ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 24 **ATUAÇÃO DOS ESTADOS NO COMBATE À PANDEMIA DE COVID-19: UMA NOVA CONSTRUÇÃO FEDERATIVA? REFLEXÕES DESDE A BAHIA**
Autor(es)	Ana Luiza D'Ávila Viana Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza Fabíola Lana Iozzi Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira Roberta Fonseca Sampaio Nanci Nunes Sampaio Salles
DOI	DOI: http://dx.doi.org/10.38116/9786556350509cap24

Título do livro	**E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo**
Organizadores(as)	Pedro Palotti Elaine Cristina Licio Sandra Gomes Catarina Ianni Segatto André Luis Nogueira da Silva
Volume	1
Série	-
Cidade	Rio de Janeiro
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2023
Edição	1a
ISBN	9786556350509
DOI	DOI: http://dx.doi.org/10.38116/9786556350509

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2023

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CAPÍTULO 24

ATUAÇÃO DOS ESTADOS NO COMBATE À PANDEMIA DE COVID-19: UMA NOVA CONSTRUÇÃO FEDERATIVA? REFLEXÕES DESDE A BAHIA

Ana Luiza D'Ávila Viana[1]
Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza[2]
Fabíola Lana Iozzi[3]
Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira[4]
Roberta Fonseca Sampaio[5]
Nanci Nunes Sampaio Salles[6]

1 INTRODUÇÃO

Elaborada por um Congresso eleito logo após o fim do regime militar (1964-1985) que tinha primado pela centralização política, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) estabeleceu diretrizes descentralizadoras, favorecendo, em tese, o protagonismo dos entes subnacionais. Contudo, a permanência de certos mecanismos centralizadores, habilmente manejados pelos chefes do governo federal, permitiu que a descentralização restasse, na prática, muito aquém do proclamado (Arretche, 2020).

Claramente, o desenho federativo é dinâmico e muda de acordo com as injunções políticas. Com o governo federal liderado, a partir de 2019, por uma coalizão política mais afeita à competição do que à cooperação intergovernamental, o Brasil parece estar passando por novas mudanças nas relações entre as esferas de governo. Em razão dessas mudanças, o objetivo deste capítulo é discutir a hipótese de que está em curso no Brasil a construção de um novo desenho federativo, com maior protagonismo das esferas estaduais.

De acordo com essa hipótese, a maior presença estadual é dependente de alguns condicionantes, destacando-se, entre eles, a própria autonomia estadual

1. Professora aposentada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FM/USP); professora visitante do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA); e investigadora do grupo de pesquisa Região e Redes.
2. Pesquisador e diretor do ISC/UFBA.
3. Consultora independente e investigadora do grupo de pesquisa Região e Redes.
4. Professora da Universidade do Estado da Bahia (Uneb); e auditora da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab).
5. Coordenadora-executiva da Assessoria Especial da Casa Civil do governo da Bahia.
6. Secretária-executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Sesab.

na formulação e na implementação de políticas públicas específicas; a liderança política; a capacidade decisória do governo estadual, conformada em longos ciclos de direção governamental; além da própria trajetória da política, aqui a da saúde, e de seu contexto de implementação, no caso, a política de regionalização (Viana e Lima, 2011; Menicucci, 2014).

É importante observar também que o processo de regionalização da política da saúde configura um novo patamar de autonomia estadual, de ascensão de alguns estados ao papel de *policy decision-maker* ou *self-ruler*, com autoridade sobre a formulação de políticas, mais proativo que o papel de *policy-maker* ou *shared-ruler*, com autoridade apenas sobre a execução de políticas (Arretche, 2020). Acrescente-se que, em alguns casos, essa autonomia já se expressava no processo de municipalização da saúde – antes, portanto, da regionalização (Silva, 2020).

Essa mudança de papéis – de *policy-maker* para *policy decision-maker* – no processo de regionalização e no longo ciclo de descentralização se inicia em 2001-2002, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), mas é com o Pacto pela Saúde de 2006 (Viana *et al.*, 2008) que essa mudança ganha contornos mais efetivos, ao definir que o papel dos estados na política de saúde era coordenar junto aos municípios o processo de regionalização e ofertar serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Ademais, o Pacto de 2006 contribuiu para o reforço das instâncias de negociação e pactuação entre estados e municípios, como a CIB, e para a difusão de inovações institucionais, como os consórcios verticais (entre entes federativos de distintas esferas de governo) e horizontais (entre entes federativos da mesma esfera).

Em alguns estados, a trajetória da política de regionalização incentivou ainda a expansão da capacidade física, com a implantação de novos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, em regiões antes desassistidas. Note-se que a gestão desses novos equipamentos de maior densidade tecnológica, frequentemente, ficou a cargo de consórcios ou outros arranjos institucionais.

Se os estados já vinham aumentando seu protagonismo estimulados pela política de regionalização, não há dúvida de que a pandemia acelerou esse processo, dada a ausência de coordenação nacional. Nesse contexto, é importante a chancela do Supremo Tribunal Federal (STF), a qual, provocada pelo governo federal, ratifica a autonomia das esferas subnacionais no que tange ao desenvolvimento das ações de enfrentamento da covid-19.

Para analisar a pertinência da hipótese de que um novo desenho federativo está em construção, inicia-se a discussão, comparando as respostas estaduais à covid-19 em três grupos de estados, formados segundo os índices de baixa, média e alta vulnerabilidade social. A opção foi trabalhar com o

Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), por compreender que ele por si só pode ser um entrave estrutural para o desempenho das Unidades da Federação (UFs) no combate à pandemia.

A comparação mostra que o grupo de maior vulnerabilidade social, composto por estados das regiões Norte e Nordeste do país, teve um desempenho relativamente melhor no combate à pandemia, considerando-se as taxas ajustadas de mortalidade por covid-19 para 2020.

Vale ressaltar que esse grupo de maior vulnerabilidade – que apresentou menor taxa de mortalidade – tem, por um lado, menor proporção de população idosa e de risco, mas, por outro lado, tem menor expansão de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e do número de médicos, no primeiro ano da pandemia. Além disso, esse grupo tinha, em dezembro de 2019, maiores coberturas dos programas Saúde da Família e Bolsa Família. Esse contexto faz supor que outras variáveis – relacionadas à capacidade de governo dos estados – sejam importantes para explicar o melhor desempenho dos estados com maior vulnerabilidade social no que tange à mortalidade por covid-19.

Para aprofundar a discussão dessa hipótese, foi feito um estudo do estado da Bahia, que concentra variáveis que distinguem um processo de regionalização avançado (Lima *et al.*, 2012), tais como o alto grau de estabilidade política na saúde (secretários estaduais de longa permanência), os fóruns específicos de negociação e pactuação intergovernamental – CIB e Comissão Intergestores Regional (CIR) – e a inovação institucional como a dos consórcios intergovernamentais da saúde.

Assim, este capítulo pretende trazer algumas contribuições para o debate em torno da atuação dos estados e da construção de um novo desenho federativo. Para isso, sistematiza reflexões a partir da atuação da Bahia no combate à pandemia de covid-19. A organização deste capítulo se dá em cinco seções, incluindo esta introdução. Na segunda seção, discute-se o modelo federativo que rege a política de saúde e os indícios de seu desmoronamento recente. Em sequência, na seção 3, são caracterizados os grupos homogêneos de vulnerabilidade social e as respostas dos sistemas estaduais de saúde à pandemia (a metodologia utilizada é apresentada no apêndice). Já na quarta seção, faz-se uma análise qualitativa do caso da Bahia, baseada em documentos oficiais e em entrevistas com suas principais autoridades políticas e sanitárias. Por fim, na seção 5, são sistematizadas as lições aprendidas durante o enfrentamento da pandemia, no que concerne às relações intergovernamentais e à possibilidade de se estar construindo um novo desenho federativo no país, com base nessas experiências.

2 O MODELO FEDERATIVO DA POLÍTICA DE SAÚDE E SEUS TENSIONAMENTOS: O PAPEL DOS ESTADOS

A pandemia de covid-19 vem tensionando todo o arcabouço político, fiscal e administrativo do federalismo brasileiro, exigindo respostas amplas do Estado e das políticas de proteção social. As tensões e os dilemas do federalismo estão mais expostos, assim como a importância de seu desenho está ainda mais manifesta (Souza e Fontanelli, 2021).

O desenho federativo trino do Brasil – federal, estadual e municipal – se reflete no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do compartilhamento de várias competências e responsabilidades entre os entes. É esse desenho federativo que possibilita que os entes subnacionais assumam protagonismo em momentos de omissão do governo federal.

A literatura afeita ao tema do federalismo é densa e vem trazendo apontamentos expressivos de que a descoordenação intergovernamental, especialmente a ausência da esfera federal no compartilhamento de ações, não só gerou dificuldades como também afetou diretamente o combate à pandemia de covid-19 no Brasil (Abrucio *et al.*, 2020).

Com o objetivo de contextualizar o modelo federativo que rege a política de saúde brasileira e de apontar alguns dos indícios de seu desmoronamento recente, esta seção caminha, percorrendo, sucintamente, esse intenso movimento de mudanças, com suas confluências e divergências: estrutura o pano de fundo aqui traçado para contextualizar a hipótese deste capítulo acerca da emergência de um novo desenho federativo no Brasil, com o fortalecimento do papel dos estados e de novos arranjos institucionais cooperativos entre entes subnacionais, impulsionado pelo enfrentamento da pandemia de covid-19.

A essência do arranjo federativo é dada pela parceria estabelecida e regulada por meio de um "pacto", representando um tipo particular de divisão de poder, que mantém a integridade das partes e estabelece unidade entre elas (Elazar, 1987). Segundo Affonso (1995), a Federação seria fundamentalmente uma forma de organização territorial do poder, a partir da articulação do poder central com os poderes regional e local. Pode-se, portanto, observar que duas ideias são centrais: a de esferas de poder e a de pacto.

O federalismo reparte o poder político em nome da liberdade e da proteção contra possíveis abusos de um poder central, ampliando a autonomia das instâncias subnacionais (Elazar, 1987). A engenhosidade do modelo encontra-se exatamente na sua capacidade de acomodar competição e cooperação em ambiente de diversidades, com base na tolerância, no respeito e no compromisso. A combinação entre união e autonomia é sua palavra-chave (Burgess, 1993), o que não impede – nem inibe – a ocorrência de disputas entre as partes.

Outro tema de significativa importância são as formas que o modelo assume, sendo mais ou menos descentralizadas. Não há uma receita ou um padrão ótimo de funcionamento. Analisando doze federações pelo mundo (Estados Unidos, Canadá, Suíça, Austrália, Áustria, Alemanha, Índia, Malásia, Bélgica, Espanha, Checoslováquia e Paquistão), Watts (1996) observou que a oscilação temporal entre centralização e descentralização está presente em todas elas, podendo ser considerada inerente ao federalismo. No caso brasileiro, esses períodos estão bem delimitados e analisados por vasta literatura.

O que se pode auferir sobre a história brasileira é que, desde a República Velha, são nítidos os períodos de centralização e descentralização. A última fase de centralização se deu no período militar, fundamentada em três pilares: o financeiro, pela concentração da arrecadação de impostos no Executivo federal; o administrativo, pela uniformização da administração nos três níveis de governo, que passaram a ser guiados pelo planejamento central; e o político, pelo controle das eleições para governadores dos estados (Abrucio, 1998). Mudanças a partir da década de 1980 impactaram profundamente esse cenário. Entre elas, destaca-se a nova Constituição Federal, promulgada em 1988, que buscou promover a conciliação entre políticas públicas nacionais e a autonomia dos entes da Federação (Souza, 2019).

A centralização e a descentralização, contudo, não são modelos estáveis ou definidos de uma vez por todas, como chamam atenção Grin e Nogueira (2021), ao analisar os processos de recentralização, no período entre 1992 e 2019, das duas maiores federações latino-americanas: Brasil e México. Assim, a recentralização pode ocorrer em regimes democráticos e a descentralização não é irreversível.[7] O comportamento dos dois processos é definido por muitas variáveis, incluindo o desenho político e institucional prévio do federalismo e as forças políticas em disputa federativa (*op. cit.*, p. 22).

