

# ***Do Combate à Convivência: Respostas de Municípios à Pandemia de COVID-19***

**Matheus Nunes<sup>1</sup>, Arthur Aguillar<sup>2</sup>, Gabriela Lotta<sup>3</sup>, Helyn Thami<sup>4</sup>**

<sup>1,3</sup>Escola de Administração de Empresas de São Paulo-FGV e Núcleo de Estudos da Burocracia

<sup>2,4</sup>Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

## **Introdução**

A pandemia de COVID-19 impôs desafios inéditos a todos os países do mundo e, em especial, aos sistemas de saúde. Desde seu início, vários pesquisadores têm buscado compreender como os sistemas de saúde têm reagido à pandemia e quais os efeitos de diferentes políticas para a prevenção ao contágio, o atendimento de doentes e a diminuição da mortalidade em decorrência da doença. Neste sentido, embora já tenhamos avançado consideravelmente na compreensão das respostas nacionais à pandemia, ainda sabemos pouco sobre como os entes subnacionais têm respondido localmente à crise. E esta questão se torna ainda mais necessária em países federativos, com alto grau de heterogeneidade e desigualdade entre os entes, como é o caso do Brasil.

Nesta Nota Técnica apresentamos as reflexões iniciais sobre uma pesquisa que tem buscado analisar como municípios de pequeno porte têm respondido à pandemia. Esta pesquisa, conduzida por uma parceria entre o IEPS e o Núcleo de Estudos da Burocracia da Fundação Getulio Vargas, tem acompanhado um conjunto de municípios de pequeno porte do Norte e do Nordeste do Brasil para verificar, de forma longitudinal, as respostas no enfrentamento da crise de COVID-19. Analisamos as respostas não apenas da área de saúde, mas da gestão municipal como um todo. E analisamos como essas diferentes respostas podem ajudar a explicar a grande variação nas taxas de contágio e de mortalidade em decorrência de COVID-19 entre estes municípios.

Para a presente pesquisa, escolhemos analisar o caso de pequenos municípios no Norte e Nordeste brasileiros por várias razões. A primeira é porque a dinâmica relativa à COVID-19 no Brasil é diferente do resto do mundo: no país não ocorreram picos, mas uma convivência perene com a doença com altos patamares de transmissão e morte de forma constante durante vários meses. Esse padrão se explica, em parte, pela própria dinâmica política de enfrentamento à COVID-19: o Brasil é um país federativo, com autonomia dos entes subnacionais, mas cujo sistema de

saúde é coordenado pelo Governo Federal. No entanto, devido ao negacionismo do Presidente, a ação de enfrentamento não tem sido coordenada nacionalmente e depende fortemente das respostas municipais (heterogêneas e desiguais, portanto).

Escolhemos analisar municípios de pequeno porte porque, além de serem a maioria dos municípios brasileiros, eles representam a desigualdade em capacidades estatais do país. É ali que estão os menores índices de capacidades técnicas e burocráticas e, sem coordenação, é ali que está a maior necessidade de inovação frente à crise. A escolha por municípios do Norte e Nordeste também se justifica pela mesma razão: ali estão concentrados os municípios com menores índices de capacidades técnicas e burocráticas. Estas escolhas, portanto, levam à análise de casos extremos.

Para a realização da pesquisa, selecionamos 40 municípios para acompanhar longitudinalmente. O período acompanhado foi entre agosto e outubro de 2020. Os critérios para escolha estão apresentados na seção metodológica, assim como os procedimentos de coleta e análise. Ao final da pesquisa, infelizmente, conseguimos manter a adesão de apenas 31 deles e é sobre estes 31 que esta Nota discute.

De forma sintética, o que encontramos foi que os municípios organizaram suas respostas em basicamente dois momentos distintos. No primeiro momento (denominado aqui de crise), que corresponde até o mês de agosto e era o pico da doença nestas localidades, encontramos uma série de respostas caracterizadas pelo auge da crise. Os municípios adotavam medidas draconianas de fechamento e imposição de isolamento social, lidavam com uma crítica escassez de recursos, faziam acompanhamento de casos com alta frequência e, ao mesmo tempo, experimentavam respostas numa lógica de tentativa e erro. Foi um momento caracterizado por muita precariedade de resposta, muito experimento e equívoco. Já no segundo momento (denominado aqui de convivência), que correspondeu aos meses de setembro e outubro, encontramos um cenário bastante diferente. Apesar



de as taxas de crescimento de contágio e de morte permanecerem altas, os municípios passaram a lidar com a crise numa tônica de convívio. Assim, relaxaram as medidas de isolamento e permitiram a reabertura de vários serviços. Mas este também é um período de menor escassez de insumos e de melhoria das decisões a partir de um processo de aprendizados acumulados do período anterior.

