

Casos de Sucesso: A Resposta de Pequenos Municípios do Norte e Nordeste à Pandemia

Matheus Nunes¹, Arthur Aguillar², Gabriela Lotta³, Helyn Thami⁴, Miguel Lago⁵

^{1,3}Escola de Administração de Empresas de São Paulo-FGV e Núcleo de Estudos da Burocracia

^{2,4,5}Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Introdução

Ainda sabemos pouco sobre quais ações de políticas públicas são mais efetivas tanto para prevenir o contágio quanto para diminuir o número de óbitos por COVID-19 no país. Isso porque as respostas políticas dependem não apenas da ação do governante, mas também da adesão da população a estas medidas. E é esta relação que ainda precisa ser melhor estudada.

A fim de contribuir com essa discussão, as equipes do IEPS e do Núcleo de Estudos da Burocracia (FGV) desenvolveram esta Nota Técnica, analisando alguns casos de municípios de pequeno porte do Norte e Nordeste que têm conseguido maior efetividade no enfrentamento à pandemia. Esta é a segunda Nota Técnica de uma pesquisa que buscou analisar como estes municípios têm respondido à pandemia. A pesquisa acompanhou um conjunto de municípios de pequeno porte do Norte e do Nordeste do Brasil para verificar, de forma longitudinal, as respostas que dão para enfrentar a crise da COVID-19. Analisamos as respostas não apenas da área de saúde, mas da gestão municipal como um todo. E 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. Na primeira Nota Técnica apresentamos, de forma descritiva, a comparação de respostas adotadas pelos municípios estudados, e como estas respostas podem iluminar o entendimento da diversidade nas taxas relativas à COVID-19. Nesta segunda Nota, nos aprofundamos na análise qualitativa de 6 casos de sucesso entre os 31 municípios. A escolha por estudar pequenos municípios se justifica por serem estes a grande maioria dos municípios brasileiros e, ao mesmo tempo, os menos estudados. Escolhemos analisar municípios das regiões Norte e Nordeste por serem regiões bastante afetadas pela COVID-19, com um histórico de baixas capacidades estatais e, portanto, onde casos de sucesso são mais escassos. Aqui enquadrados dois tipos de casos de sucesso e com efetividade: 1) municípios que conseguiram segurar o contágio e tiveram baixíssimo índice de

doentes/habitantes; 2) municípios que, mesmo não segurando o contágio, conseguiram prevenir óbitos e tiveram baixíssimo índice de mortalidade por COVID-19. Assim, analisamos no primeiro grupo os casos de Tanhaçu (BA), Brotas de Macaúbas (BA) e Santa Helena (PB), e no segundo grupo os casos de Cachoeira do Piriá (PA), Guanambi (BA) e Buriti (MA). A partir desses casos, buscamos compreender, por meio da análise comparativa, quais decisões ajudam a explicar o sucesso em contágio e diminuição de óbitos.

Dados e Metodologia

Nesta Nota Técnica buscamos analisar as políticas municipais de enfrentamento à pandemia examinando seis casos de sucesso. A escolha dos municípios se deu a partir de dois processos. No primeiro, escolhemos 31 municípios que atendiam a 3 critérios: i) serem municípios que já procuraram a plataforma CoronaCidades.org – dos quais portanto, possuímos os contatos dos gestores; ii) possuírem entre 20 e 100 mil habitantes; iii) serem de um dos 8 estados das regiões Norte e Nordeste previamente definidos para a pesquisa (Bahia, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Maranhão, Pará, Amazonas e Rondônia). Estes 31 municípios foram estudados de forma longitudinal a partir de três ondas de entrevistas entre julho e outubro de 2020. Após esta etapa, selecionamos 6 municípios, entre os 31, para aprofundar as análises e compreender as políticas desenvolvidas por eles no combate à pandemia.

Estes 6 municípios foram selecionados a partir de dois indicadores: 1) número de casos de COVID-19 por 1.000 habitantes; 2) número de óbitos por COVID-19 por 1.000 habitantes. Os 3 municípios que apresentaram melhores resultados em cada um dos dois grupos de indicadores – isto é, conseguiram conter a contaminação ou a morte de sua população por COVID-19 – foram selecionados como casos de sucesso. A Tabela 1 mostra os dados dessas localidades:

Com isso, os 6 municípios selecionados passaram

**Tabela 1. Indicadores dos 6 municípios selecionados para a segunda fase da entrevista**

Município	UF	População	Casos acumulados	Casos por 1.000 hab.	Óbitos acumulados	Óbitos por 1.000 hab.
SUCESSO NA CONTENÇÃO DE NOVOS CASOS						
Brotas de Macaúbas	BA	10.231	3	0,29	0	0,00
Santa Helena	PB	5.889	24	4,08	0	0,00
Tanhaçu	BA	20.403	45	2,21	1	0,05
SUCESSO NA CONTENÇÃO DE ÓBITOS						
Buriti	MA	28.678	641	22,35	1	0,03
Guanambi	BA	84.481	713	8,44	5	0,06
Cachoeira do Piriá	PA	33.900	522	15,40	3	0,09