No caso do Brasil, depois da forte centralização federativa que caracterizou o regime militar (1964-1985), o novo pacto constitucional (1988) definiu um padrão descentralizado de federalismo, com maior autonomia para os entes subnacionais (Abrucio, 1994). Posteriormente, o desenho federativo constitucional foi modificado, na prática, pela atuação deliberada do governo federal, no sentido da centralização, destacando-se a criação das "contribuições sociais", ou seja, um tipo de arrecadação tributária capaz de aumentar as receitas da União sem a necessidade de partilha com os demais entes federativos.

7. O dilema centralização *versus* descentralização não é o único que acompanha o federalismo brasileiro. Em artigo recente, Souza (2019) faz um importante debate acerca de alguns dilemas federativos que aponta como pouco triviais na formulação e implementação de políticas públicas: "cooperação *versus* coordenação; uniformidade *versus* diversidade; autonomia *versus* compartilhamento de autoridade e centralização *versus* descentralização" (Souza, 2019, p. 2).

Assiste-se, então, ao desmonte do desenho federativo descentralizado, embora os estados mantenham a autonomia de implementação das políticas, caracterizando o que Arretche (2012) chamou de federalismo integrado. Nesse desenho, a União concentra poderes de regulação e os estados têm reduzida capacidade de veto às decisões do governo federal. Todavia, para conquistar a adesão dos estados às políticas federais, correntemente a União incorpora na formulação anseios e reivindicações dos entes subnacionais.

Se a recentralização se justifica, em um primeiro momento, em meados da década de 1990, pela necessidade de estabilização macroeconômica, em um segundo momento, a partir de 2003, a razão é o fortalecimento do Estado de bem-estar social com os programas de transferência de renda. Importante ressaltar que as políticas sociais se desenvolvem, principalmente, com a articulação direta entre União, municípios e beneficiários, reduzindo a participação dos estados, que, em sua maioria, não estavam alinhados politicamente com a coalizão política que dirigia o governo federal (Monteiro Neto, 2014).

Nesse contexto, predomina a fragilidade da esfera estadual (Rezende, 2013), com autonomia limitada aos momentos de implantação das políticas. Acrescente-se, ademais, que o exercício dessa autonomia, no caso de oposição às decisões federais, tem um custo elevado, haja vista a perda de acesso a recursos federais, dados como incentivos à adesão às políticas formuladas centralmente.

A fragilidade estadual, comparativamente ao poder da União, não significa irrelevância, contudo. De fato, os estados mantêm papéis significativos na provisão de serviços, incumbindo-se ainda do cofinanciamento e do apoio técnico aos municípios (Licio *et al.*, 2021).

A partir de 2014, com a crise econômica e a ruptura do pacto em prol do Estado de bem-estar, os estados sem recursos passam a ver a União não como um agente de coordenação federativa, mas como um agente de imposição federativa. Ao mesmo tempo, alguns estados, fazendo valer a autonomia que preservam, assim como a liderança política e a capacidade decisória adquiridas em longos ciclos de direção governamental, desenvolveram alto grau de coordenação intergovernamental com os municípios, avançando no fortalecimento de sua própria autonomia diante do governo federal (Silva, 2020).

A emergência da pandemia de covid-19 impactou esse arranjo, impelindo os estados a assumirem maior protagonismo, notadamente em razão da inação e da deliberada fragilização dos mecanismos de coordenação federativa pelo governo federal (Vieira e Servo, 2020). Essa situação foi agravada pelo estilo de condução

governamental do então presidente da República, Bolsonaro, que favoreceu o conflito e o confronto, dificultou a negociação e atuou de modo a tensionar os mecanismos de coordenação governamental das políticas públicas, assim como todo o arcabouço político-institucional da Federação brasileira (Abrucio *et al.*, 2020).

Assim, a pandemia evidenciou uma questão tensa do sistema federal, que é a "competição em torno de quem decide, coordena, implementa e financia as políticas públicas" (Souza e Fontanelli, 2021, p. 135). Essa disputa foi, inclusive, levada ao STF, que rompeu a sua tradição de julgar a favor da União em disputas federativas. Salienta-se que a reafirmação do modelo de cooperação federativa na saúde pelo STF reitera não apenas o princípio federativo, mas também as diretrizes de cooperação e articulação que balizam especialmente o SUS (Bucci, 2021).

Neste contexto, foram os governadores e prefeitos que assumiram a liderança das medidas preventivas e coordenaram as ações de enfrentamento da pandemia. Os gestores subnacionais assumiram as compras de equipamentos no exterior, negociaram a aquisição das vacinas e insumos e criaram comitês científicos de assessoramento a partir dos consórcios interestaduais (Souza e Fontanelli, 2021).

Como registraram Abrucio *et al.* (2020, p. 670), "o Fórum de Governadores e o Consórcio Nordeste fortaleceram a cooperação horizontal e supriram lacunas deixadas pelo governo federal". Os autores sustentam que dois modelos de federalismo passaram a se confrontar no combate à pandemia de covid-19 no Brasil.

> De um lado, o ideário e as estruturas da Constituição de 1988, baseados em características cooperativas e forte coordenação federal. De outro, a concepção bolsonarista de federalismo, norteada por uma visão fortemente centralizadora e hierárquica sobre questões com impacto nacional e dualista em relações intergovernamentais, o que diminui a participação da União na redução de desigualdades territoriais e na ajuda a governos subnacionais (Abrucio *et al.*, 2020, p. 664-665).

Como bem caracterizado por Lima *et al.* (2021), o Brasil atravessou uma crise federativa que se manifesta na implementação de políticas públicas, incluindo a desorganização entre níveis de governo com sobreposição de atribuições e funções e grandes dificuldades de planejamento, execução e integração de ações e serviços.

É necessário considerar, todavia, que tal cenário, agudizado pela pandemia, foi construído ao longo de décadas em que um contexto perverso se estabeleceu: estratégias no processo de descentralização de responsabilidades para os entes municipais, sabidamente impotentes para o estabelecimento de um sistema integrado de serviços; abandono das unidades estaduais federativas; tímidas políticas regionais explícitas; carência de uma abordagem multiescalar no planejamento e na implementação de políticas; escassa aderência e coerência territorial das políticas formuladas; entre tantos outros elementos concorrentes para esse quadro pouco otimista.

A pandemia de covid-19 carrega novos elementos que trazem consigo particularidades conjunturais que, em consonância com os impasses estruturais, desvelam uma Federação em crise aguda. Nesse cenário, a renovação e o fortalecimento de arranjos institucionais cooperativos podem ser um componente significativo para responder – de maneira efetiva e aderente à enorme diversidade do território brasileiro – a essa intensa crise humanitária. Esses arranjos cooperativos podem se consolidar e ampliar seu escopo no contexto pós-pandêmico. Pretende-se colocar luz nessa possibilidade a partir não apenas da discussão do desempenho de grupos de estados, com diferentes índices de vulnerabilidade social, no combate à pandemia, mas também da análise do caso específico do estado da Bahia.

Neste sentido, na próxima seção, apresenta-se o desempenho das UFs no combate à pandemia e evidencia-se a sua correlação com o IVS e com aspectos epidemiológicos e demográficos, de forma a discutir como a autonomia dos entes subnacionais pode ser aferida e contextualizada.

3 GRUPOS HOMOGÊNEOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL E COMPARAÇÃO DAS RESPOSTAS DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE SAÚDE À PANDEMIA

O artigo *Effect of Socioeconomic Inequalities and Vulnerabilities on Health-System Preparedness and Response to Covid-19 in Brazil: a comprehensive analysis*, publicado na revista Lancet, em abril de 2021, traz um importante achado sobre a evolução da covid-19 no Brasil: o IVS explica mais o padrão de disseminação da doença entre as regiões do país que as diferenças nas composições etárias ou nos perfis epidemiológicos. Em outras palavras, os estados com IVS acima da mediana nacional foram os que registraram os maiores números relativos de casos (Rudi *et al.*, 2021).

Curiosamente, contudo, alguns desses estados com maior vulnerabilidade social tiveram números relativos de mortes por covid-19 inferiores à mediana nacional e mesmo às taxas de estados com IVS mais baixos. Não surpreendentemente, esses estados que obtiveram menores taxas de mortalidade foram os que responderam de forma mais eficiente à pandemia, seja com a promulgação ágil de legislação rigorosa de medidas restritivas da circulação de pessoas ou medidas voltadas à promoção de isolamento social, seja com a expansão da capacidade instalada de leitos hospitalares.

Essa experiência parece apontar que a organização e a governança de sistemas de saúde em sistemas descentralizados possibilitam respostas em nível estadual ou municipal que podem ajudar a contrabalançar a falta de iniciativas do governo central. Nesse sentido, fortalecer a capacidade de resposta desses entes subnacionais, introduzindo inovações institucionais que melhorem a comunicação e a troca de experiências, a articulação de ações de saúde e o planejamento integrado

regional, é vital para o bom desempenho dos sistemas de saúde e para a promoção do bem-estar físico, mental e social das populações.

Outro artigo, *A Partisan Pandemic: State government public health policies to combat covid-19 in Brazil*, publicado no BMJ Global Health, em junho de 2021, mostra que os estados brasileiros governados por coalizões de esquerda e centro-esquerda impuseram políticas de intervenções não farmacêuticas (*nonpharmaceutical interventions* – NPIs) mais efetivas, no sentido de precoces no tempo e mais restritivas, do que os demais estados. O artigo identifica dez NPIs que se distinguem em termos de tipo, tempo e rigor para todas as UFs brasileiras (Touchton *et al.*, 2021).

Nosso intuito aqui foi não apenas refazer esses grupos já identificados de maneira diversa nos estudos citados, incluindo novas variáveis no indicador de vulnerabilidade social, mas também ver o comportamento de outros indicadores, como os demográficos e os epidemiológicos (percentual de idosos e da população com fatores de risco à saúde), a resposta dos sistemas de saúde em termos de expansão de leitos de UTI e a provisão de médicos, junto com a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Bolsa Família (PBF), em dezembro de 2019.[8]

Constata-se que são relativamente baixas as diferenças nesses indicadores citados, com exceção da cobertura de ESF e PBF entre os diferentes grupos de vulnerabilidade social, como era de se esperar. Porém, chama atenção que, mesmo assim, o grupo de maior vulnerabilidade social apresenta menores taxas padronizadas para morte por covid-19, durante 2020.

Os grupos neste estudo foram categorizados segundo o grau de vulnerabilidade social – alto, médio ou baixo. O grupo de média vulnerabilidade é formado por apenas três estados, Roraima, Tocantins e Pernambuco, que totalizam menos de 12 milhões de habitantes. O grupo de baixa vulnerabilidade reúne uma população de pouco mais de 135 milhões de habitantes, em dez estados e no Distrito Federal, enquanto o grupo de alta vulnerabilidade é representado por treze estados, com mais de 64 milhões de habitantes, todos eles situados nas regiões Norte e Nordeste, como pode ser visto na tabela 1.

8. Para a definição dos grupos homogêneos de estados em relação à situação de vulnerabilidade social, foram eleitos indicadores agrupados nas seguintes dimensões: desenvolvimento humano; fatores de risco sanitário para a covid-19; vulnerabilidade socioeconômica; capacidade do sistema de saúde; cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS); cobertura de assistência social e mortes por covid-19. O detalhamento dos indicadores e das estratégias metodológicas consta no apêndice.

TABELA 1
Caracterização dos grupos de UFs

Variáveis	Grupo 1 (alta vulnerabilidade social)	Grupo 2 (média vulnerabilidade social)	Grupo 3 (baixa vulnerabilidade social)
Estados que fazem parte	Rondônia	Roraima	Minas Gerais
	Acre	Tocantins	Espírito Santo
	Amazonas	Pernambuco	Rio de Janeiro
	Pará		São Paulo
	Amapá		Paraná
	Maranhão		Santa Catarina
	Piauí		Rio Grande do Sul
	Ceará		Mato Grosso do Sul
	Rio Grande do Norte		Mato Grosso
	Paraíba		Goiás
	Alagoas		Distrito Federal
	Sergipe		
	Bahia		
Total de população (2020)	**64.208.784**	**11.838.050**	**135.708.858**
População de 18 anos ou mais com fatores de risco à saúde (2019) (%)	58,6	59,8	64,5
População com 60 anos ou mais (4º trim./2019) (%)	14,0	15,3	17,3
Incremento no número de leitos de UTI por 100 mil habitantes (dez./2019-dez./2020) (%)	7,9	11,1	11,9
Incremento no número de médicos por 100 mil habitantes (dez./2019-dez./2020) (%)	6,2	6,2	8,7
Cobertura populacional da ESF (dez./2019) (%)	77,4	78,8	57,1
Famílias beneficiárias do PBF (dez./2019) (%)	33,8	32,8	10,5
Média da taxa de mortalidade padronizada de covid-19 por 100 mil habitantes (31 dez. 2020)	96,1	114,4	97,2

Elaboração dos autores.