A diferença entre estes momentos de resposta à crise é importante para entender as ações municipais para lidar com ela ao longo do tempo. No entanto, para além dessa similaridade na tônica das respostas, encontramos muita heterogeneidade comparando os municípios. Essa heterogeneidade, explorada ao longo desta Nota, é representada pelas diferenças nas ações de saúde (assistência e vigilância), nas ações relativas a outras políticas (educação, assistência, transporte), mas também nos modelos de gestão e governança adotados pelos municípios. Aqui, exploramos estas diferenças temporais e entre municípios; em uma Nota Técnica futura, exploraremos como esta heterogeneidade pode ajudar a explicar a diferença na efetividade das ações municipais.

## Dados e Metodologia

Nesta Nota Técnica, buscamos analisar as respostas à crise da COVID-19 dos gestores de pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste. Para isso, iniciamos entrevistando gestores de sistemas de saúde de 40 municípios do Norte e Nordeste do Brasil. Os municípios foram escolhidos com base em 3 critérios: 1) serem municípios que já procuraram a plataforma CoronaCidades.org – dos quais, portanto, possuímos os contatos dos gestores; 2) possuírem entre 20 e 100 mil habitantes; 3) pertencerem a um dos oito estados previamente definidos para a pesquisa (Bahia, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Maranhão, Pará, Amazonas ou Rondônia). Os entrevistados eram, em sua maioria, secretários de Saúde, embora houvesse também funcionários da média gestão e do administrativo das secretarias. Utilizando um questionário online, realizamos três ondas de pesquisas com os gestores: de 20/07 a 04/08; de 24/08 a 11/09; e de 30/09 a 16/10. Dos 40 municípios iniciais, tivemos respostas nas três ondas apenas para 31 deles, e optamos por apresentar os resultados apenas destes 31.

Nossa estratégia de pesquisa baseou-se na observação e descrição das respostas municipais à crise. Mais do que identificar relações causais, observamos as respostas de política dos municípios de forma

longitudinal, buscando entender o que cada um estava fazendo e quando. Para tal, fizemos perguntas que buscassem documentar um amplo espectro de cinco dimensões de resposta à crise: a) ações de cunho epidemiológico, como testagem e rastreamento de contatos; b) dimensões da resposta assistencial, como a lógica de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, a presença de sobrecarregamento dos serviços e a disponibilidade de insumos; c) governança, incluindo o funcionamento dos gabinetes de crise e o diálogo com outros setores governamentais e não governamentais; d) as estratégias de comunicação com a população empregadas pelos municípios e os conteúdos disseminados; e) as decisões de fechamento e abertura de estabelecimentos públicos e privados. Nesta Nota apresentaremos os resultados destes cinco elementos de forma descritiva.

## Resultados

### Epidemiologia

A dinâmica da resposta epidemiológica nos mostra duas coisas. Primeiro, os municípios parecem estar implementando todas as principais políticas para a contenção da COVID-19, ainda que não seja claro o nível de qualidade desta implementação. Isso porque implementar barreiras sanitárias e estratégias de rastreamento de contatos não são medidas efetivas se essas atividades forem feitas com uma parte restrita da população ou se tiverem testes de baixa qualidade ou termômetros quebrados<sup>1</sup>. Segundo, no momento da estabilização do número de casos os municípios mudaram sua resposta epidemiológica, testando mais, com testes de melhor qualidade e relaxando as barreiras sanitárias.

A maioria dos municípios entrevistados (61,2%) possuíam o apoio de epidemiologistas. Virtualmente, todos os municípios afirmaram estar realizando as principais políticas de vigilância epidemiológica: 90,3% dos municípios estavam realizando rastreamento de contatos, 96,7% estavam testando a população, e 70,9% realizando barreiras sanitárias.