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde/Consolidação por Brasil.io. Período de referência: 08/10/2020.

por uma nova etapa de levantamento de dados, que consistia em roteiros de entrevistas customizados para cada município, tendo como base as respostas destas localidades à fase 1 da pesquisa. As entrevistas – feitas com gestores municipais de saúde (secretários municipais de saúde e coordenadores da atenção básica) – possuíam perguntas a respeito de 8 temáticas: a) estratégias de contenção; b) políticas de vigilância; c) políticas voltadas ao preparo e proteção dos profissionais de saúde; d) políticas voltadas às atividades econômicas; e) governança da crise; f) estratégias de relacionamento com os atores políticos e sociais; g) comunicação com usuários.

As entrevistas foram realizadas entre novembro e dezembro de 2020. Todas elas foram gravadas, transcritas e analisadas comparativamente.

Resultados

Estratégias de Contenção

Diante do avanço da pandemia para municípios menores e do interior, os problemas de acesso a insumos estratégicos e leitos, por exemplo, foram (e ainda são) um desafio. Contudo, alguns municípios lançaram mão de estratégias preventivas diversas que resultaram na redução da disseminação da COVID-19 em seus territórios. Diante de um cenário de tanta incerteza, algo indubitável: a prevenção seria, de fato, o melhor remédio. Abaixo destacamos algumas estratégias aplicadas pelos municípios que lograram êxito em suas políticas de controle da transmissão do novo coronavírus.

ACS e Mobilização de Atores Locais

Um ponto de convergência entre os relatos dos municípios foi o uso da capacidade de mobilização e capilaridade dos agentes comunitários de saúde para

impulsionar a disseminação de informações sobre a doença, a necessidade de realização da quarentena e o funcionamento das unidades de saúde, como ficou evidente neste relato:

“A orientação foi a chave do sucesso, porque realmente a população se conscientizou, cada um ficou na sua casa. Os ACS tiveram um papel muito importante, porque eles tinham grupos de WhatsApp com pessoas que eles visitavam com frequência e um ia passando para o outro. A gente imprimiu panfletos (...) Foi o conjunto, na verdade. E a população também tem a participação por ter ajudado ficando em casa”.

É importante ressaltar que as medidas de contenção sabidamente eficazes para controlar a disseminação da doença são de difícil adesão, seja em função da necessidade de manutenção de renda via mercado informal, seja pela natureza gregária e social do ser humano, o que exige um trabalho sistemático de comunicação para a sensibilização da população. Soma-se a isso a grande assimetria de informação inerente ao campo do saber da saúde, que é potencializada pelo fato de a COVID-19 ser uma doença nova (portanto, desconhecida até para alguma porção dos técnicos da área), disseminando-se em tempos de mídias sociais e notícias falsas.

Essas experiências reforçam a importância estratégica dos agentes comunitários como o elo entre o saber técnico e os territórios, sendo peças fundamentais na promoção da saúde e com atuação ainda mais relevante em situações de emergência sanitária.

Não menos importante, houve relatos marcantes de parceria com outros atores locais, sobretudo no que tange à disseminação de informação e reforço da necessidade de medidas de controle.



Segmentação de Fluxo

Uma estratégia bastante prevalente entre os municípios que controlaram o número de casos e óbitos foi a segmentação de fluxo entre pacientes sintomáticos respiratórios e os demais usuários do sistema de saúde.

Após um primeiro momento conturbado no que diz respeito ao destino a ser dado para os serviços de Atenção Básica e pronto-atendimento nos meses iniciais da pandemia, os municípios estudados apostaram em um modelo de organização de fluxos que não é novo, mas extremamente eficiente para dois diferentes propósitos: evitar aumento de tempo de espera e promover a separação física de casos suspeitos de condições contagiosas e os demais usuários de um sistema de saúde.

Além disso, a segmentação de fluxo apresenta um efeito secundário importante que é o aumento da especialização do trabalho, acelerando a curva de aprendizado sobre manejo e tratamento de casos. Isso é absolutamente crucial para uma condição completamente nova e desconhecida como a COVID-19.

Os relatos dos(as) gestores(as) revelam estratégias semelhantes de segmentação de fluxo, como a criação de centros específicos para usuários com suspeita de infecção pelo novo coronavírus e a manutenção de atendimento às principais linhas de cuidado na Atenção Primária, como corrobora o trecho abaixo:

“A gente montou um Centro de COVID, com recepção, guarda, enfermeiro, com técnico de enfermagem, para recepcionar todas as pessoas que chegassem no nosso pronto-atendimento com suspeita. Então era um local fora do contato com essas outras populações, outras pessoas adoecidas que chegavam, né?! Então a gente não fazia esse cruzamento de pessoas com suspeita e pacientes que não estavam com suspeita, que estavam com outro tipo de doença. A gente nunca cruzou. Isso ajudou a gente”.