Comparado aos grupos de média e baixa vulnerabilidade, o grupo de alta vulnerabilidade social se caracteriza ainda por ter uma população mais jovem e com menores proporções de pessoas com fatores de risco à saúde ou doenças

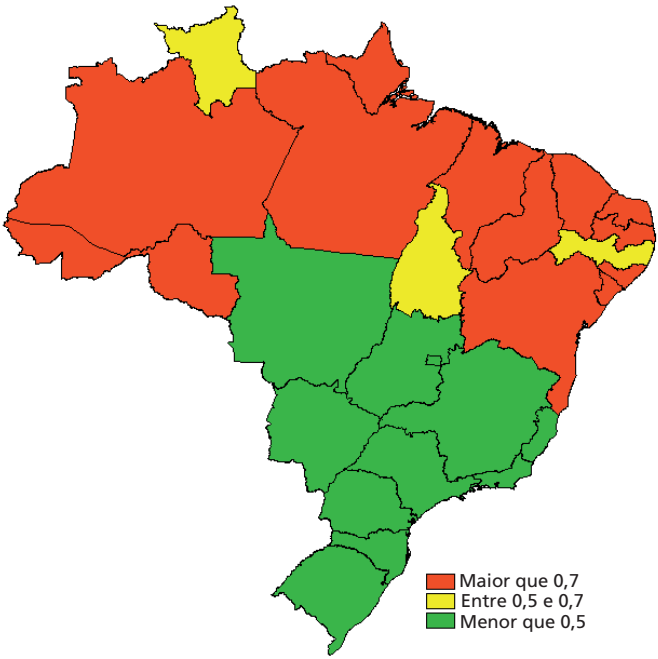
(hipertensão, diabetes, insuficiência renal, doenças pulmonares, obesidade e tabagismo), assim como por ter coberturas mais elevadas da ESF e do PBF.

Em relação à resposta à pandemia, vale salientar que o grupo de baixa vulnerabilidade foi o que mais expandiu o número de leitos hospitalares e o de médicos contratados, embora observe-se expansão em todos os grupos. E o mais interessante a destacar é que a média da taxa de mortalidade padronizada de covid-19 por 100 mil habitantes foi menor no grupo de alta vulnerabilidade social.

A seguir, comenta-se cada um dos indicadores e elucidam-se suas distribuições regionais.

A figura 1 explicita a desigualdade entre as regiões brasileiras, mostrando que o Nordeste e o Norte abrigam os estados de alta vulnerabilidade social – com as exceções de Roraima (Norte), Tocantins (Norte) e Pernambuco (Nordeste), que se caracterizam como de média vulnerabilidade social.

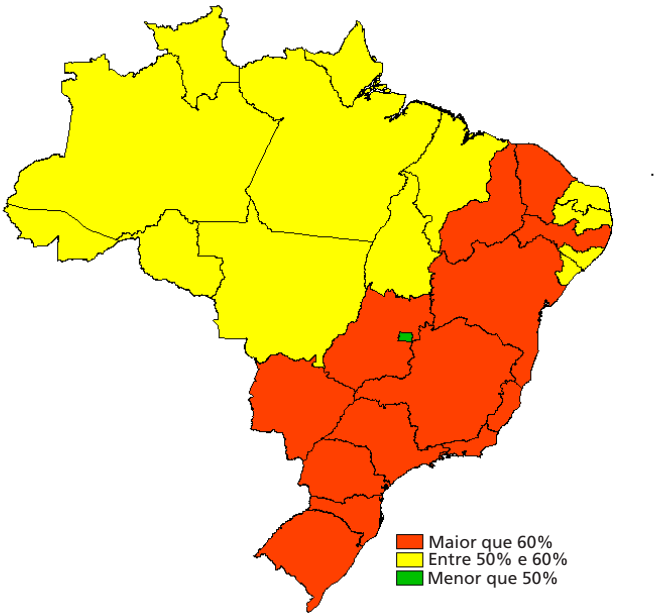
FIGURA 1
Grupos de vulnerabilidade social, segundo UF



Elaboração dos autores.

No tocante à proporção da população de 18 anos ou mais com fatores de risco à saúde ou doenças, a figura 2 exibe uma distribuição distinta daquela da vulnerabilidade social. Neste caso, são os estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste (exceto Distrito Federal) e parte do Nordeste que apresentam as maiores proporções. O Distrito Federal foi a única UF que apresentou proporção abaixo de 50%.

FIGURA 2
Proporção da população de 18 anos ou mais com fatores de risco à saúde, segundo UF (2019)

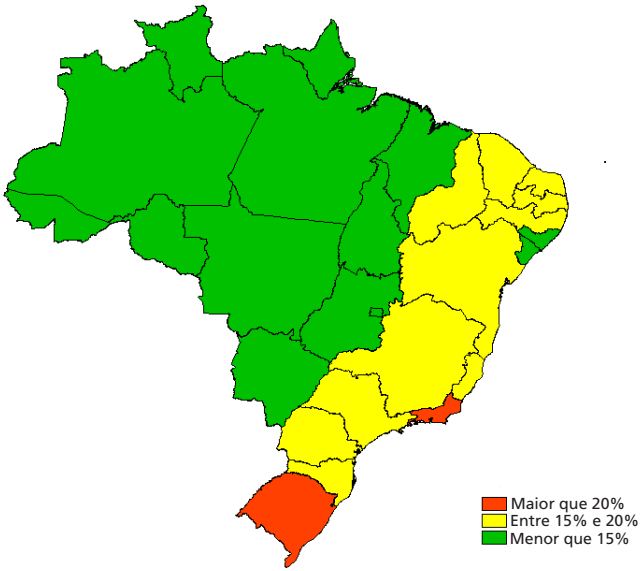


Elaboração dos autores.

Observa-se, na figura 3, que o Rio Grande do Sul e o Rio de Janeiro são os estados que apresentam as maiores proporções de população com idade igual ou superior a 60 anos. Os estados das regiões Norte e Centro-Oeste, Sergipe e Alagoas (ambos da região Nordeste) são os que têm as menores proporções.

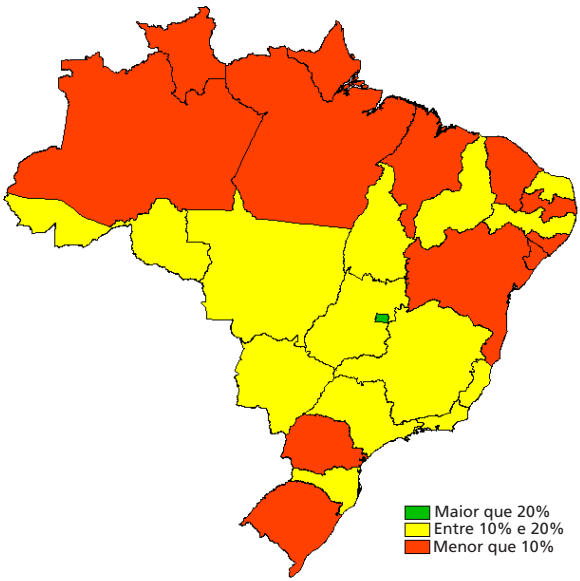
O incremento do número de leitos em UTI por 100 mil habitantes aponta para padrões distintos entre os estados e as regiões brasileiras (figura 4). Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, os estados apresentaram incremento entre 10% e 20% – exceção apenas para o Distrito Federal, que teve um incremento maior que 20%, único entre todas as UFs. No Norte, também se verifica um padrão similar entre os estados, com incrementos menores que 10%, sendo exceção o Acre, que apresentou aumento entre 10% e 20%. Por fim, os estados do Sul e do Nordeste mostram padrões variados de crescimento do número de leitos de UTI.

FIGURA 3
Proporção de população com 60 anos ou mais, segundo UF (4º trim./2019)



Elaboração dos autores.

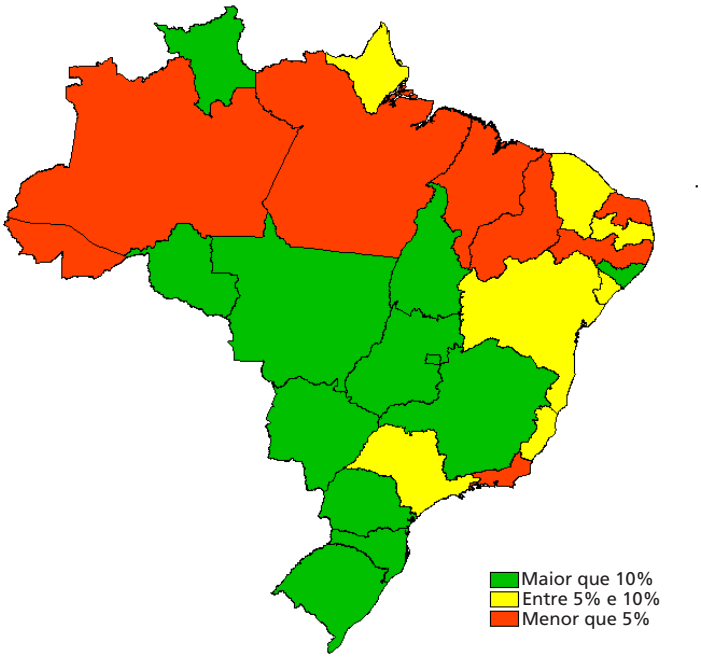
FIGURA 4
Incremento no número de leitos de UTI por 100 mil habitantes, segundo UF (dez./2019-dez./2020)



Elaboração dos autores.

O aumento do número de médicos por 100 mil habitantes, conforme mostra a figura 5, aponta para outro cenário. A região Norte foi a que apresentou o menor incremento, com porcentagem inferior a 5%, com exceção de Roraima, que aumentou em mais de 10% a proporção de médicos por habitante, seguindo o padrão dos estados das regiões Sul e Centro-Oeste e de Minas Gerais e Alagoas. A região Nordeste foi a que apresentou a maior heterogeneidade entre os estados, com Bahia, Sergipe, Paraíba e Ceará tendo aumentos maiores, entre 5% e 10%, e Pernambuco, Rio Grande do Norte, Piauí e Maranhão com aumentos abaixo de 5%.

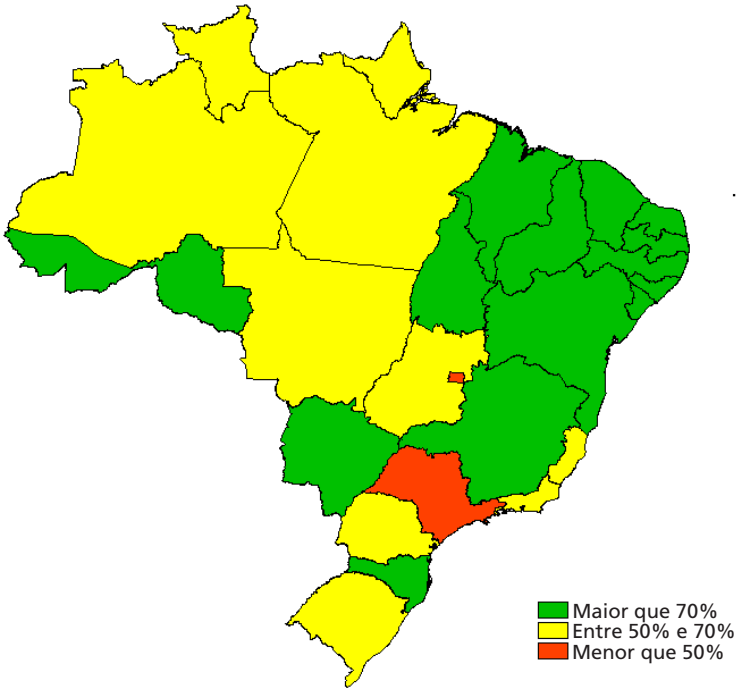
FIGURA 5
Incremento no número de médicos por 100 mil habitantes, segundo UF (dez./2019-dez./2020)



Elaboração dos autores.