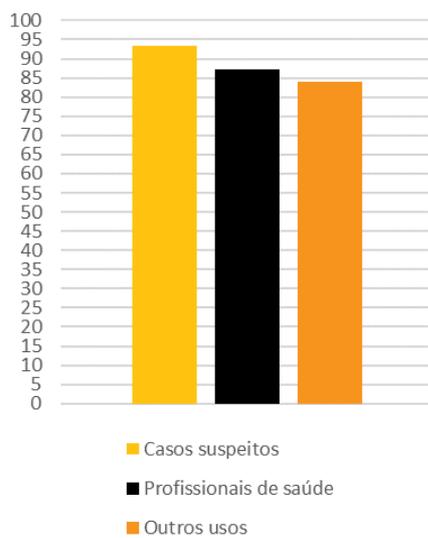
Em termos da dinâmica do convívio, os municípios apresentam um padrão claro. Primeiro, as práticas de testagem tornaram-se mais abrangentes e efetivas. Entre as rodadas 1 e 3 da pesquisa, os municípios aumentaram em mais de 20 vezes o contingente

<sup>1</sup>Um exemplo anedótico: um dos autores desta Nota Técnica, ao passar por uma barreira sanitária em um município do litoral norte paulista, teve sua temperatura corporal medida com um termômetro quebrado, que ao final da medição marcou 30 graus.



de pessoas que foram testadas, passaram a usar testes PCR, mais confiáveis e ampliaram a testagem para outras populações que não casos suspeitos e profissionais de saúde. A incidência de barreiras sanitárias foi na direção oposta, reduzindo sua existência em 27 municípios (87%) para 22 municípios (70,9%).

**Figura 1. Municípios que declararam fazer testagem de casos suspeitos, de profissionais da saúde e outros usos (como, por exemplo, testagem em bancos de sangue e testagem amostral da população) (%)**



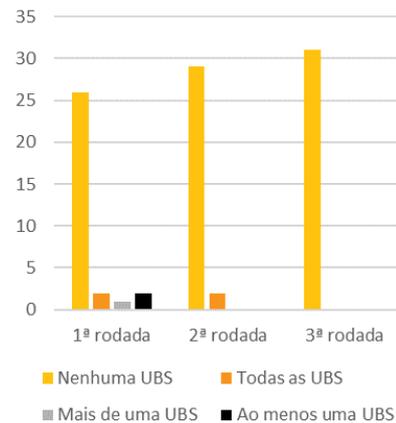
### Assistência à saúde

Um evento sanitário da magnitude da atual pandemia de COVID-19 é inédito nos últimos 100 anos. Isso certamente impacta o fluxo decisório dos gestores com relação à atuação e funcionamento dos serviços de saúde. Primeiro, por se tratar de uma condição nova e em grande medida desconhecida e, segundo, pois impõe a necessidade de estabelecer medidas de distanciamento social nunca antes enfrentadas pelos gestores e gestoras em exercício.

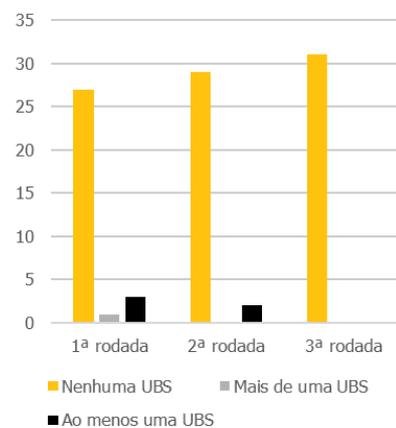
Um exemplo que ilustra bem esse fato e a reação imediata dos gestores à pandemia diz respeito ao fechamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na primeira e segunda rodadas da pesquisa, dois municípios relataram o fechamento de todas as UBS, enquanto na terceira e última rodada, nenhum município relatou medida tão drástica. Ressalta-se aqui que a Estratégia Saúde da Família é eficaz em reduzir mortalidade materna e infantil [1], e que a paralisação de seus serviços poderia acarretar o retorno a um passado sombrio da saúde pública brasileira, quando esses indicadores eram bastante elevados. Além disso,

a Estratégia Saúde da Família teria um papel fundamental na prevenção e nas políticas de acompanhamento e rastreamento de contatos de doentes. Também na primeira e segunda rodadas, alguns municípios relataram que as UBS fechadas mantiveram atendimentos remotos via telemedicina, o que já não ocorreu mais na última rodada.