“No começo, deixamos todos os serviços de urgência e emergência para COVID. Depois que implantamos o centro do Covid, redirecionaram a rede, dividindo COVID e não-COVID. Quem está na Estratégia de Saúde da Família é só ‘áreas livres de COVID’. Quem não está atuando

nessas áreas, está atuando diretamente no enfrentamento – para não sobrecarregar”.

Ademais, uma estratégia complementar para a segmentação de fluxo citada em muitos dos municípios foi a abertura de agendamentos na Atenção Primária, de modo a separar horários para cada demanda e evitar, assim, a superlotação de unidades e o contato entre usuários com sintomas gripais dos demais.

Barreiras Sanitárias

Dentre os municípios que se destacaram na contenção do número de casos, pode ser notado o uso de barreiras sanitárias, posicionadas estrategicamente nas cidades participantes do estudo. Apesar do funcionamento desse tipo de barreira ter sido bastante heterogêneo no país como um todo (e da dificuldade de mensurar seu impacto isoladamente), notou-se semelhanças entre a atuação de tais barreiras nos municípios que foram efetivos em controlar a disseminação da doença.

Por exemplo, foi relatado recorrentemente a realização de medição de temperatura nessas barreiras, além do registro individual de cada pessoa que entrava na cidade. Desse modo, eram coletadas informações de contato que permitiram o monitoramento dos transeuntes pelo período de 14 dias e a conscientização sobre a necessidade de realizar quarentena durante esse período. Adicionalmente, alguns municípios contavam com transporte sanitário para encaminhamento imediato de indivíduos sintomáticos desde as barreiras até algum serviço de saúde de referência. Evitou-se, assim, o trânsito de pessoas sintomáticas em outros meios de transporte e/ou pelo comércio e outras áreas públicas, conforme denota o trecho a seguir, extraído de uma das entrevistas:

“A gente colocou barreiras sanitárias tanto na entrada quanto na saída (do município). Também colocamos no nosso distrito, que é como se fosse uma mini cidade, onde foram mais duas barreiras sanitárias. Essas barreiras iam de cinco horas da manhã até onze horas da noite. As pessoas verificavam temperatura, davam orientações, querendo saber se a pessoa ia continuar na cidade ou não. [Isso permitia] que a gente acionasse a equipe de vigilância para fazer a visita domiciliar e fazer o isolamento domiciliar por 14 dias. A gente pegou várias pessoas que já estavam com temperatura alta, e



direcionamos diretamente para o hospital. Como um carro ficava [na barreira sanitária], o carro já levava essa pessoa até o hospital. E, se por acaso, a pessoa falasse que ia passar direto, o carro também acompanhava ele até a outra saída da cidade, pra ele passar direto, pra que não ficasse”.

Vale ressaltar aqui que a modalidade clássica de barreira sanitária consistia em tendas ou estruturas localizadas em entradas e saídas das cidades, ou quaisquer outros pontos estratégicos. Em um dos municípios, foram feitas “blitz” nas rodoviárias, realizando também a aferição de temperatura, a comunicação da necessidade de quarentena e alimentação do banco de indivíduos a serem telemonitorados por duas semanas. Adicionalmente, esse mesmo município endureceu a fiscalização para evitar paradas fora da rodoviária, evitando, portanto, chegadas e partidas não monitoráveis.

O *modus operandi* das barreiras sanitárias nos municípios estudados contrasta com a atuação meramente educativa observada em muitos locais durante a pandemia. A despeito da importância do trabalho de sensibilização da população, a atuação dessas barreiras de modo mais proativo quanto ao monitoramento e encaminhamento de sintomáticos para serviços de referência foi um potencial fator determinante para o sucesso de alguns municípios no controle dos casos. Não menos importante, gestores relataram que essa atuação mais proativa e intencional pode também ter contribuído para uma maior atenção da população quanto aos riscos de circular pela cidade (ou entre cidades) ao longo do curso da pandemia, cumprindo também uma função de conscientização, embora não restrita a ela.

Vigilância

Esta seção analisa as estratégias de vigilância epidemiológica empregadas pelos municípios de nossa amostra. Em particular, são observadas as ações de contenção, testagem e rastreamento utilizadas pelas cidades. A análise nos mostra que as ações das cidades pesquisadas se caracterizam por sua clareza e precisão. Isto é, elas prevêm uma ação clara e inteligível para todos os atores envolvidos sobre o que fazer em função de cada contingência. Um exemplo deste tipo de processo foi aquele adotado nas barreiras sanitárias do município de Tanhaçu: se a pessoa apenas está passando pelo município, ela é acompanhada até a saída; se vem de fato para o município e

possui sintomas de síndrome gripal, é encaminhada direto para o hospital; se não os possui, fica em quarentena por 14 dias sendo acompanhada pela prefeitura por meio de visitas domiciliares.

Para além disso, todos os municípios analisados caracterizam-se pelo uso intenso de estratégias de contenção, isto é, focaram em evitar que chegassem mais casos nas cidades, buscando retardar o máximo possível a transmissão comunitária. Duas preocupações recorrentes foram i) o risco de migrantes retornarem infectados de São Paulo e outras localidades do Centro-Sul, em função do amplo retorno de migrantes causado pela deterioração econômica concomitante à pandemia; e ii) os maiores índices de contágio nos distritos que se encontravam mais próximos a cidades maiores, onde a disseminação da COVID-19 estava menos controlada.