Todos os estados da Federação apresentaram cobertura populacional da ESF de 50% ou mais, com exceção de São Paulo e Distrito Federal, cujas coberturas são inferiores a 50%. A região Nordeste é a única em que todos os estados possuem coberturas superiores a 70%.

FIGURA 6
Cobertura populacional da ESF, segundo UF (dez./2019)

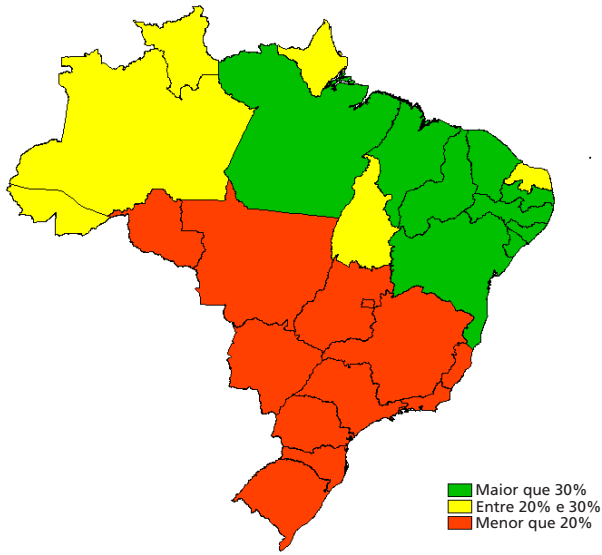


Elaboração dos autores.

A figura 7 exibe a distribuição proporcional de famílias beneficiárias do PBF, mostrando que os maiores percentuais se concentram nos estados do Nordeste e do Norte. Esse achado ratifica a maior vulnerabilidade social dessas UFs.

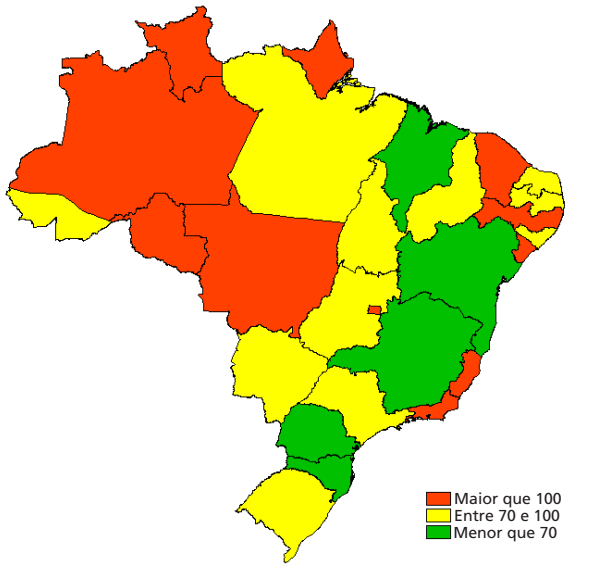
Ao se observar a taxa de mortalidade padronizada de covid-19 por 100 mil habitantes, na figura 8, vê-se um achado muito interessante e destoante dos achados anteriores. Entre as 26 UFs e o Distrito Federal, apenas cinco tiveram taxas menores que 70%, sendo que duas delas se localizam no Nordeste: Bahia e Maranhão, estados que integram o grupo de alta vulnerabilidade social.

FIGURA 7
Famílias beneficiárias do PBF, segundo UF (dez./2019)



Elaboração dos autores.

FIGURA 8
Taxa de mortalidade padronizada de covid-19 por 100 mil habitantes, segundo UF (31 dez./2020)



Elaboração dos autores.

Em síntese, os dados empíricos retratados mostram que, para além das diferenças em termos de vulnerabilidade social, a evolução da pandemia da covid-19 pode ser determinada por um conjunto variado de fatores, que incluem, mas não se limitam a, medidas relacionadas ao sistema de saúde, como a expansão da oferta de leitos de UTI. Claramente, existem outras variáveis de contexto que interferem no processo e podem levar a distintos desfechos.

A fim de compreender melhor esse processo, é discutido, na seção seguinte, o caso da Bahia, estado com alta vulnerabilidade social que adotou medidas precoces e significativas de enfrentamento da pandemia e que vem obtendo resultados melhores que a mediana nacional.

Em contrapartida, esse estado se destaca na construção de uma autonomia decisória no processo de regionalização e em ter implantado, antes mesmo da pandemia, uma série de ações específicas na saúde, justamente no percurso da implementação da regionalização/descentralização da saúde no estado, o que possivelmente o colocou em posição de vantagem em relação a outros estados quando da emergência da crise sanitária provocada pela pandemia da covid-19.

4 O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NA BAHIA

A resposta do governo da Bahia à pandemia de covid-19 envolveu a implementação de mecanismos próprios de coordenação federativa e de um rol de ações intergovernamentais, com vistas a responder às demandas sanitárias e sociais decorrentes dessa emergência de saúde pública.

As ações estatais de organização e ampliação da rede pública de atenção à saúde, utilizando como base o planejamento regional (diversidades regionais, desigualdades de oferta, multiplicidade de agentes), conformaram-se como um dos condicionantes que auxiliam a compreender o caso da Bahia.

Desse modo, para o desenvolvimento dessa análise, utilizaram-se como referência o processo de descentralização e regionalização na Bahia, as ações intergovernamentais implementadas e a percepção dos gestores acerca do enfrentamento da pandemia no estado.

4.1 A descentralização e a regionalização da saúde na Bahia antes da pandemia

Como apontam Molesini e Mattos (2016), com base em pesquisa documental, prevalece na Bahia, ao longo da história, a perspectiva da desconcentração das ações de saúde, entendida como a transferência de atribuições administrativas para níveis hierárquicos inferiores dentro de uma mesma organização, sem delegação do poder de decisão quanto à definição de objetivos e estratégias

organizacionais no escalão superior. Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017), por sua vez, registram a persistência da lógica político-partidária na distribuição de cargos dirigentes regionais como obstáculo à efetiva regionalização.

Essa lógica político-partidária é, de certo modo, rompida em 2014, com a extinção das 31 Diretorias Regionais de Saúde (Dires) e a criação dos nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS).

Embora identifiquem nos NRS a continuidade pela descentralização sob a forma de desconcentração, Molesini e Mattos (2016) veem uma possibilidade de avanço na constituição de redes regionais de atenção à saúde com o fortalecimento da governança regional, pelo fato de os coordenadores dos NRS serem membros das CIRs, o que não era o caso dos diretores das Dires. Consideram ainda mais importante a decisão de o governo implantar consórcios interfederativos de saúde, estimulando a cooperação entre o estado e os municípios baianos.

De fato, o governo da Bahia iniciou, em 2015, a implantação de consórcios de saúde, criados pela Lei Estadual nº 13.374/2015. Os consórcios têm como objetivo principal a gestão compartilhada de Policlínicas Regionais de Saúde (PRS), visando preencher os "vazios assistenciais" no território baiano, sobretudo na atenção especializada. Ressalte-se que a experiência exitosa do Ceará foi a grande influência para a elaboração do projeto baiano.

A construção e o equipamento das PRS são de responsabilidade do governo estadual, ao passo que o custeio é rateado entre o estado (40%) e os municípios consorciados (60%). As cotas de participação dos municípios, por sua vez, são proporcionais ao número de habitantes de cada um.

Atualmente, a Bahia conta com 23 consórcios públicos interfederativos de saúde e 21 PRS, que são unidades especializadas de atendimento médico (com especialidades definidas com base no perfil epidemiológico da população da região) e de apoio diagnóstico, além da oferta de pequenos procedimentos, como vasectomia.

Para além de tal iniciativa, a implantação de novas unidades hospitalares de referência macrorregional, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e unidades de atendimento especializado adensou a capacidade instalada da rede pública estadual. Vê-se que, também na Bahia, houve aumento significativo, nas últimas décadas, da participação estadual na prestação de cuidados em saúde (Segatto e Béland, 2021).

No âmbito da CIB, observa-se um padrão de relação intergovernamental fluido, transitando entre cooperação e competição, com interações mais ou menos fortes, condicionadas em parte pelo teor do conteúdo a ser negociado e pactuado. Sabidamente, temas relacionados a recursos financeiros e implantação de novos serviços favorecem processos mais tensos e conflituosos.

A alta estabilidade política, alcançada pela permanência, desde 2007, do mesmo partido político no comando do Executivo estadual; a manutenção do mesmo secretário de saúde estadual nos períodos 2007-2013 e 2015-2021; e a disponibilidade de recursos financeiros para realizar investimentos e a ampliação dos espaços de pactuação intergovernamental são outros fatores que acabam por propiciar a construção de confiança – base para superar as barreiras e os dilemas da cooperação intergovernamental tão importante para a regionalização da saúde.

Por fim, merece destaque o fato de o estado, um dos mais pobres do país em termos de produto interno bruto (PIB) *per capita*, ter sido dos que mais investiram em saúde em 2020, ano marcado pela crise social e sanitária associada à covid-19. De acordo com o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), a Bahia aplicou R$ 7 bilhões[9] em serviços e ações de saúde em 2020 – atrás apenas de São Paulo e Minas Gerais –, dos quais quase R$ 700 milhões[10] foram em investimentos novos.

4.2 Ações na pandemia: reforço da cooperação intergovernamental

A emergência de saúde pública de abrangência global ocasionada pela pandemia da covid-19 conclamou agentes públicos e a sociedade civil a engendrar esforços voltados ao combate dos efeitos deletérios dessa doença. Na Bahia, o primeiro caso foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, contudo, um mês antes, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), por meio da Diretoria de Vigilância Epidemiológica e do Laboratório Central, emitiu a Nota Técnica Conjunta nº 01/2020, que estabelecia critérios de definição de casos, notificação, procedimentos para coleta e envio de amostras de casos suspeitos de coronavírus (2019-nCoV).

Com o avanço da doença, em março de 2020, o governo estadual publica o Decreto nº 19.529/2020, que trata de medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do SARS-CoV2 e institui o Centro de Operações de Emergência (COE) do novo coronavírus (Portaria Estadual nº 067/2020).

Para apoiar as atividades do COE, bem como pensar em estratégias voltadas à organização do sistema de saúde estadual, foi formado um grupo de trabalho (GT) bipartite, composto por dirigentes e técnicos da Sesab e por representantes do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems/BA). Formou-se também um GT para discutir a operacionalização da rede, o registro de casos e a regulação do acesso, com estabelecimento de fluxos de pacientes, recursos e informações.

9. Disponível em: <https://bit.ly/3j30tnq>.
10. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/valoresinformados.php?S=1&UF=->.

A primeira ação do GT foi a elaboração do plano de contingência (PC) para o enfrentamento da pandemia da covid-19, em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e o Conselho Estadual de Saúde (CES). O PC teve como premissas a capacidade instalada da Rede de Atenção à Saúde e o desenho regional para definir a configuração dos pontos de atenção aos casos suspeitos ou confirmados de covid-19 e a configuração dos fluxos assistenciais.

O PC trouxe como objetivos específicos: i) coordenar as ações de vigilância em saúde; ii) apoiar tecnicamente os municípios na qualificação da APS; iii) ampliar e qualificar o acesso da população às ações e aos serviços da atenção especializada e hospitalar, conforme os cenários epidemiológicos; iv) garantir acesso aos serviços de saúde de forma equânime, integral e qualificada, por meio de processos regulatórios; v) desenvolver estratégias e mecanismos de cooperação entre as esferas de gestão; vi) estabelecer estratégias de comunicação e informação em saúde; e vii) fortalecer a organização e a infraestrutura do SUS da Bahia.[11]

Em suma, o PC definiu como eixos para o enfrentamento da pandemia e garantia da resposta: a vigilância em saúde; a atenção primária; a atenção especializada hospitalar; a regulação da atenção à saúde; a cooperação federativa; a comunicação e a informação em saúde; e, finalmente, a organização e a infraestrutura do SUS. Essa estrutura é semelhante à dos PCs de outros estados e Distrito Federal (Peres *et al.*, 2021).