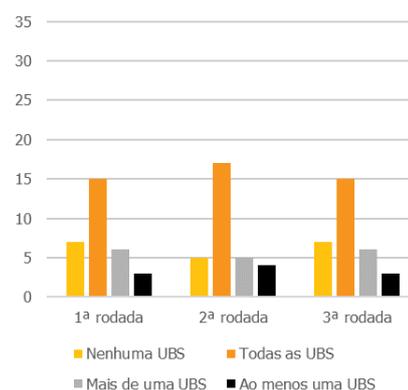
**Figura 2. UBS: totalmente fechada**



**Figura 3. UBS: fechada, mas realiza telemedicina**



**Figura 4. UBS: aberta, com espaços específicos para atendimentos à COVID-19**





**Tabela 1. Municípios que contratualizam serviços com o setor privado, por tipo de serviço (%)**

Serviços contratualizados com o setor privado	1ª rodada	2ª rodada	3ª rodada
Exames	29,0	19,4	16,1
Leitos	12,9	12,9	9,7
Telemedicina	-	3,2	3,2
Outros	6,5	3,2	6,5

Um dado relevante foi que na segunda rodada — correspondente ao pico da pandemia na maioria dos municípios da amostra — houve aumento no número de cidades que relataram ter UBS abertas que mantinham espaços específicos para atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados para o novo coronavírus. Na terceira rodada, o número de municípios que adotavam essa estratégia retornou ao patamar da primeira rodada. A segmentação de fluxo (ou a separação física) para atendimento aos usuários com sintomas respiratórios é uma premissa importante para evitar que os serviços de saúde se tornem focos de transmissão.

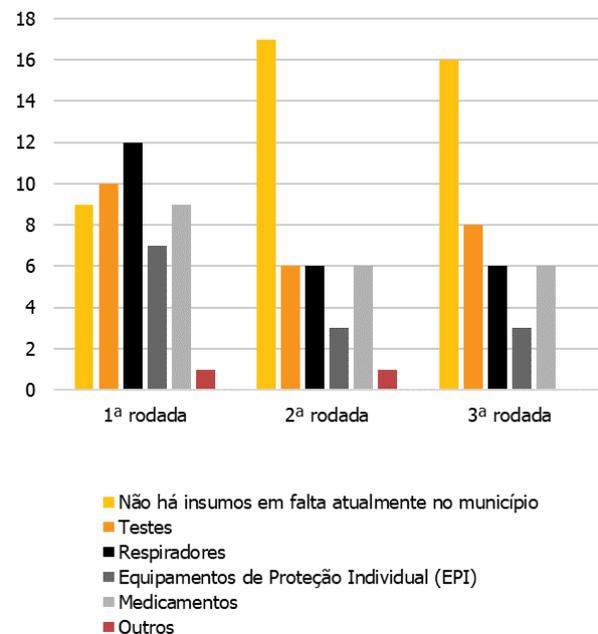
Outro ponto interessante com relação à assistência foi o grande volume de contratualização de serviços com o setor privado pelos municípios no início da pesquisa (em agosto, 35,4% dos municípios relataram a adoção dessa prática), mas que teve queda progressiva nas rodadas subsequentes (25,8% e 19,3% dos municípios contratualizaram serviços com o setor privado em setembro e outubro, respectivamente). Esse processo parece ter sido impulsionado por dois fatores: por um lado, os processos de contratualização foram simplificados graças ao decreto que estabelece estado de calamidade pública (e que, por consequência, dispensa obrigatoriedade de licitação), e por outro, a baixa capacidade instalada dos municípios, em um primeiro momento, para processar exames diagnósticos e internações em leitos de terapia intensiva. Não à toa esses foram os dois principais alvos de contratualizações pelos municípios durante o período compreendido pela pesquisa, como pode ser visto na Tabela 1.

Vale ressaltar também que a falta de alguns insumos estratégicos necessários para realização de testes e das internações (reagentes, swabs nasais, respiradores, etc.), somada à descoordenação interfederativa para compra e distribuição desses insumos em tempo hábil para o setor público, podem ter sido um fator adicional para frear o aumento emergencial da capacidade instalada, impulsionando ainda mais es-

sas contratualizações no primeiro momento.

Ainda com relação à escassez de alguns insumos, os gestores municipais foram questionados sobre a falta de suprimentos, mais especificamente sobre quais itens estavam em falta. Os dois itens mais citados na primeira rodada foram testes e respiradores, corroborando aquilo posto no item anterior. Nas rodadas subsequentes, mais da metade dos municípios relataram não haver nenhum item em falta, denotando uma normalização dos estoques, quer seja pela volta do fornecimento no mercado internacional, ou pela melhor coordenação interfederativa para compra e/ou distribuição de tais insumos.