Outra característica encontrada em todos os municípios analisados foi o amplo uso de estratégias epidemiológicas ancoradas na ação coletiva e no capital social. Ao menos dois municípios pautaram sua vigilância por sistemas informalmente denominados “Disk COVID”, onde a população podia denunciar aglomerações e indivíduos com suspeita de COVID-19. Outro exemplo de estratégia fortemente ancorada em comportamentos pró-sociais foi a criação de termos de responsabilidade que precisavam ser assinados por aqueles que se recusassem a realizar a testagem.

Os municípios analisados tiveram divergências no nível de capilaridade de suas estratégias de rastreamento de contatos: alguns focavam exclusivamente nos casos confirmados e seus familiares, enquanto outros buscavam fechar o ciclo, identificando cada contactante e buscando georeferenciar as localidades onde cada contágio havia ocorrido.

Preparo e Proteção dos Profissionais de Saúde

A gestão dos profissionais de saúde durante a crise tem sido uma questão bastante crítica não apenas no Brasil mas no mundo. Por um lado, profissionais de saúde viraram atores centrais por serem a linha de frente do enfrentamento à pandemia de quem os cidadãos precisam para receberem tratamento. Por outro lado, a natureza do seu trabalho durante a pandemia os coloca em risco iminente de contágio e transmissão. As taxas de contágio e mortalidade entre profissionais de saúde são muito mais altas que as do resto da população. E, ao mesmo tempo, sua demanda de trabalho é cada vez mais intensa e necessária. Neste contexto, a maneira como eles são



geridos pode determinar a capacidade de resposta e resiliência dos sistemas de saúde.

Os casos analisados são bons exemplos sobre uma gestão cuidadosa da linha de frente da saúde. Foram ações relativas à disponibilização de EPI, treinamento, informações e suporte à saúde mental dos profissionais de saúde que ajudaram a explicar o sucesso destes municípios no enfrentamento à pandemia. Houve ainda casos de municípios que chegaram a contratar profissionais extras apenas para atuarem durante a pandemia.

Com relação aos EPIs, em todos os municípios foram desenvolvidas diversas estratégias de aquisição e distribuição. Os recursos para aquisição variaram entre os casos, embora em todos eles a maior parte do recurso tenha sido municipal. Ainda assim, houve algum repasse de recurso federal (Tanhaçu e Brotas) e estadual (Tanhaçu, Santa Helena e Guanambi). Também houve o caso de Piraí, que adquiriu os EPIs com recursos da assistência social até a chegada dos recursos federais. Em Buriti, os recursos foram provenientes de emendas parlamentares.

A distribuição dos EPIs entre os profissionais de saúde também demonstra a preocupação que as prefeituras tiveram com a linha de frente. Em todos eles havia distribuição semanal ou quinzenal, mas é importante mencionar que garantiram que todos os profissionais atuantes nas UBS ou clínicas tivessem acesso a máscaras, até mesmo agentes comunitários de saúde e outros profissionais que não fazem atendimento direto. O acesso aos demais tipos de EPI (luva, jaleco), variou entre as profissões.

Com relação à testagem, elemento essencial para profissionais de saúde, vimos maiores dificuldades nos casos analisados. Isso porque faltaram (e ainda faltam) testes no Brasil e muitos municípios não chegaram a receber a quantidade suficiente. Assim, em nenhum caso analisado houve testagem periódica regular de todos os profissionais. Em Guanambi, durante um período elas eram quinzenais; em Buriti, iniciou-se da mesma forma, até acabarem os testes e só aplicarem em profissionais com sintomas. A mesma estratégia foi adotada em Brotas e Santa Helena. O caso da testagem mostra a limitação dos municípios no enfrentamento à pandemia mesmo no caso de gestões comprometidas com a questão.

Com relação ao treinamento, também houve variação entre os casos, mas convergência no sentido de garantir a preparação dos profissionais de saúde. Em Tanhaçu, aproveitando a parceria e incentivo do go-

verno do Estado da Bahia, parte dos profissionais foi treinada por curso do governo e depois replicaram o conhecimento para os demais profissionais. Desta forma, todos os profissionais de Tanhaçu foram capacitados sobre como trabalhar na pandemia. O treinamento coletivo e online também aconteceu em Guanambi, com coordenação do gabinete de crise e em Brotas, com materiais do Ministério da Saúde. Santa Helena contratou um curso específico para seus profissionais. Além do treinamento mais oficial, foram várias as experiências de formação direcionada. Em Tanhaçu, por exemplo, os profissionais faziam leitura coletiva das normativas; em Brotas, havia rodas de conversa entre as equipes e a vigilância; em Santa Helena, houve reorganização coletiva do serviço com base também em rodas de conversa.