Após a aprovação do PC nas instâncias deliberativas (CIB e CES), definiu-se a alocação de recursos baseada em critérios populacionais e no desenho da rede. A CIB e as CIRs pactuam também a estratégia de acompanhamento da situação epidemiológica e os mecanismos de regulação do acesso a serviços de saúde, garantindo o transporte e a transferência dos usuários entre unidades municipais e estaduais. Além disso, determinam o plano de manejo de óbitos por covid-19 e, posteriormente, o plano de vacinação contra a covid-19 no estado da Bahia.

Vale acrescentar que, paralelamente às ações de coordenação com os municípios, o governo da Bahia se mostra bastante ativo nas articulações do Fórum de Governadores do Brasil e, especialmente, do Fórum de Governadores do Nordeste. Ambos os fóruns ganham proeminência diante da inação do governo federal no que concerne ao enfrentamento da pandemia.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o recurso a espaços colegiados de discussão e de tomada de decisão, em distintas escalas, permitiu fortalecer a capacidade do governo e aumentar a governabilidade da situação, por meio do reforço da cooperação intergovernamental entre os estados da Federação, em particular os da região Nordeste, e entre o estado e os municípios baianos.

11. Disponível em: <https://bit.ly/3BFabD1>.

4.2.1 Ações de expansão da capacidade instalada de serviços de saúde

Em janeiro de 2020, o SUS da Bahia dispunha de 6.874 leitos clínicos e 755 leitos de UTI para adultos, com grande variação regional na proporção de leitos por habitante. Com o início da pandemia, foram abertos novos leitos e, sobretudo, parte significativa dos leitos existentes é reservada para o atendimento a casos de covid-19. Assim, em maio, 405 leitos clínicos e 275 leitos de UTI para adultos estavam destinados a pacientes de covid-19 em 24 unidades hospitalares da capital e do interior, de acordo com informações da diretora de atenção especializada da Sesab. Diante da previsível progressão dos casos novos de covid-19, a expansão do número de leitos se mostrava incontornável.

Em setembro, a desaceleração da taxa de incidência de covid-19 com consequente queda das taxas de ocupação hospitalar permitiu a desmobilização de muitos leitos destinados a pacientes com covid-19. No entanto, em dezembro de 2020, novo crescimento do número de casos levou à retomada da mobilização de leitos. Desta forma, entre dezembro de 2020 e abril de 2021, ampliou-se em 79% o número de leitos clínicos e de UTI, que chegaram ao total de 3.150.

Vale salientar, contudo, que a taxa de ocupação hospitalar relativa a casos de covid-19 manteve-se abaixo dos 88% no estado em todo o período analisado. Neste sentido, a Bahia não assistiu em nenhum momento ao colapso do seu sistema de saúde, como visto em outros estados. Para isso, foi fundamental, além da expansão do número de leitos, o fato de todos os leitos estarem sob controle da Central Estadual de Regulação. Ademais, foram importantes o reforço do transporte aéreo e a articulação com as equipes municipais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192).

Em suma, o governo do estado se antecipou ao aumento da incidência de casos de covid-19: expandiu leitos, integrou a rede hospitalar e articulou o sistema de regulação de modo a evitar o colapso total do sistema.

4.2.2 Ações intersetoriais de enfrentamento da pandemia

Cabe destacar que a resposta estadual agregou, para além daquelas relacionadas ao sistema de saúde, medidas em outras áreas envolvendo diferentes setores da administração pública e da sociedade civil. Tais medidas foram agrupadas em oito áreas, conforme a seguir descrito.

Pactuação federativa

As ações são organizadas em torno do Fórum de Governadores do Brasil e do Fórum de Governadores do Nordeste. No caso do primeiro, a ação mais relevante se refere à defesa da autonomia dos estados, inclusive com recurso ao STF, quando ameaçada por atos do governo federal. No caso do segundo, destaca-se a

constituição do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio Nordeste),[12] ainda em maio de 2019, que se torna bastante ativo com o desencadear da pandemia. De fato, o Consórcio Nordeste toma iniciativas muito relevantes, como a formação do Comitê Científico assessor; a compra conjunta de equipamentos e de vacinas (esta, finalmente, viabilizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa); a definição de medidas preventivas e protetivas, como a restrição da circulação de pessoas; além do pagamento de auxílio financeiro a pessoas em situação de vulnerabilidade.

A necessária pactuação das ações entre os entes responsáveis pela gestão do sistema de saúde contribuiu para a maior eficiência das ações implementadas, além de produzir uma ação solidária. Para isso, foram realizadas diversas reuniões entre o governo do estado – coordenadas pelo governador, com a participação de gestores e técnicos da saúde e de representantes de outras secretarias do governo estadual – e a União dos Prefeitos da Bahia (UPB), o Cosems, o CES e os presidentes dos consórcios intergovernamentais de saúde. As reuniões realizadas de forma regionalizada permitiram a produção e a implementação de medidas restritivas e sanitárias, bem como o apoio à organização de redes de serviços e ações de saúde mais próximas da realidade de cada região de saúde.

Com o intuito de organizar os protocolos para a retomada econômica, foi publicada – a partir de um decreto estadual – a organização de um GT interinstitucional, coordenado pela Secretaria de Planejamento e da Casa Civil e composto pelas demais secretarias e órgãos do governo do estado, bem como pelas federações da indústria, do comércio e da agricultura e pelas centrais sindicais existentes na Bahia. O objetivo desse grupo consistia no desenvolvimento de protocolos que serviram de base para que todos os municípios pudessem estabelecer critérios semelhantes.

Assistência social e acolhimento

Diversas ações foram desenvolvidas. A iniciativa emergencial foi a distribuição de cestas básicas, máscaras e álcool em gel para a proteção contra o vírus em comunidades em situação de vulnerabilidade social, em parceria com empresas e instituições internacionais. Essas ações envolveram todas as secretarias da área social da gestão e as voluntárias sociais. Aquelas relacionadas à transferência de renda envolveram o pagamento de auxílio excepcional e temporário para profissionais de saúde afastados que atuam em setores ou unidades da rede pública de saúde voltados ao tratamento da covid-19 (uma parcela correspondente à diferença entre o valor integral da remuneração, do salário ou da contraprestação mensal e o

12. O Consórcio Nordeste é uma autarquia instituída pela congregação dos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe.

benefício previdenciário a que tenha direito em razão do afastamento, limitada ao valor máximo de R$ 30 mil).

Ainda na área social, outra ação foi o pagamento de auxílio financeiro (valor de R$ 500) para pessoas infectadas com o vírus e com sintomas leves que aceitassem ser hospedadas nos centros de acolhimento organizados em Salvador, Itabuna e Ilhéus. Os centros são indicados para pessoas em situação de vulnerabilidade social e são realizados atendimentos multiprofissionais e se oferece alimentação.

Gestão territorial

As ações foram direcionadas para a implementação de medidas restritivas (suspensão de transporte intermunicipal, fechamento do comércio e de serviços não essenciais em determinados horários, toque de recolher para impedimento de circulação de pessoas, suspensão de venda de bebidas alcoólicas e de eventos públicos e privados, suspensão de aulas presenciais na rede pública e privada). O marco de tais medidas está na publicação do Decreto nº 19.529/2020. Os demais instrumentos legais que propunham alteração/flexibilização foram propostos sob critérios técnicos e científicos, negociados em reuniões da alta gestão com prefeituras, federações e sindicatos. Todas as ações estabelecidas foram adequadas às características loco-regionais.

Educação

Três leis de autoria do Executivo estadual foram sancionadas.

- Bolsa Presença: pagamento no valor de R$ 150 para alunos de famílias nas faixas de pobreza e extrema pobreza – foram beneficiados 292.987 alunos matriculados na rede estadual de ensino, cadastrados no Cadastro Único (CadÚnico).
- Vale-alimentação estudantil: crédito de R$ 55 para reforçar a alimentação dos alunos da rede estadual de ensino – foram beneficiados todos os alunos regularmente matriculados na rede estadual, com prioridade para a compra de gêneros alimentícios.
- Bolsa de monitoria Mais Estudo: pagamento de bolsa no valor de R$ 100 para os estudantes que forem selecionados para monitoria de língua portuguesa, matemática e educação científica na educação básica, contribuindo para a aprendizagem dos colegas durante o ano letivo 2020/2021.

Gestão financeira e administrativa

Destacaram-se a instituição do trabalho remoto dos servidores públicos estaduais não envolvidos em ações de áreas essenciais classificadas como prioritárias; o

serviço de testagem e acompanhamento dos casos positivados pela junta médica; a prorrogação da cobrança do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), que seria recolhido de 60 mil empresas varejistas de setores e municípios atingidos por medidas restritivas; a prorrogação por dois anos do pagamento do Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotor (IPVA) para proprietários de veículos voltados ao transporte escolar, ao turismo e às autoescolas; e a suspensão por três meses do pagamento de contas de água e esgoto (860 mil pessoas beneficiadas).

Fomento à inovação e à pesquisa

Evidencia-se a prorrogação de bolsas de estudo científico de mestrado e doutorado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) por três meses e apresenta-se o lançamento de editais de inovação tecnológica, ciências e qualificação durante 2020 e 2021. Ademais, foi criada a plataforma eletrônica gratuita Fique no Lar, que conecta pequenos negócios e consumidores – com adesão em todos os 417 municípios – para a realização de compras com entrega em domicílio e em parceria com o Instituto Federal do Ceará. Foi também ampliado o atendimento da delegacia digital da Polícia Civil para casos de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e idosos, casos de intolerância religiosa, racismo, homofobia, ataque via redes sociais, além de casos de roubos, ameaças e furtos. Especificamente para o combate à covid-19, foram criadas duas plataformas digitais: o Tele Coronavírus 155, para prestar orientações sobre a doença (participam dessa iniciativa a UFBA, a Escola Baiana de Medicina, as quatro universidades estaduais e a Fundação Oswaldo Cruz da Bahia), e o Monitora Covid-19, que possibilita atendimento remoto e acompanhamento dos casos (parceria com o Consórcio Nordeste).

Incentivo ao trabalho e combate ao desemprego

Foi implantado o programa Conectar – Qualificação e Trabalho, que abre 6 mil vagas para cursos gratuitos. Os selecionados têm direito a uma bolsa mensal de R$ 120 durante os dois meses de duração do curso. Implanta-se também o programa Educar para Trabalhar, que oferta 200 mil vagas em 44 cursos gratuitos de qualificação profissional à distância na rede estadual de ensino. Ademais, são continuadas as obras públicas, priorizando-se a contratação de residentes no estado, e se desenvolvem ações junto aos municípios para a adequação das feiras livres e dos mercados municipais às normas sanitárias. Lança-se ainda um edital emergencial para beneficiar a cadeia produtiva da agricultura familiar.

Outra medida relevante se refere à implementação da Lei Aldir Blanc de Emergência Cultural, com a destinação de R$ 99 milhões para lançamento de editais e apoio emergencial a profissionais da cultura.

Transparência, comunicação e controle social

Incluíram o aprimoramento do Portal de Transparência da Bahia, com a criação de um painel de *business intelligence* que permite o acesso completo a dados sobre as contratações emergenciais relacionadas ao combate à pandemia de covid-19. Houve também a sanção de uma lei contra *fake news* e a realização de campanhas de comunicação de massa para reforçar as medidas preventivas, como uso de máscara e distanciamento social.

Enfim, o governo agiu em diferentes frentes, de modo a conter ou retardar o avanço da pandemia e a mitigar seus efeitos sanitários e sociais, o que, certamente, explica o alcance de resultados relativamente melhores que a média nacional.

4.3 A percepção dos atores-chave entrevistados

Até o dia 23 de outubro de 2021, a Bahia tinha registrado 1.242.821 casos confirmados e 27.017 óbitos por covid-19, ocupando o sexto lugar em casos confirmados e em óbitos no país.[13] A fim de compreender melhor o caso desse estado e obter subsídios para uma reflexão sobre a evolução do padrão de relações federativas, realizaram-se, em junho de 2021, entrevistas com governantes e gestores públicos baianos, a saber: o governador do estado, o secretário estadual de saúde, a superintendente de vigilância em saúde, a diretora da atenção especializada, o vice-presidente da UPB e o secretário-executivo do Consórcio Nordeste.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro com questões que versavam sobre as iniciativas estaduais para o enfrentamento da pandemia, incluindo a capacidade do sistema estadual de responder à emergência de saúde pública, os mecanismos de financiamento e os impactos da organização das ações de enfrentamento sobre o pacto federativo brasileiro.