**Figura 5. Insumos em falta nos municípios participantes da pesquisa**

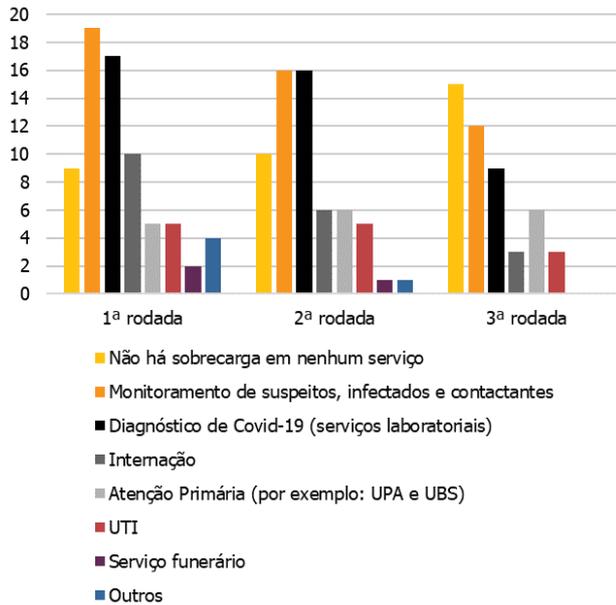


Em relação à sobrecarga de serviços, na primeira rodada era notória a prevalência de sobrecarga em serviços de diagnóstico laboratorial de COVID-19 e monitoramento de casos e contactantes. Na terceira e última rodada, observou-se aumento relevante do número de municípios que não relataram qualquer so-



brecarga em serviços de saúde.

**Figura 6. Serviços com sobrecarga nos municípios participantes da pesquisa**



Considerando a assistência, pode-se afirmar que há uma corroboração da narrativa de progressivo aprendizado de convivência com a pandemia nos municípios analisados. O fechamento completo inicial de Unidades Básicas de Saúde, as contratualizações volumosas de prestação de serviços com o setor privado, a escassez de insumos e a sobrecarga nos serviços parecem ter sido revertidos ao longo do tempo, de modo que, a despeito da incerteza do momento, os serviços tiveram sua capacidade ampliada e/ou voltaram a operar em regime igual ou muito semelhante ao que existia antes do início da pandemia.

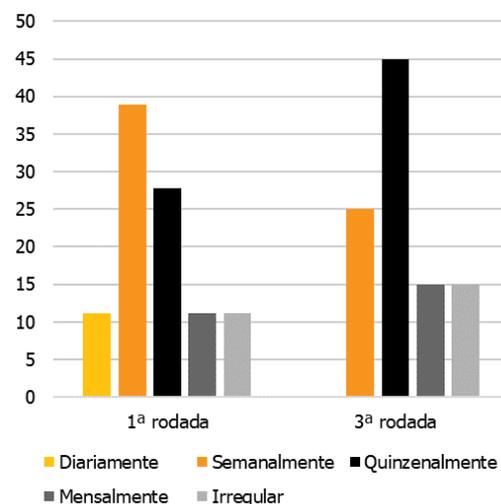
### Governança

Em seu referencial básico de governança, o Tribunal de Contas da União (TCU) define que a governança no setor público compreende “os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade”. [2] No âmbito da pandemia de COVID-19, mecanismos de governança pública passaram a ser fundamentais para estruturar as respostas aos impactos da crise. Neste sentido, órgãos como o Ministério da Saúde [3], o Conselho Nacional de Justiça [4] e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [5] recomendaram que as unidades federativas instituísem Centros de Operação de Emergência (COE), estruturas responsáveis pela definição de estratégias para

o enfrentamento da emergência em saúde pública. Estes Centros, também chamados de Gabinetes de Crise, são espaços de governança que unem diferentes atores municipais ou da sociedade para monitoramento da situação e tomada de decisão conjunta. Há vários modelos para os Gabinetes de Crise e eles podem se localizar em distintos espaços institucionais (Gabinete do prefeito, Secretaria de Saúde, etc).