Além do treinamento, algumas prefeituras se mobilizaram também para disponibilizar informações para os profissionais, como modelos de telessaúde com apoio do governo (Tanhaçu); e central de informações para profissionais tirarem dúvidas (Guanambi e Brotas de Macaúbas).

Por fim, um tema bastante delicado no que diz respeito aos profissionais durante a pandemia é sua saúde mental. Várias pesquisas mostram que estes profissionais estão passando por situações de aumento de estresse e ansiedade, que têm comprometido a saúde mental. Resguardá-los e dar o apoio necessário são condições para que os profissionais possam continuar atuando durante uma pandemia prolongada como esta. Os casos analisados também mostram uma preocupação com esta questão por parte das prefeituras. Em quase todos os municípios foram deslocados profissionais de outros serviços para atender profissionais de saúde. Em Guanambi e Tanhaçu, por exemplo, foram disponibilizados os psicólogos do CAPS; em Buriti, a profissional foi deslocada da assistência social e em Santa Helena e Brotas foi uma profissional do NASF; em Cachoeira do Piraí foram contratados um psicólogo e um psiquiatra para realizarem consultas online. Em Tanhaçu, Buriti e Santa Helena foram constituídas rodas de conversa periódicas entre profissionais para acolhimento.

Estes exemplos mostram como houve um cuidado com os profissionais de saúde não apenas com relação à sua saúde física – via disponibilização de EPI –, mas também cuidado com a saúde mental e com sua capacidade de ação – via treinamento e informações.



Governança

Com relação a como se deu a governança do enfrentamento à pandemia, analisamos 4 elementos: i) como se deu o planejamento e a elaboração de planos de contingência; ii) a existência e formato de gabinetes de crise; iii) o processo de regionalização e a relação com outros municípios e governo estadual; e iv) a existência de parcerias entre secretarias ou órgãos públicos.

Com relação ao processo de planejamento, houve alguma variação entre os casos analisados. A elaboração do plano se deu de diferentes formas. Em Tanhaçu, por exemplo, ele era obrigatório por parte do governo estadual, e foi contratada uma assessoria para ajudar em sua elaboração. Em Brotas e em Santa Helena – esta, que também contou com apoio do governo do estado –, o plano foi elaborado envolvendo diversos profissionais da ponta e coordenado pelo comitê de crise. No caso de Buriti, o plano foi construído pela secretaria com base nas recomendações da OMS.

Em vários lugares houve mudança dos planos ao longo do tempo, como em Guanambi, Tanhaçu, Santa Helena e Cachoeira do Piriá. Em Tanhaçu, o plano original se desdobrou em planos setoriais. E em Brotas, o plano será revisto agora em 2021. As revisões buscaram incorporar novas medidas de enfrentamento à crise e elas mudaram também o escopo de atuação. Enquanto as primeiras versões eram voltadas a conter a entrada da doença no município, as versões mais recentes eram voltadas a se adaptar à doença já instalada.

O Gabinete de Crise apareceu como um instrumento de governança bastante relevante em vários municípios brasileiros. Parte disso é explicado pela disseminação do gabinete como uma solução para coordenação, o que gerou também um processo de isomorfismo e mimetização. Isso também ocorreu nos casos analisados.

Em quase todos os casos, os gabinetes foram construídos logo no início da pandemia e envolviam representantes de diferentes secretarias. Em Tanhaçu, além das secretarias, também participaram do gabinete representantes de igrejas.

Em alguns deles, como Tanhaçu, o próprio prefeito, que é médico, acompanhava as reuniões e coordenava o trabalho. Em outros, a coordenação ficou a cargo do secretário de saúde ou de algum médico alocado como coordenador. A periodicidade dos encontros variou entre os municípios. Em alguns casos,

elas eram diárias, em outros semanais e em outros eram chamadas quando havia casos a serem acompanhados ou resolvidos. Também houve variação no grau de formalidade do gabinete. Enquanto em Tanhaçu, Guanambi, Cachoeira do Piriá e Brotas de Macaúbas os gabinetes foram instalados formalmente, em Buriti e Santa Helena eles aconteciam informalmente, porque, como uma entrevistada afirmou, “a gente não precisava ter gabinete oficial, a gente se encontrava todos os dias para resolver os problemas”.

Os gabinetes também tiveram diferentes funções. No caso de Brotas de Macaúbas, ele era acionado para pensar as políticas e acompanhar casos suspeitos. No caso de Tanhaçu, ele tinha uma função de vigilância e treinamento dos profissionais de saúde. O olhar da vigilância também predominou em Guanambi.

Para além do gabinete de crise, os municípios também estabeleceram outros tipos de ações intersetoriais, envolvendo secretarias diferentes, e ações com outras organizações públicas. Em Tanhaçu, por exemplo, a secretaria de saúde atuou em conjunto com a assistência social para distribuição de cestas básicas para os grupos mais vulneráveis. Guanambi fez uma parceria com universidades para a realização de rastreamento de contatos, testagem e mapeamento de riscos. A aquisição e distribuição de máscaras motivou parcerias em Guanambi e Brotas de Macaúbas. No primeiro caso, os comerciantes ajudaram a adquirir e distribuir máscaras para profissionais de serviços públicos. No segundo caso, a parceria foi com a associação de produtores rurais que, além de distribuírem máscaras para os moradores das áreas rurais, também repassavam informações sobre prevenção e tratamento.