No tocante à capacidade estadual, o primeiro aspecto destacado pelos informantes foi a adoção de critérios técnico-científicos para orientar as ações de combate à pandemia. As recomendações do Comitê Científico do Consórcio Nordeste foram particularmente importantes nesse cenário.

> Como medidas de destaque, pontuo a estruturação do Comitê Científico, o fórum de governadores, a instituição de grupo permanente de saúde, com secretários e técnicos, para discussão de instrutivos, para elaboração de planos de enfrentamento dos estados do Nordeste (informação verbal).[14]

13. Segundo dados da Central Integrada de Comando e Controle da Secretaria de Estado de Saúde da Bahia (SES/BA) e do Monitora Covid-19, disponíveis em: <https://bi.saude.ba.gov.br/transparencia/> e <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 7 nov. 2021.

14. Fala do governador da Bahia, Rui Costa dos Santos, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom do governo do estado, em 2021.

Outros aspectos destacados estão descritos a seguir.

1) Adoção de medidas de restrição de movimentação e aglomeração de pessoas, o que incluiu barreiras sanitárias com medição de temperatura; fechamento de fronteiras municipais e aeroportos; suspensão de transporte intermunicipal; fechamento de serviços não essenciais; suspensão de eventos; e toque de recolher.
2) Realização de campanhas de informação com orientações sobre medidas de prevenção.
3) Reorganização e ampliação das ações de vigilância epidemiológica, incluindo a implantação da testagem de casos suspeitos (RT-PCR) nas UPAs e a ampliação da capacidade instalada do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen).
4) Expansão da rede assistencial – leitos clínicos e de UTI, UPA, centros especializados em covid-19 – e adequação do sistema de regulação.
5) Organização do COE e elaboração do PC.
6) Desenvolvimento de ações no campo social e econômico.
7) Articulação do Fórum de Governadores, instalação da câmara técnica do Consórcio Nordeste e estreitamento das relações entre órgãos estaduais e prefeituras.

Desde logo, vale registrar a consistência desse rol de ações, sabendo-se que a conjunção de medidas preventivas e assistenciais na área da saúde, como iniciativas de apoio social e liderança política, é a melhor forma de enfrentamento da covid-19 (Aquino *et al.*, 2020; Campos, 2020).

Avaliando o impacto dessas medidas, pouco mais de um ano após sua adoção, os entrevistados consideraram que a precocidade das medidas restritivas de circulação de pessoas, incluindo a suspensão do transporte intermunicipal, contribuiu muito para o retardo na progressão da epidemia e evitou que o pico do número de casos ocorresse simultaneamente nas diferentes regiões do estado.

> Segundo, houve antecipação dos fatos, atuação integrada entre estado e municípios, com o convite do governador aos prefeitos para a discussão de algumas medidas, como fechamento de fronteiras municipais e aeroportos. E o terceiro ponto foi a melhoria da estrutura assistencial do estado, a criação de novos leitos, a parceria com hospitais, a criação de hospitais de campanha, gripários (informação verbal).[15]

15. Fala do vice-presidente da UPB, José Henrique Tigre, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom da CIB/Sesab, em 2021.

No tocante às ações de vigilância, destacaram-se a ampliação do funcionamento do Lacen para realização de análise molecular de detecção do vírus (RT-PCR); a implantação do Centro de Testagem de Covid-19, com acompanhamento da junta médica para todos os servidores estaduais; e o estabelecimento de parcerias com empresas chinesas e americanas para a realização de teste de vacina contra a covid-19 na Bahia.

> Quanto ao Lacen, a superintendência da vigilância foi muito atenta e preparada para lidar com questões da pandemia. A governança interfederativa, junto com o Cosems, a questão do governador e do secretário se aproximando dos municípios, bem como o Cosems estar articulado... isso contribuiu para uma mitigação importante. A Suvisa [Superintendência de Vigilância em Saúde], com toda *expertise* da diretoria de vigilância epidemiológica, faz toda a parte de monitoramento de óbitos, casos, positividade dos exames que chegam ao Lacen. Isso porque, às vezes, chegam poucas amostras com um elevado percentual de positividade, indicador esse que sinalizava para piora do quadro e necessidade de ampliação de leitos nas regiões, monitoramento das campanhas, execução dos planos de vacinação (informação verbal).[16]

Os gestores mencionaram também a expansão da rede assistencial. Destacaram, por um lado, o aumento do número de leitos em cerca de 300%, ao longo de 2020, chegando a 1.160 leitos clínicos e a 867 leitos de UTI para adultos, além da implantação de UPAs exclusivas para casos suspeitos de covid-19. Por outro lado, acrescentaram a importância de investimentos em infraestrutura anteriores à pandemia, que permitiram a inauguração de vários estabelecimentos de saúde, incluindo dezesseis hospitais nos últimos dezesseis anos.

Não houve limitação de esforços financeiros do governo do estado (informação verbal).[17]

> Terceiro, o fato de a Sesab ter uma rede assistencial hospitalar estruturada contribuiu para não levar o estado ao caos na assistência e para apoio em decisões rápidas, pelo fato de a gestão direta das unidades estar sob a responsabilidade da Sesab de forma regionalizada, e paralelamente foram buscando outros prestadores e contratualizando para ampliação da rede. (...) acredita que houve um aumento importante, pois, mesmo sendo rede própria, representou um custo na aquisição de insumos e equipamentos e trabalhadores, e nos contratados mais ainda. A Sesab fez, logo no início, a apresentação ao CES dos recursos para o enfrentamento da pandemia; a gestão ficou com o Fesba [Fundo Estadual de Saúde da Bahia] e a chefia do gabinete. E, muito transparente, a PGE [Procuradoria-Geral do Estado] contribuiu muito. Algumas questões novas, situação de emergência que não precisaria passar pelos ritos da Lei nº 8.633, a centralização dos recursos em

16. Fala da diretora da DAE da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais) da Sesab, Maria Alcina Romero Boullosa, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom do ISC/UFBA, em 2021.

17. Fala do secretário de saúde do estado da Bahia, Fábio Vilas-Boas, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom da CIB/Sesab, em 2021.

> um único programa... E dali todos saindo para os pagamentos devidos. Isso fez a diferença, pois contribuiu no controle. Agora, na questão da prestação de contas do recurso de fonte federal para a prestação de contas, para a CPI [Comissão Parlamentar de Inquérito] facilitou (informação verbal).[18]

Os gestores relataram ainda o desenvolvimento de ações no campo social e econômico, incluindo a distribuição de cestas básicas, o pagamento de auxílio financeiro, o adiamento da cobrança de impostos e a suspensão da cobrança de contas residenciais de água e esgoto.

> Ações de assistência social e auxílio financeiro... recurso do *kit* escolar... Fizeram a junção alguns meses (sessenta dias) e a aquisição de produtos da agricultura familiar para apoio na aquisição de cesta básica para famílias. Parceria com as secretarias de ação social e disponibilização para os pais dos alunos das escolas, de modo a minimizar o sofrimento dessas famílias (informação verbal).[19]

Foi ressaltado o papel do COE, que coordena as ações de prevenção, proteção, vigilância e controle de riscos e agravos, bem como define fluxos e processos de trabalho em saúde pública. De acordo com os informantes, todas as ações foram acompanhadas e avaliadas de modo contínuo pelo COE, tendo sido fundamental esse monitoramento para subsidiar a tomada de decisão.

Além dessas medidas de caráter técnico-sanitário, foi muito enfatizada a dimensão político-gerencial do enfrentamento da pandemia. Nesse aspecto, todos salientaram o processo colaborativo de tomada de decisão e de implementação das medidas, seja entre o governo do estado da Bahia e as prefeituras baianas, seja entre os governadores do Nordeste.

De fato, as falas dos gestores indicaram que o Executivo estadual fomentou a construção de relações colaborativas e solidárias entre o governo da Bahia e as prefeituras baianas. Evidenciaram também a implicação, no processo de tomada de decisão, de atores importantes como a UPB e o Cosems/BA. Esse padrão colaborativo se repetiu nos fóruns deliberativos da área da saúde (CIB, CIR e CES), tendo sido decisivo para os resultados alcançados.

> A relação com os municípios se fortaleceu, não só pela Sesab, mas pelo governador, com reuniões com todos os prefeitos duas, três vezes. As estruturas estaduais, a CIB, as estruturas regionais, os consórcios foram importantes. Os consórcios foram importantes porque criaram uma identidade regional, com vencimento entre os municípios (informação verbal).[20]

18. Fala da diretora da DAE/Sais/Sesab, Maria Alcina Romero Boullosa, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom do ISC/UFBA, em 2021.

19. Fala do vice-presidente da UPB, José Henrique Tigre, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom da CIB/Sesab, em 2021.

20. Fala do secretário de saúde do estado da Bahia, Fábio Vilas-Boas, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom da CIB/Sesab, em 2021.

Mais especificamente, os entrevistados destacaram que a liderança do governador da Bahia manteve canais abertos de diálogo e negociação com todos os demais atores. Acrescentaram que foram organizados GTs setoriais e territoriais nos diversos setores de governo e em diferentes regiões.

> As ações eram construídas entre o governador, os prefeitos, o presidente de consórcio, a CIB, a CIR, os secretários de saúde de estado e os municípios, os profissionais de saúde (informação verbal).[21]

No caso do Consórcio Nordeste, a colaboração também foi marcante. No que concerne às ações de combate à pandemia, destacam-se a criação do Comitê Executivo e a realização de compras conjuntas pelos governos estaduais. O consórcio, criado em 2019, favorece a interação entre os nove estados nordestinos, com vistas ao desenvolvimento sustentável da região. É, ao mesmo tempo, uma ferramenta de gestão e um espaço de articulação de pactos de governança que se mostrou ativo e efetivo durante a pandemia.

> O consórcio nasceu como cooperação entre os estados. A pandemia deu uma oportunidade de exercitar o que já se sabia, a cooperação interfederativa. Foi vivenciada na prática a cooperação, sendo positiva para quem se beneficiou diretamente e para quem cooperou. O consórcio mobilizou chefes de Estado, *staff* poderoso, a União Europeia marcou reunião para receber governadores. Empresas vieram para fazer parceria de gás. A cooperação é um elemento forte no consórcio. A autonomia é outro conceito forte (...). A harmonia do Consórcio Nordeste começa a contagiar os outros, e de espectro totalmente diferente. Alguns estados estão querendo integrar o Consórcio Nordeste, de outras regiões (informação verbal).[22]

Outra questão relevante discutida durante as entrevistas foi quanto aos mecanismos de financiamento das ações de enfrentamento da pandemia na Bahia. Nesse ponto, os entrevistados foram taxativos: as diversas iniciativas foram financiadas, principalmente, com recursos do Tesouro estadual. Foi unânime a avaliação de que o aporte financeiro do governo federal foi limitado, sendo os recursos federais utilizados, em geral, para custeio de leitos hospitalares.

> A redução dos gastos públicos seis anos antes levou o estado a uma economia de R$ 7 bilhões – possibilitou o investimento, a política de investimento na saúde regionalizada, e a infraestrutura preexistente favoreceu a organização da Rede de Atenção para o enfrentamento à pandemia. Segundo estado em investimento público. Na área social: R$ 800 milhões com a aquisição de cesta básica por transferência de renda aos estudantes pelo estado, (...) R$ 300 mil por família, com

21. Fala do vice-presidente da UPB, José Henrique Tigre, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom da CIB/Sesab, em 2021.

22. Fala do secretário-executivo do Consórcio Nordeste, Carlos Gabas, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom do ISC/UFBA, em 2021.

> a bolsa permanência, (...) diluição do ICMS em cidades em que o comércio foi fechado por conta das restrições (informação verbal).[23]

Os gestores municipais, por sua vez, sinalizaram a situação difícil que enfrentam em decorrência do aumento de preços, no contexto da pandemia, de material médico-hospitalar, incluindo equipamentos de proteção individual, gases medicinais e medicamentos. Adicionaram que o comprometimento do orçamento municipal com as despesas de saúde está inviabilizando a implementação de outras ações de responsabilidade do governo local.