No âmbito dos 31 municípios participantes da presente pesquisa, 70% dos municípios instituíram COEs em seus territórios. É interessante apontar que, entre os meses de agosto e outubro, dois municípios fecharam seus Centros de Operação de Emergência, enquanto quatro municípios instauraram essa estrutura apenas após o mês de agosto. Outra dinâmica importante de se destacar no período de realização da pesquisa é a frequência em que os COEs realizam reuniões: em agosto, 40% se reuniam diariamente ou semanalmente para o planejamento das ações de combate à pandemia; já em outubro, quase metade deles (45%) se reuniam com frequência quinzenal. A diminuição na frequência das reuniões dessa estrutura decisória pode demonstrar como os municípios alteraram o seu comportamento frente à gestão da crise ao longo dos meses, passando a lidar com a crise numa tônica de convívio. A Figura 7 ilustra essa mudança de comportamento na frequência de reuniões dos COEs.

**Figura 7. Com que frequência o Gabinete de Crise se reúne?**



Destaca-se a participação da Secretaria de Educação (80%), da Secretaria de Assistência Social (75%), da Secretaria de Finanças (60%), da Secretaria de Segurança (55%) e de serviços privados de saúde (45%) nos 20 municípios com COEs em operação no mês de

**Tabela 2. Como você avalia a relação com os seguintes atores? (%)**

Atores	Alto apoio	Baixo apoio	Não há apoio
Legislativo	38,7	48,4	12,9
Judiciário	48,4	45,2	6,5
Empresários e Comerciantes	35,5	51,6	12,9
Sociedade civil (ONGs e associações)	32,3	54,8	12,9
Governo Estadual	74,2	25,8	0,0
Governo Federal	74,2	25,8	0,0
Órgãos de classe e sindicatos	22,6	51,6	25,8
Órgãos de controle	45,2	45,2	9,7
Colegiado de gestores (p.e.: CONASEMS)	74,2	25,8	0,0
Órgãos de segurança	54,8	38,7	6,5

Nota: Dados referentes a outubro/2020.

outubro.

Para além da criação de estruturas que qualificam o processo decisório como os COEs, a governança pública também diz respeito à relação dos municípios com organizações estatais e privadas e com a sociedade civil. Nos 31 municípios observa-se que a relação com a sociedade civil, empresários e comerciantes, e órgãos de classe e sindicatos permaneceu negativa entre agosto e outubro. Já a relação com os Governos Estadual e Federal é avaliada positivamente. A Tabela 2 sintetiza essas informações.

Os dados da Tabela 2 ilustram um padrão diferenciado entre as relações com órgãos públicos (caracterizadas majoritariamente por relações de alto apoio) e organizações privadas e com a sociedade civil (caracterizadas majoritariamente por relações de baixo apoio ou de apoio inexistente). Estas diferenças mostram como, durante a crise, os municípios tiveram diferenças nos graus de apoio dos atores políticos e sociais. Essas diferenças, por exemplo, se refletem no apoio ou não às medidas de isolamento e fechamento dos estabelecimentos. Também se refletem no suporte que as prefeituras têm de outras organizações públicas. Quanto maior o apoio, imagina-se que seja mais fácil ao prefeito tomar decisões e gerenciar. E o contrário também é verdadeiro. Estes dados refletem como a crise sanitária também trouxe elementos de crise política e governamental que afetaram a capacidade de enfrentamento à pandemia.

### Comunicação

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estabelece que “informar a população sobre os riscos à saúde apresentados pela COVID-19 é tão importante quanto outras medidas de proteção” [6]. Neste sentido, identificar os meios de comunicação utilizados

**Tabela 3. Que meios a prefeitura tem usado para se comunicar com a população a respeito da COVID-19?**

Meio de comunicação	Total de municípios que utilizam (%)
WhatsApp	96,8
Facebook	93,5
Instagram	87,1
Portais oficiais	87,1
Carro de som	80,6
Rádio	71,0
Rádio comunitária	61,3
Panfletagem	54,8
Televisão	35,5
Jornal	16,1
Twitter	3,2

Nota: Dados referentes a agosto/2020.

**Tabela 4. O que a prefeitura tem comunicado à população?**

Temas comunicados à população	Total de municípios que comunicam (%)
Informações sobre prevenção	96,8
Reforço de isolamento social	93,5
Informações para transparência de dados	90,3
Informações sobre fluxo e atendimento	87,1
Combate a fake news	71,0

Nota: Dados referentes a agosto/2020.

e o que as prefeituras têm comunicado à população pode contribuir para a compreensão de como as estratégias de comunicação foram empregadas nos territórios.