O processo de regionalização e parceria com o governo estadual e municípios variou bastante entre os casos analisados. Em primeiro lugar, porque houve uma variação na forma como os governos estaduais se envolveram com a crise. Nos casos de Tanhaçu e Santa Helena, houve uma participação mais ativa dos governos estaduais (Bahia e Paraíba), que buscaram induzir determinadas ações e construir regionalização de algumas medidas. Nos demais casos, o governo estadual não esteve tão presente, mas alguns municípios fizeram parcerias diretas com outras localidades da região. Foi o caso de Cachoeira do Piriá, que trocava informações com os demais municípios. Em Brotas, foi construída uma rede de WhatsApp entre gestores municipais para trocas de boletins epidemiológicos. A rede de WhatsApp entre ges-



tores também foi utilizada em Buriti. O município se articulou com outros municípios para troca de insumos, aquisição conjunta e gerenciamento para que não faltasse material para ninguém. Buriti também participou ativamente das reuniões do comitê intergestor regional. Já Guanambi teve uma relação diferente com o entorno. Como o município é referência para a região, precisou se articular para que todos adotassem medidas de prevenção e tratamento, resguardando os munícipes de Guanambi.

Atividades Econômicas

As medidas de controle da pandemia de COVID-19 impactaram as diferentes atividades nos municípios brasileiros. As atividades presenciais nas escolas foram suspensas, as atividades culturais (como shows e teatros), canceladas, e as atividades de atendimento ao público por serviços municipais (como os da assistência social) precisaram ser realizadas por meio de novas dinâmicas, para ficarmos em três exemplos mais gerais.

Essa realidade de restrições e novos modos de atuação não poderia ter sido diferente nas atividades econômicas, uma vez que espaços como bares, restaurantes e shoppings são ambientes de alto risco para a contaminação pelo novo coronavírus. Nesse sentido, os municípios que conseguiram conter a propagação de casos de COVID-19 – Brotas de Macaúbas, Santa Helena e Tanhaçu – realizaram o fechamento de atividades econômicas não essenciais, o que não foi bem recebido pelos comerciantes e pela população em geral, uma vez que “as medidas de distanciamento físico necessárias para controlar a transmissão, incluindo quarentenas e a suspensão de atividades não essenciais, têm consequências em termos de perda de empregos e renda” (OPAS, 2020: 3. Tradução nossa)¹.

Desse modo, conforme apontam as entrevistas, as restrições às atividades econômicas geraram atritos com a população e com os proprietários de estabelecimentos comerciais, além da necessidade de adoção de medidas por parte do poder público para lidar com a crise econômica:

“No início, eles [os comerciantes] aderiram de bom grado, porque também es-

tavam assustados. Depois fomos vendo a necessidade de a economia voltar ao normal, porque muitos comerciantes sentiram o peso da pandemia. Pequenos comerciantes tiveram ajuda da prefeitura para que não tivessem prejuízos maiores”.

“[No começo da pandemia], nós saímos fechando tudo, todos os estabelecimentos. E depois a própria população começou a revidar. Os próprios comerciantes começaram a revidar. [...] Pra eles, era complicado deixar de funcionar”.

“Tivemos muitas críticas. Eles [comerciantes] queriam fazer uma manifestação pública. Montaram um grupo de comerciantes, e queriam fazer um manifesto: ‘- vamos todo mundo de carro, pra frente da prefeitura, gritar, soltar fogos, exigindo a reabertura do comércio’. Nós tivemos muita manifestação contra o fechamento dos comércios”.

Neste contexto, foi necessária a reabertura dos estabelecimentos comerciais. Para tanto, os municípios adotaram diferentes protocolos sanitários, como o uso de máscara, a disponibilização de álcool em gel ao público, a limitação do número de pessoas dentro dos estabelecimentos comerciais e a instalação de toldos em alguns estabelecimentos de prestação de serviço para a organização das filas.

Com o sucesso na contenção de novos casos nesses municípios, foi observada uma queda na adoção desses protocolos sanitários pela população, “por um sentimento de ‘já passou’. Mas quando aumenta dois, três casos naquela semana as pessoas ficam mais apreensivas e repetem o isolamento” (entrevistada de Santa Helena). Além disso, os proprietários de estabelecimentos comerciais também...

“[...] não cumprem nada dos decretos. Colocamos como condicionante para a reabertura do comércio que cumprissem algumas condições, mas não o fizeram. Já oficiamos eles, mas não mudam. Os comerciantes que aderiram, o fizeram por consciência, mas não é o caso da maioria. Chegamos a fazer uma linha de orientação, porque achávamos que era falta de entendimento. Aí fomos com a equipe de fiscalização orientar (...). Está havendo penalizações por conta dos des-

¹ECLAC and PAHO Report: Health and the economy: a convergence needed to address COVID-19 and retake the path of sustainable development in Latin America and the Caribbean. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52535/PAHOHSSCOVID-19200027_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y



respeitos às regras”.

