aplicados, menor a quantidade de mortes por COVID-19	Produção de indicador composto
--	--	---	--------------------------------

Fonte: Produção do autor

A primeira dimensão, política, traz a questão da legitimidade do governo. Sabendo que as ações implementadas dependem de a população aderir (*compliance*), entende-se que um governo de maior aprovação possa conseguir melhor adesão a suas medidas, inclusive aquelas mais complexas e de difícil execução. A segunda dimensão, estrutura de enfrentamento a desastres, traz aspectos importantes sobre ações de prevenção que deveriam existir no contexto destes municípios. Sabendo que o enfrentamento de um desastre é uma política de médio prazo (FREITAS, SILVA, *et al.*, 2020), avaliar a existência destes instrumentos e ações pode nos ajudar a compreender o preparo de profissionais e instituições frente a crises e emergências. A terceira dimensão traz a importância da organização do sistema de saúde, sua estrutura, recursos e funções; sendo a pandemia uma emergência de saúde pública de nível internacional, o sistema de saúde está no centro desse combate, tornando necessária sua metrificação. Por fim, a quarta dimensão corresponde à dos instrumentos aplicados para o enfrentamento à COVID-19, dando uma dimensão da aplicação do potencial demonstrado pela existência de outras capacidades.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou analisar a inter-relação entre a existência de capacidades para governar, o enfrentamento a desastres e os instrumentos aplicados no combate à COVID-19. Ao longo do capítulo, pudemos observar que a resposta eficaz a uma crise de saúde pública como a pandemia de COVID-19 depende, em grande parte, da capacidade do Estado em articular políticas públicas coordenadas, baseadas em evidências científicas e implementadas de forma ágil e eficiente. Algumas questões importantes se colocam: (1) a presença de capacidades para governar robustas na área de saúde é fundamental para lidar com emergências sanitárias. Essas capacidades incluem desde sistemas de vigilância epidemiológica eficientes até a disponibilidade de recursos humanos qualificados,

infraestrutura adequada e estoques estratégicos de equipamentos médicos e medicamentos. Os artigos apresentados mostraram a relação entre diferentes variáveis do sistema de saúde (infraestrutura, médicos...) e a mortalidade por COVID-19. Importante salientar, contudo, que a existência de potencial de implementação não implica na sua efetiva execução, o que pode acarretar análises tautológicas; avaliar o que foi efetivamente implementado é importante. (2) O enfrentamento a desastres, sejam eles naturais ou de origem humana, requer uma abordagem integrada e multidisciplinar, envolvendo não apenas as autoridades de saúde, mas também órgãos de defesa civil, instituições de pesquisa, organizações da sociedade civil e a própria comunidade. A coordenação entre esses atores é essencial para mitigar os impactos dos desastres e garantir uma resposta eficaz. (3) É fundamental que os governos priorizem o fortalecimento das capacidades na área de saúde e o aprimoramento dos mecanismos de resposta a desastres, garantindo a proteção da população em situações de emergência como a que vivenciamos com a pandemia de COVID-19. Isso requer não apenas investimentos financeiros, mas também políticas públicas que promovam a cooperação entre diferentes atores e a participação ativa da sociedade na construção de um sistema de saúde mais resiliente e preparado para enfrentar os desafios do século XXI.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS - Sistema Único de Saúde: Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ARAÚJO, J. M. D.; FERREIRA, M. A. D. M. **Análise das Capacidades Estatais no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil**. REAd - Revista Eletrônica de Administração, v. 29, n. 2, Porto Alegre, maio=-agosto 2023. 337-363.

BARONE, M. R. **Interação entre Proteção e Defesa Civil e setor de Saúde em resposta à pandemia da COVID-19 em Vinhedo-SP**. São José dos Campos, 2021. 171 p. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus de São José dos Campos; Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (Cemaden) para obtenção de Título de Mestre.

BRAITHWAITE, J. et al. **The 40 health systems, COVID-19 (40HS, C-19)**. International Journal for Quality of Health Care, 00(00), 30 Setembro 2020. 1-7.

**BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990.**

**BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. 1990.**

**BRASIL. Decreto Legislativo nº 395 de 2009. Aprova o texto revisado do regulamento sanitário internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005. Congresso Brasileiro. Brasília. 2009.**

**BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília. 2011.**

**BRASIL. Portaria nº 2952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de ESPIN e institui a FN-SUS. Brasília. 2011.**

**BRASIL. Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; e outras providências. Brasília. 2012.**

**BRASIL. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília. 2013.**

**BRASIL. Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013.**

**BRASIL. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília, p. 44. 2014.**

**BRASIL. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.** Brasília, p. 44. 2014.

**BRASIL. Portaria de Consolidação nº2, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde.** Brasília. 2017.

**BRASIL. Diagnóstico de Capacidades e Necessidades Municipais em Proteção e Defesa Civil.** Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Brasília, p. 83. 2021.

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 4729 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS.** Brasília. 2010.

**DUTTA, A.; FISCHER, H. W. The local governance of COVID-19: Disease prevention and social security in rural India.** World Development, 138, 2021. 1-11.

**FREITAS, C. M. D. et al. Desastres Naturais e seus Custos nos estabelecimentos de saúde no Brasil no período de 2000 a 2015.** Cadernos de Saúde Pública, 36(7), 2020. 12.

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês. CEPEDES - Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde / ENSP.** Rio de Janeiro, p. 78. 2020.

**GOMIDE, A. D. Á.; PEREIRA, A. K.; MACHADO, R. O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica.** Sociedade e Cultura, volume 20, n. 1, Goiânia, janeiro / junho 2017. 3-12.

**GRIN, E. J. Capacidades estatales en salud: ¿cómo les está yendo a los municipios brasileños en el combate al COVID-19? XXV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.** Lisboa: [s.n.]. 2020. p. 20.

**GRIN, E. J.; DEMARCO, D. J.; ABRUCIO, F. L. Capacidades Estatais em Governos Subnacionais: dimensões teóricas e abordagens analíticas.** In: GRIN, E. J.; DEMARCO, D. J.; ABRUCIO, F. L. **Capacidades Estatais Municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro.** 1ª edição. ed. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2021. Cap. 1, p. 42-85.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde Debate, 42, spe 1, Setembro 2018. n.e.

NUNES, M. et al. **Do Combate à Convivência: Respostas de Municípios à Pandemia de COVID-19**. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. [S.l.], p. 9. 2022.

OLIVEIRA, V. E. D.; COELHO, V. S. P. **Capacidades Estatais Municipais em Saúde**. In: GRIN, E. J.; DEMARCO, D. J.; ABRUCIO, F. L. Capacidades Estatais Municipais: O universo desconhecido no federalismo brasileiro. 1ª edição. ed. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2021. Cap. 9, p. 366-400.

PAINTER, M.; PIERRE, J. **Unpacking Policy Capacity: Issues and Themes**. In: PAINTER, M.; PIERRE, J. Challenges to State Policy Capacity. London: Palgrave Macmillan, 2005. p. 1-18.

PEREIRA, A. M. M. et al. **Governança e Capacidade Estatal frente à COVID-19 na Alemanha e na Espanha: respostas nacionais e sistemas de saúde em perspectiva comparada**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 26, n. 10, Outubro 2021. s.i.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. D. Á. **Governança e Capacidades Estatais: uma análise comparativa de programas federais**. Revista de Sociologia e Política, v. 24, n. 58, junho 2016. 121-143.

SERIKBAYEVA, B.; ABDULLA, K.; OSKENBAYEV, Y. **State Capacity in Responding to COVID-19**. International Journal of Public Administration, 44, 11-12, 2021. 920-930.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus Disease (COVID-19)**. World Health Organization, 2023. Disponível em:  
<<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>>. Acesso em: 03 Março 2024.

WU, X.; RAMESH, M.; HOWLETT, M. **Policy Capacity: a conceptual framework for understanding policy competences and capabilities**. Policy and Society, v. 34, issue 3-4, 2015. 165-171.

YEN, W.-T. et al. **The imperative of state capacity in public health crisis: Asia's early COVID-19 policy responses**. Governance / Volume 35, Issue 3, 25 abril 2022. 777-798.