**Tabela 5. Qual o regime de funcionamento dos estabelecimentos em seu município? (%)**

Estabelecimento	1ª rodada (agosto/2020)			3ª rodada (outubro/2020)		
	Aberto, com restrições	Aberto, sem restrições	Fechado	Aberto, com restrições	Aberto, sem restrições	Fechado
Escolas	0,0	0,0	100,0	12,9	0,0	87,1
Espaços de lazer (museu, cinema, parque, praia)	38,7	0,0	61,3	54,8	6,5	38,7
Bancos	90,3	9,7	0,0	87,1	12,9	0,0
Lojas	96,8	3,2	0,0	93,5	6,5	0,0
Mercearia, mercado ou supermercado	100,0	0,0	0,0	96,8	3,2	0,0
Restaurantes	77,4	0,0	22,6	100,0	0,0	0,0
Serviços de atendimento ao público (DETRAN, cartórios, CRAS, etc.)	83,9	0,0	16,1	100,0	0,0	0,0
Outros serviços privados (mecânica, lavanderia, salão de beleza, academia, etc.)	74,2	0,0	25,8	93,5	3,2	3,2

No âmbito dos 31 municípios participantes da pesquisa, o WhatsApp foi o meio mais utilizado pelas prefeituras (com utilização em quase 97% dos municípios). Apesar da predominância das redes sociais (como Facebook e Instagram), meios como carro de som, rádio e rádio comunitária se destacaram como meio de comunicação neste momento para informar a população sobre a prevenção da doença, o reforço do isolamento social e o combate às *fake news*, conforme detalhado nas Tabelas 3 e 4.

Por fim, é importante destacar que dos 31 municípios participantes da pesquisa, 29 (93,5%) deles declararam possuir uma central de dúvidas para os usuários contatarem em caso de dúvidas sobre a COVID-19 (sintomas, informações e etc.). Estes dados sugerem como as prefeituras buscaram formas alternativas de comunicar à população as questões relativas à pandemia.

### Regime de funcionamento de estabelecimentos

A tônica de convivência com a pandemia de COVID-19 pode ser observada também pelo regime de funcionamento dos estabelecimentos nos municípios. Ilustra esse cenário o fato de que, apesar do crescimento da curva de contágio nos municípios, nenhuma prefeitura declarou que lojas, restaurantes, mercearias, mercados, supermercados e bancos estavam fechados em seus territórios, além de apenas uma prefeitura declarar que serviços de atendimento ao público estavam fechados no município. Apesar dessa abertura de espaços privados, é interessante apontar que

quase 40% das prefeituras declararam que espaços de lazer — como museus, parques, cinemas e praias — estavam fechados até a terceira fase de coleta, e que apenas dois municípios declararam ter previsão para o retorno das aulas nas escolas municipais. Entre as restrições impostas para a abertura dos estabelecimentos, destaca-se a obrigatoriedade de uso de máscara (90%), restrição de capacidade de lotação (87%) e restrição de horário (83%). A Tabela 5 demonstra os estabelecimentos e as restrições impostas para o seu funcionamento nos meses de agosto e outubro.

A abertura de estabelecimentos comerciais em detrimento de espaços públicos e das escolas pode ser um dos efeitos da pressão e crise políticas apontadas anteriormente.

### Conclusão

Nesta Nota Técnica analisamos as respostas à crise de uma série de municípios pequenos do Norte e Nordeste do Brasil. Acompanhamos os municípios de maneira longitudinal, entrevistando lideranças das Secretarias de Saúde em três momentos (agosto, setembro e outubro). Nossa análise aponta para uma dinâmica caracterizada por dois estágios (crise e convivência), determinados pela persistência de altos índices de infecção de COVID-19 no Brasil: se na grande maioria do planeta a pandemia de COVID-19 está caracterizada por uma alternância entre picos da doença e platôs, onde a prevalência da doença diminui drasticamente, no Brasil a prevalência da COVID-19



se mantém particularmente alta ao longo de todo o período analisado.

No primeiro estágio (acompanhado na primeira onda da pesquisa), que chamamos de crise e é caracterizado por uma subida vertiginosa no número de casos, os gabinetes de crise dos municípios se reúnem em alta frequência, a gestão implementa medidas draconianas e coercitivas de isolamento social e os sistemas de saúde, diante de um fluxo rápido de decisões caracterizado por forte incerteza, tomam uma série de decisões equivocadas (como, por exemplo, o fechamento de algumas UBS ou a paralisação de serviços básicos, como as consultas pré-natais). Além disso, existe um excesso de demanda por serviços de saúde – como resposta, diversos municípios contratualizam serviços com a rede privada) e um déficit de materiais como Equipamentos de Proteção Individual.