“Fica difícil generalizar, né? Porque eu tive uns [comerciantes/empresários] que ajudaram a gente, bastante! Ajudaram [...] orientando sua equipe, orientando seus clientes. Fazendo tudo direitinho, do jeito que a gente tinha passado, todas as normas! Eles cumpriram. Enquanto a gente tinha outros [comerciantes/empresários] que parece que estavam pra badernar, que não estavam nem aí, que achavam que ‘era qualquer coisa’”.

Sendo assim, os municípios mantiveram uma postura vigilante em relação à dinâmica de funcionamento das atividades econômicas, fiscalizando o cumprimento dos protocolos sanitários por parte dos estabelecimentos e dando orientações para que o número de contaminados não aumente.

“A prefeitura continua orientando, passando com carro de som com informativos e a divulgação dos boletins epidemiológicos diariamente”.

Relação com Atores

Essa seção analisa a relação da prefeitura e da secretaria de saúde com outros níveis de governo (estadual e federal) e com outros atores sociais (empresariado e diferentes formas de associações não-governamentais). As ações para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 pressupõem uma forte relação com os atores nos territórios em que as ações serão implementadas. Nesse sentido, processos de convencimento da comunidade, construção de parcerias com lideranças locais e quebra de resistência às medidas adotadas, por exemplo, são centrais para o sucesso do enfrentamento da pandemia. Com isso, compreender as relações com as instituições, os atores políticos e as lideranças locais e regionais é fundamental para analisar o sucesso das ações municipais.

Como apontado na seção anterior, todos os municípios analisados relataram tensões com o empresariado local, que, em geral, após um período inicial de apoio às medidas de restrição, pressionava pela reabertura do comércio. Essas vozes eram conflitantes, com alguns empresários ajudando as prefeituras a informarem e monitorarem a aderência da população, mas com uma pressão perene pela abertura. Nas palavras de um gestor local: “O comércio quer que não tenha COVID e quer que não feche”.

O papel exercido pelo governo federal nos municípios analisados foi bastante similar em todos os casos analisados, focando na liberação de verbas emergenciais (variando bastante em magnitude, de município a município) para o enfrentamento da pandemia e pela doação de alguns insumos essenciais como testes e equipamentos de proteção individual, mas deixando a desejar em termos de liderança e apoio institucional às cidades. Dentro do nosso desenho tripartite do SUS, o município é o ente responsável pela atenção primária e pela vigilância epidemiológica, que deveriam se complementar com a ação estratégica dos estados e do governo federal. Nossa amostra revela que o apoio estratégico do governo federal efetivamente não ocorreu, e o apoio dos estados esteve vigente apenas em alguns casos (em particular, Tanhaçu, Santa Helena e Brotas de Macaúbas).

Este vácuo de liderança estratégica gerou uma dinâmica bem heterogênea de protagonismo de diferentes atores sociais na construção e implementação da resposta à crise: em alguns lugares, esse espaço foi ocupado pelos governos estaduais; em outros, pelo legislativo municipal, que construiu a infraestrutura jurídica para permitir que as administrações municipais exercessem medidas coercivas como a aplicação de multas aos cidadãos que descumprissem o isolamento; e ainda em outros, estruturas mais difusas como a consulta aos municípios vizinhos e a apoiadores regionais. Fato interessante também foi a importância que entidades não-governamentais (em especial, associações rurais e igrejas católicas e evangélicas) tiveram na aderência da população às políticas de isolamento.

Comunicação com Usuários

A utilização de meios de comunicação é uma estratégia importante para disseminar informações sobre a prevenção, para promover a transparência de dados (boletins epidemiológicos), para informar sobre o fluxo e o atendimento dos pacientes, para combater as *fake news* e reforçar o isolamento social, por exemplo.

O principal meio utilizado pelas prefeituras que conseguiram conter os casos foi o WhatsApp, tanto para servir como instrumento de comunicação direta com a população para disseminar informações ou para tirar dúvidas dos usuários, quanto para realizar ações de gestão e enfrentamento da crise, como ações de articulação regional (criação de grupos na plataforma para tomada de decisão conjunta e compartilhamento de informações), mapeamento de conta-



tos e ações de telemedicina (via chamada de vídeo no aplicativo).

“O Disque Saúde que é utilizado para todo mundo que tá em quarentena ou tem dúvidas é um WhatsApp. São 3 funcionários que têm comorbidades e foram deslocadas para essa função (uma do SAMU, uma fisioterapeuta em licença e outra com problema respiratório). Das 08h às 14h é o horário do contato com os rastreados. Aí, depois das 15h, respondem às dúvidas do público. Organizamos assim para acertar com o horário de divulgação do boletim informativo”.

“E os boletins estavam aí diariamente no Facebook, no Instagram, no WhatsApp, que a gente acaba colocando nos stories”.