> Alguns municípios ficaram engessados com o gasto de 23% a 24% do recurso do Tesouro municipal – eles mantêm as ações de saúde, mas não conseguem manter outras ações municipais, como a ação e a limpeza pública. Preocupação com o retorno ao normal por conta do colapso financeiro das prefeituras, pois o recurso ordinário para as ações básicas tem sido direcionado para a saúde. A vulnerabilidade social é muito grande (informação verbal).[24]

A situação descrita pelos representantes municipais coincide com os achados de Massuda e Tasca (2021), que mostram a redução relativa das transferências federais, agravada em razão das políticas de austeridade fiscal, bem como pelo progressivo aumento do percentual do recurso próprio investido pelos municípios em saúde.

De todo modo, se a limitação do financiamento federal, por um lado, tornou mais difícil a situação, não foi, por outro lado, um entrave absoluto para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde por conta do investimento do estado e dos municípios. Assim, o maior aporte de recursos de origem estadual e municipal contrabalançou a diminuição relativa do gasto federal, fato registrado não apenas na Bahia (Fernandes e Pereira, 2020; Lima *et al.*, 2021). Contudo, em médio prazo, a persistência de tal cenário pode inviabilizar não só as ações de enfrentamento da pandemia como o funcionamento de todo o SUS.

A atuação do governo federal foi bastante discutida pelos entrevistados. O governador, por exemplo, contou que a oposição do presidente da República às medidas de distanciamento social levou alguns prefeitos a não adotarem as medidas recomendadas pelo governo da Bahia, com base no argumento de que o governo federal as considerava desnecessárias ou prejudiciais.

A falta de coordenação nacional dificultou também a aquisição de equipamentos e insumos, conforme salientado pelo secretário estadual da saúde.

---

23. Fala do governador da Bahia, Rui Costa dos Santos, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom do governo do estado, em 2021.

24. Fala do vice-presidente da UPB, José Henrique Tigre, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom da CIB/Sesab, em 2021.

> Cofinanciamento da União adequado, repasses para habilitação de leitos para uso livre, mas em 2021 tem sido frustrante. Estamos limitados a financiamento de leitos de UTI, não há repasse para outros fins (informação verbal).[25]

Se, no caso das compras, foi a inação que atrapalhou, outras vezes, foi a ação do governo federal que criou dificuldades. Um exemplo emblemático pode ser visto na ação judicial movida pela Anvisa para impedir a instalação de barreira sanitária no aeroporto internacional de Salvador pelo governo do estado. Vale ressaltar que tal ação ocorreu em um cenário de ausência de qualquer iniciativa por parte da Anvisa.

> Ausência de ação do governo federal e Anvisa e dificuldade nas ações de vigilância na área de portos e aeroportos, culminando com liminar proibindo a atuação do governo estadual nesses espaços até a decisão do STF a favor dos estados (informação verbal).[26]

O conjunto dessas entrevistas permite concluir que foram essenciais para a resposta baiana: i) o fato de a pandemia ocupar o topo da agenda da alta direção estadual; ii) o respeito às recomendações técnico-científicas; iii) a constituição do COE e o monitoramento da evolução da pandemia, fornecendo subsídios para a tomada de decisão; iv) a existência de investimento prévio e a expansão recente da infraestrutura de saúde; v) a articulação de medidas sanitárias de prevenção e assistência com ações no campo social e econômico; e vi) o fortalecimento dos fóruns de negociação e pactuação entre o estado e os municípios e entre os governadores do Nordeste, por meio do Consórcio Nordeste.

O caso da Bahia, relatado pelos gestores entrevistados, corrobora a constatação de diferentes analistas (Abrucio *et al.*, 2020; Chioro, 2021) de que a resposta brasileira à pandemia tem sido marcada pela insuficiência e pela descoordenação do governo federal, que não se limitou apenas a não ocupar tal lugar, mas atuou de maneira a desrespeitar o pacto federativo.

Mais importante, contudo, é que a experiência de enfrentamento da covid-19 na Bahia demonstra que o ente federado estadual teve a capacidade de responder à emergência de saúde pública, mesmo na ausência de coordenação nacional – ou, pior, mesmo diante da intervenção desestabilizadora do governo federal.

A principal lição desta experiência é, portanto, que o estado pode assumir maior protagonismo na implantação de políticas públicas, sendo importante para isso desenvolver mecanismos de coordenação horizontal, entre estados, e vertical, entre o estado e seus municípios.

---

25. Fala do secretário de saúde do estado da Bahia, Fábio Vilas-Boas, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom da CIB/Sesab, em 2021.

26. Fala do governador da Bahia, Rui Costa dos Santos, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom do governo do estado, em 2021.

Com efeito, diversos entrevistados destacaram que a postura do Executivo estadual, buscando a coordenação intergovernamental, de modo cooperativo e solidário, tem sido fundamental para que a evolução da pandemia na Bahia não seja pior, não sofra o colapso do sistema de serviços de saúde.

> A coordenação estadual funcionou demais, e a credibilidade que os municípios deram ao governo do estado foi muito importante. A maioria dos prefeitos fizeram com que os decretos valessem a partir da coordenação do governo do estado, de fechar as fronteiras, restringir a circulação do transporte intermunicipal e permitir a organização do sistema para que ele funcionasse. E muitos questionaram o porquê dessas ações. Foi para ganhar tempo para a organização do sistema, e o estado fez as coisas acontecerem. O *lockdown* permitiu à Bahia dar um *upgrade* na estruturação das UTIs, com êxito na resposta e melhorando a assistência (informação verbal).[27]

Outra lição relevante se atém ao potencial dos consórcios intergovernamentais. O Consórcio Nordeste, por meio de troca de experiências, articulação, criação de câmaras técnicas – com destaque para o Comitê Científico e para as compras conjuntas –, demonstra, com clareza, a possibilidade de desenvolver processos inovadores no que concerne ao associativismo territorial.

Assim, a experiência da Bahia reforça a conclusão de autores como Caleman *et al*. (2021) e Peres *et al*. (2021) de que as secretarias estaduais de saúde desempenharam papel crucial no enfrentamento da pandemia. Mais do que nunca, as secretarias de saúde do estado merecem ser valorizadas para tornar o SUS mais efetivo, eficiente e igualitário. Certamente, o maior protagonismo dos estados, no contexto da pandemia, é consequência direta da falta de coordenação pelo governo federal e, mais que isso, dos conflitos entre o presidente da República e os governadores, que chegaram a exigir a arbitragem do STF, ao final, favorável aos estados.

Neste sentido, vale ainda acrescentar que as lideranças políticas do governo da Bahia e do consórcio percebem, com clareza, as mudanças em curso nas relações federativas.

> Atualmente, há centralização excessiva na União. A autonomia de estados e municípios é muito restrita. Por exemplo, o estado não pode criar um porto ou aeroporto sem autorização da União. Outro exemplo: fizemos acordos para implantar fábricas de prótese na Bahia, mas as empresas desistiram, dadas as exigências da Anvisa. São exemplos que mostram que tem que ser repensado o papel da União, tem que aumentar a autonomia de estados e municípios. As bases estão lançadas para o novo federalismo, mas vai depender das eleições (informação verbal).[28]

27. Fala do vice-presidente da UPB, José Henrique Tigre, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom da CIB/Sesab, em 2021.

28. Fala do governador da Bahia, Rui Costa dos Santos, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom do governo do estado, em 2021.

> Sem dúvida, a experiência do Consórcio Nordeste, uma experiência prática, concreta, vai exigir a rediscussão do pacto federativo. Havia já o Consórcio Brasil Central, mas não saiu do papel. Depois foi criado o Consórcio da Amazônia Legal, que funciona bem. (...) O sucesso da prática de cooperação vai garantir sua continuidade. Está sendo boa para todos os estados. A população está se beneficiando. Um governador sozinho não é atendido por ninguém fora do país, mas um conjunto de nove governadores é recebido em alto nível (informação verbal).[29]

Como perceberam Abrucio *et al*. (2020), o protagonismo dos estados na condução política e sanitária do enfrentamento à pandemia e o fortalecimento de modalidades de governança colaborativa, como o Consórcio Nordeste e o Fórum de Governadores, estão sinalizando a emergência de um novo modelo federativo no Brasil.

5 UM NOVO DESENHO FEDERATIVO EM CONSTRUÇÃO?

Os achados, sucintamente sistematizados neste capítulo, corroboram as análises anteriores que apontam que as diferenças entre os estados em termos de vulnerabilidade social não foram determinantes no enfrentamento da evolução da pandemia de covid-19.

A análise das medidas adotadas pelo governo da Bahia demonstra que as ações na área da saúde, como a inserção ativa no processo de regionalização e a construção de um novo parque de equipamentos regionalmente distribuídos, colocou o estado em uma posição privilegiada no que concerne à coordenação intergovernamental e ao desenvolvimento de ações de prevenção e assistência relativas à covid-19.

As medidas não farmacológicas de prevenção e controle, o conjunto articulado de ações de saúde (ampliação, reforma e readequação de equipamentos ambulatoriais e hospitalares) e as diversas medidas intersetoriais, assim como o acionamento dos mecanismos de pactuação federativa, configuram um papel determinante para respostas mais efetivas de combate à pandemia.

Essa atuação é particularmente relevante em um cenário de aguda omissão por parte do governo federal de seu papel de coordenação, que seria essencial no atual quadro de profunda crise sanitária e social e consequente aprofundamento das desigualdades. Contudo, essa "descoordenação intergovernamental" (Abrucio *et al.*, 2020) gerou movimentos políticos dos estados, tanto de aproximação entre si – particularmente entre os estados da região Nordeste – quanto de aproximação aos municípios, no sentido de ampliar a capacidade de resposta no enfrentamento da pandemia da covid-19, fortalecendo arranjos cooperativos horizontais.

29. Fala do secretário-executivo do Consórcio Nordeste, Carlos Gabas, em entrevista cedida por gravação na plataforma Zoom do ISC/UFBA, em 2021.

No caso da Bahia, os elementos trazidos aqui apontam que o contexto da pandemia propiciou a experimentação de mecanismos de cooperação intergovernamental com diálogo permanente entre os gestores dos estados nordestinos e entre o gestor estadual da Bahia e os gestores dos municípios baianos para a adoção de medidas mais efetivas de enfrentamento da pandemia de covid-19. Portanto, pode-se aventar que, a despeito da descoordenação intergovernamental do Executivo federal, ou justamente por isso, a Bahia, assim como outros estados, tem adotado mecanismos diversos para exercer a necessária cooperação para o combate da pandemia.

Nesse aspecto, Silva (2020) identifica um conjunto de fatores explicativos para a cooperação intergovernamental, sendo eles: i) fatores ambientais; ii) fatores interativos; e iii) fatores individuais/organizativos.

No escopo dos determinantes ambientais, o evento de ocorrência imprevista, como a pandemia de covid-19, pode ser compreendido como um determinante para a gestão colaborativa intergovernamental.

No que concerne aos fatores interativos, a implantação do Consórcio Nordeste é uma experiência exitosa de gestão colaborativa, viabilizada pela articulação dos governos dos estados nordestinos, que tornou possível potentes interações no contexto subnacional, capazes de se desdobrar em novos arranjos federativos.

Por fim, em relação aos fatores individuais/organizativos, a liderança do governador da Bahia, que chamou ao seu gabinete a coordenação do enfrentamento da pandemia, envolvendo todo o aparato estadual na execução das ações setoriais e intersetoriais, foi fundamental para o alcance dos resultados positivos.

Nessa conjuntura, é digna de nota a organização do Consórcio Nordeste, experiência – até aqui exitosa – de gestão colaborativa, viabilizada pela articulação dos governos dos estados nordestinos. Tal experiência tem possibilitado interações potentes no contexto subnacional que podem se desdobrar em novos arranjos institucionais e impulsionar a renovação do desenho federativo brasileiro a partir de outras escalas e estruturas.

Essas experiências indicam que o momento atual se configura como um terreno fértil para a inovação e a experimentação no campo das políticas públicas, especialmente no que tange às relações federativas. A autonomia de que os governos subnacionais dispõem possibilitou um protagonismo dos estados (muitas vezes com forte interação com os governos municipais) na pandemia, *vis-à-vis* o governo federal.

Acredita-se que toda essa movimentação esteja rompendo com o modelo de federalismo na saúde até então presente, bem como propiciando o surgimento de renovadas modalidades de colaboração intergovernamental, com alianças

verticais (entre estados e municípios) e horizontais (entre os municípios de um estado e entre estados de uma região ou regiões), numa ação sinérgica, envolvendo os poderes Legislativo e Executivo, assim como diversas áreas da administração pública. A movimentação conforma também outros modos de atuação, por meio de novos tipos e arranjos de parcerias ou do reforço de tipos e arranjos previamente existentes, envolvendo atores estatais e não estatais.