No segundo estágio (que corresponde à segunda e terceira onda da pesquisa, realizadas, respectivamente, em setembro e outubro), que chamamos de convívio, a incidência da COVID-19 se estabiliza, atingindo um platô, que é no entanto bastante alto, assemelhando-se às taxas de infecção de diversos países no pico da crise. Neste momento, as burocracias municipais já enfrentaram uma curva de aprendizado bastante íngreme e são capazes de responder à crise de maneira competente, ainda que a incidência se mantenha alta. A gestão toma decisões mais efetivas quanto à gestão da rede assistencial e os municípios experimentam menor sobrecarga e menos escassez de insumos.

Estes achados são relevantes para explicar a dinâmica da COVID-19 no Brasil, e podem ser úteis para a análise de circunstâncias onde o Estado não é capaz de significativamente reduzir a prevalência da doença. A dinâmica que observamos também traz semelhanças com a recorrente persistência de certos problemas sociais nas cidades brasileiras, como por exemplo as taxas de homicídio nas grandes capitais estaduais e a recorrência de arboviroses em diversos municípios brasileiros. Estes dados abrem, portanto, diversas perguntas para quem quer se aprofundar na análise das respostas municipais à crise, marcadas por processos de aprendizado, experimentação e mudança de rumos.

### Agradecimentos

Agradecemos a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento e aos gestores dos municípios participantes da pesquisa.

### Referências

- [1] Bhalotra, S., Rocha, R., Soares, R. R. (2019). *Can Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil*.
- [2] Tribunal de Contas da União (2014). *Governança Pública: referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhoria* (2ª edição). p. 33.
- [3] Ministério da Saúde (2020). *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus*.
- [4] Conselho Nacional de Justiça (2020, Maio 15). *CNJ recomenda a estados e municípios a criação de gabinete de crise contra Covid-19*. Portal CNJ. <https://www.cnj.jus.br/cnj-recomenda-a-estados-e-municipios-a-criacao-de-gabinete-de-crise-contracovid-19/>.
- [5] Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (2020, Março 18). *Orientações técnicas aos municípios para enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus (Covid-19)*. CONASEMS. <https://www.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas-aos-municipios-para-enfrentamento-da-pandemia-do-novo-coronavirus-covid-19/>
- [6] Organização Pan-Americana da Saúde. (n.d.). *COVID-19: Materiais de comunicação*. OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/covid-19-materiais-comunicacao>

---

### Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Nunes, M., Aguillar, A., Lotta, G. e H. Thami. (2020). *Do Combate à Convivência: Respostas de Municípios à Pandemia de COVID-19*. Nota Técnica n.15. IEPS: São Paulo.

[www.ieps.org.br](http://www.ieps.org.br)  
+55 11 4550-2556  
[contato@ieps.org.br](mailto:contato@ieps.org.br)



## Anexo

**Tabela 6. Lista de municípios participantes da pesquisa, por estado e população**

<b>Município</b>	<b>UF</b>	<b>População</b>
Boca do Acre	AM	34.308
Humaitá	AM	55.080
Iranduba	AM	48.296
Lábrea	AM	46.069
Tefé	AM	59.849
Brotas de Macaúbas	BA	10.231
Guanambi	BA	84.481
Irecê	BA	72.967
Tanhaçu	BA	20.403
Acaraú	CE	62.641
Crateús	CE	75.074
Quixeramobim	CE	81.082
Tauá	CE	58.859
Buriti	MA	28.678
Coroatá	MA	65.296
Paraibano	MA	21.386
Pedreiras	MA	39.229
Cachoeira do Piriá	PA	33.900
Itupiranga	PA	53.269
Tucumã	PA	39.602
Cabedelo	PB	67.736
Santa Helena	PB	5.889
Araripina	PE	84.418
Brejo da Madre de Deus	PE	50.742
Paudalho	PE	56.506
Pesqueira	PE	67.395
Toritama	PE	45.219
Ariquemes	RO	107.863
Cacoal	RO	85.359
Jaru	RO	51.775
Vilhena	RO	99.854

Fonte: IBGE – Estimativas de População, 2019.