“Os ACS tiveram um papel muito importante, porque eles tinham grupos de WhatsApp com pessoas que eles visitavam com frequência e um ia passando para o outro [...]. Como é uma cidade pequena, cada Agente de Saúde tem 200 famílias, então eles sempre têm o contato, o WhatsApp de alguém da família. Então foi muito importante para a questão de veicular a informação, disseminar a informação”.

Outra estratégia de comunicação presente em todos os municípios que obtiveram sucesso na contenção de casos foi a utilização de carros de som nas vias públicas da cidade, inclusive como um aprendizado ao longo do tempo:

“Depois a gente foi adequando [o Plano Municipal de Contingência], o carro de som, as rádios. No primeiro Plano isso não estava incluso, aí a gente viu a necessidade de ter um carro de som”.

“A gente tem também carro de som, então passa sempre carro de som. A gente tem também o ‘telão’, que também é passado nas principais ruas pra divulgar alguma coisa, divulgar situações – por exemplo, quando era pra fechar comércio, pra reabrir comércio. Então sempre a gente passava”.

Nesse sentido, apesar da importância de meios digitais (como aplicativos e redes sociais), as estratégias

de comunicação adotadas pelas prefeituras evidenciam a importância de meios mais tradicionais de comunicação (como carros de som e rádios).

Por fim, outra estratégia comum nos municípios foi a criação de estruturas de denúncia por parte da população, em que eram denunciadas situações de aglomeração ou a chegada de pessoas de outras localidades no município, por exemplo. A imagem a seguir foi veiculada em diferentes meios de comunicação (sites e redes sociais) na cidade de Tanhaçu:



Conclusão

Esta Nota Técnica analisou a resposta à COVID em 6 pequenos municípios do Norte e Nordeste que se caracterizam por uma resposta efetiva à COVID-19, seja medida por um baixo número de casos, seja por uma baixa incidência de óbitos. Ainda que uma seleção baseada em casos de sucesso corra o risco de não encontrar um contrafactual válido, a recorrência de certos aspectos exógenos (conjuntura) e endógenos (as estratégias escolhidas por cada município) nos fornecem importantes pistas sobre o que as cidades precisam fazer frente a pandemias de síndromes gripais.

Começando pelos aspectos endógenos, chama a atenção que todos os municípios focaram em estratégias de contenção, isto é, garantir que o município não entre em fase de transmissão comunitária. Dentro deste escopo, a resposta dos municípios caracterizou-se por duas dimensões: primeiro, no nível do desenho das políticas, focar na criação de barreiras sanitárias que fechassem todos os pontos de acesso às cidades, com protocolos claros e inteligíveis a respeito de como a burocracia deveria agir em



cada contingência. Segundo, no nível da implementação, chamam atenção à i) utilização eficiente de todos os recursos físicos e humanos disponíveis, ii) pautada na utilização dos vínculos sociais e comunitários (de maneira geral, no capital social disponível) e no uso de tecnologias de informação e comunicação (sobretudo WhatsApp), para apoiar a identificação e monitoramento de casos suspeitos e contactantes, e a aderência da população às medidas de isolamento social. Para além disso, é fácil observar o caráter criativo e original das políticas adotadas, que indicam um claro predomínio da funcionalidade sobre a forma institucional das políticas que frequentemente desvia de um combate típico ou ideal à pandemia.

Sobre os fatores exógenos, chamam a atenção, primeiro, a difícil relação com o empresariado local, que em todos os casos foi eventualmente capaz de bloquear as medidas de contenção. Segundo, todos os municípios apontaram uma atuação bastante modesta e restrita do governo federal, que na maioria dos casos se restringia ao repasse de recursos. No desenho tripartite onde o Governo Federal tem a prerrogativa e o mandato de apoiar a coordenação da resposta à crise em diversas dimensões, estes pequenos municípios viram-se relegados a resolver seus problemas basicamente sozinhos. Este vácuo de poder foi ocupado de forma bastante heterogênea, como mostra a diversidade de atores que estiveram presentes nos gabinetes de crise e nas demais ações de resposta: em alguns lugares, o legislativo municipal protagonizou a resposta à crise; em outros, apoiadores regionais e a articulação entre prefeitos; e em outros ainda, outras formas de associação religiosas ou agrícolas. No vácuo de poder deixado pelo Ministério, o Ministro da Saúde *de fato* foi o WhatsApp, sustentado pelo forte tecido social encontrado nos pequenos municípios do Brasil.

Agradecimentos

Agradecemos a Giordano Magri, Ana Carolina Nunes, Beatriz Soares e Mariana Costa pela realização de pesquisa de campo, a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento, e aos gestores dos municípios participantes da pesquisa.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Nunes, M., Aguillar, A., Lotta, G., Thami, H. e M. Lago. (2021). Casos de Sucesso: A Resposta de Pequenos Municípios do Norte e Nordeste à Pandemia. *Nota*

Técnica n.19. IEPS: São Paulo.

www.ieps.org.br
+55 11 4550-2556
contato@ieps.org.br