Vale acrescentar que a atuação destacada do Consórcio Nordeste está estabelecendo um novo tipo de diplomacia no Brasil, ao colocar governadores como compradores de vacinas no mercado mundial (único caso no mundo até agora), além de recorrentes compradores de insumos e equipamentos para área da saúde, consubstanciando o que se poderia denominar de uma chancelaria (consorciada) estadual.

Como sustenta Matheus Alencastro em entrevista recente,[30] vivencia-se um momento forte de regionalização da política externa, fato que é anterior à pandemia, mas que se agudiza com ela. Essa regionalização se dá com instrumentos de inovação e com a maximização do investimento, acontecendo em regiões específicas por conta do novo tipo de intervenção e de comércio gerado pela pandemia. Para o autor, o Consórcio Nordeste resgatou o multilateralismo na política externa brasileira, abandonada justamente pela atual gestão diplomática federal.

A distribuição de poder colocada pelo atual modelo federativo está sendo alterada em decorrência de um desequilíbrio profundo entre as ações e as intervenções dos estados e municípios e do nível federal na pandemia, tanto no plano interno quanto no internacional.

Provavelmente, o período pós-pandemia contribuirá para a emergência de renovadas relações federativas. Essa conjectura se explica pela experiência acumulada em tempos pandêmicos, pois é de se supor que diversos entes federativos muito dificilmente voltarão ao patamar de atuação de tipo mais subordinado e dependente, como foi aquele anterior a 2020.

Por fim, assume-se que os achados aqui sistematizados não são capazes de explicar a totalidade do fenômeno em questão – a construção de um novo desenho federativo no Brasil. Contudo, modestamente, estes achados são colocados dentro do conjunto das contribuições recentes e de suas inúmeras abordagens empíricas, teóricas e disciplinares. Muitos têm se debruçado sobre essa hipótese e seguramente devem prosseguir desdobrando-se em novos estudos e renovadas argumentações, que busquem testar o pressuposto de que crises da magnitude da gerada pela pandemia de covid-19 possam fomentar a implementação de novas formas de cooperação governamental.

30. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xyRxFC1A5IU&t=10s>.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. Os barões da Federação. **Revista Lua Nova**, n. 33, p. 165-183, 1994.

_____. **Os barões da Federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec; Departamento de Ciências Políticas/USP, 1998.

ABRUCIO, F. L. *et al*. Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**. v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/bpdbc9zSGCKZK55L3ChjVqJ/?lang=pt>.

AFFONSO, R. B. A. A Federação no Brasil: impasses e perspectivas. *In*: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). **A federação em perspectiva**: ensaios selecionados. São Paulo: Fundap, 1995.

AQUINO, E. M. L. *et al*. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2423-2446/pt/>.

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

_____. Estados federativos e unitários: uma dicotomia que pouco revela. **Revista de Sociologia e Política**, v. 28, n. 74, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/ZfRcVksWwdnRjkB6LNVFbqG/>.

BUCCI, M. P. D. As competências federativas no sistema de saúde brasileiro em face das decisões do STF durante a pandemia de Covid-19. *In*: SANTOS, A. O. S.; LOPES, L. T. (Org.). **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 126-143. (Coleção Covid-19, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>.

BURGESS, M. Federalism and Federation: a reappraisal. *In*: BURGESS, M.; GAGNON, A.-G. (Org.). **Comparative federalism and Federation**: competing traditions and future directions. Toronto: University of Toronto Press, 1993. p. 3-14.

CALEMAN, G. *et al*. O planejamento estratégico situacional em tempos de crise. *In*: SANTOS, A. O. S.; LOPES, L. T. (Org.). **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. (Coleção Covid-19, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/sQgGPbjSPqPSqYnsZxWvxwf/?lang=pt>.

CHIORO, A. Decisões de gestão: organização da atenção hospitalar em rede na pandemia de covid-19. *In*: SANTOS, A. O. S.; LOPES, L. T. (Org.). **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. (Coleção Covid-19, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>.

ELAZAR, D. J. **Exploring federalism**. Tuscaloosa: University of Alabama, 1987.

FERNANDES, G.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à covid-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595-613, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>.

GRIN, J. E.; NOGUEIRA, I. Walking backwards? Recentralization in Latin American federations: the cases of Brazil and Mexico. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON PUBLIC POLICY, 5., 2021, Barcelona. **Proceedings**… [s.l.]: [s.n.], 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3VWEuN1>.

LICIO, E. C. *et al*. **O que fazem – ou deveriam fazer – os governos estaduais na gestão das políticas sociais**. Brasília: Ipea, 2021. (Texto para Discussão, n. 2695). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/210923_td_2695.pdf>.

LIMA, L. D. de *et al*. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FyqLwWmbv8WQs8BPW8scpTt/abstract/?lang=pt>.

LIMA, L. D. de *et al*. **Covid-19 e coordenação de políticas de saúde no Estado federativo brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. (Saúde Amanhã – Texto para Discussão, n. 65). Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/06/PJSSaudeAmanha_Texto0065_v04-1.pdf>.

MASSUDA, A.; TASCA, R. A resposta dos sistemas de saúde à covid-19: breve análise sobre o SUS. *In*: SANTOS, A. O. S.; LOPES, L. T. (Org.). **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 78-95. (Coleção Covid-19, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>.

MENICUCCI, T. M. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/abstract/?lang=pt>.

MOLESINI, J. A. O.; MATTOS, H. N. R. Regionalização do Sistema Único de Saúde da Bahia. **Bahia Análise e Dados**, v. 26, n. 2, p. 287-307, 2016. Disponível em: <https://www.sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/aed/baed_saude_web.pdf>.

MONTEIRO NETO, A. Federalismo sem pactuação: governos estaduais na antessala da federação. *In*: _____ (Org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro**: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília: Ipea, 2014. p. 291-324. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3184/1/livro_governos_estaduais.pdf>.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVERNEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>.

PERES, L. V. C *et al*. Compatibilidade dos planos – estadual e de contingência – no cenário da pandemia da covid-19. *In*: SANTOS, A. O. S.; LOPES, L. T. (Org.). **Principais elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. (Coleção Covid-19, v. 1). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>.

REZENDE, F. A crise do federalismo brasileiro: evidências, causas e consequências. *In*: _____. (Org.). **O federalismo brasileiro em seu labirinto**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013. cap. 2.

RUDI, R. *et al*. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to covid-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 6, p. e782-e792, 2021.

SEGATTO, C. I.; BÉLAND, D. Federalism and decision making in health care: the influence of subnational governments in Brazil. **Policy Studies**, 2021. DOI: <10.1080/01442872.2019.1634187>.

SILVA, A. L. N. **Os estados importam**! Determinantes da cooperação subnacional nas políticas de educação e saúde do Brasil. 2020. Tese (Doutorado) – Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2020.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, suplemento 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/45DWPg6xBf99zWHR57q4hcK/?lang=pt>.

SOUZA, C. M.; FONTANELLI, F. Antídotos institucionais do federalismo brasileiro: a covid-19 mudou a dinâmica federativa? *In*: AVRITZER, L.; KERCHIE, F.; MARONA, M. (Org.). **Governo Bolsonaro**: retrocesso democrático e degradação política. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 135-150.

TOUCHTON, M. *et al*. A partisan pandemic: state government public health policies to combat covid-19 in Brazil. **Journal**: BMJ Global Health, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3QuFpmo>.

VIANA, A. L. A. *et al*. Novas perspectivas para regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. de. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. *In*: _____. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 11-26.

VIEIRA, F. S.; SERVO, L. M. S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 100-113, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/44SVpkjDHB6QcR5x4NtTNwf/?lang=pt>.

WATTS, R. **Executive federalism**: a comparative analysis. Ontario: Institute of Queen´s University Intergovernmental Kingston, 1996.

APÊNDICE

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA A DEFINIÇÃO DE GRUPOS HOMOGÊNEOS DE ESTADOS QUANTO À SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Inicialmente, elegeu-se um conjunto de indicadores, relacionados a distintas áreas, descritos no quadro A.1.

QUADRO A.1
Indicadores utilizados segundo dimensão e fonte de dados

Dimensão	Indicador	Fonte
Desenvolvimento humano	IDH 2010.	Atlas do Desenvolvimento Humano 2013
	IDHM 2010 – dimensão educação.	
	IDHM 2010 – dimensão renda.	
Fatores de risco sanitário para a covid-19	Proporção da população de 18 anos ou mais com fatores de risco à saúde (2019) – considera, entre o total de pessoas com 18 anos ou mais, aquelas com hipertensão, diabetes, insuficiência renal, doenças pulmonares (como enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica), aquelas com obesidade (índice de massa corporal ≥ 30 kg/m²) ou aquelas com hábito de fumar passado ou atual.	PNS 2019
	Proporção de população com 60 anos ou mais (4º trim./2019).	
Vulnerabilidade socioeconômica	Proporção de trabalhadores informais no total de ocupados (4º trim./2019) – foram classificados como trabalhadores informais aqueles que não contribuíam para a previdência nas seguintes posições ocupacionais: assalariados do setor privado sem carteira assinada, trabalhadores domésticos sem carteira assinada, conta própria e trabalhadores familiares auxiliares.	PNAD Contínua (4º trim./2019)
	Proporção de domicílios com vulnerabilidade habitacional (2019) – apresenta os domicílios cujas condições físicas e ambientais podem aumentar a vulnerabilidade à covid-19. Foram considerados vulneráveis os domicílios que apresentavam ao menos uma das seguintes características: i) material que predomina na construção das paredes externas (alvenaria sem revestimento, taipa sem revestimento, madeira aparelhada, madeira aproveitada ou outro material que não fosse alvenaria com revestimento/taipa com revestimento); ii) material que predomina na cobertura (madeira apropriada para construção, zinco, alumínio, chapa metálica ou outro material que não fosse telha sem laje de concreto, telha com laje de concreto ou somente laje de concreto); iii) densidade de moradores por dormitório superior a dois; iv) não tem acesso à rede geral de distribuição de água; v) não tem rede geral/pluvial de esgoto ou fossa séptica; e vi) não tem coleta de lixo.	PNAD Contínua Anual (primeira visita – 2019)
Capacidade do sistema de saúde	Incremento no número de leitos de UTI por 100 mil habitantes (dez./2019-dez./2020).	CNES (dez./2019 e dez./2020) e estimativas populacionais do IBGE (2019 e 2020)
	Incremento no número de médicos por 100 mil habitantes (dez./2019-dez./2020).	

(Continua)

(Continuação)

Dimensão	Indicador	Fonte
Cobertura de APS	Percentual de cobertura populacional da ESF (dez./2019).	e-Gestor Atenção Básica (dez./2019)
	Percentual de cobertura populacional por agente comunitário de saúde (dez./2019).	
Cobertura de assistência social	Percentual de famílias beneficiárias do PBF (dez./2019).	Matriz de Informação Social (dez./2019) e estimativas populacionais do IBGE (2019)
Mortes por covid-19	Taxa de mortalidade padronizada de covid-19 por 100 mil habitantes (31 dez./2020).	Brasil.io *website*, coletado dos boletins das secretarias estaduais de saúde[1]

Elaboração dos autores.
Nota: [1] Disponível em: <https://brasil.io/home/>.
Obs.: IDH – Índice de Desenvolvimento Humano; IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; PNS – Pesquisa Nacional de Saúde; PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua; UTI – Unidade de Terapia Intensiva; CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; APS – Atenção Primária à Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família; PBF – Programa Bolsa Família.

Registre-se que, para o cálculo da taxa de mortalidade padronizada, adotou-se a taxa bruta de mortalidade de covid-19 por 100 mil habitantes (31 de dezembro de 2020) multiplicada pelo total de óbitos (2019) e dividida por um fator definido como:

$$\sum_{i=1}^{n}\left(Pop_{i,UF}\frac{Mortes_{i,Brasil}}{Pop_{i,Brasil}}\right)$$

Em que Pop_{iUF} corresponde à população da *i*-ésima faixa etária na Unidade da Federação (UF). Foram formadas faixas etárias de cinco anos cada (1 = 0 a 4 anos; 2 = 5 a 9 anos etc.) até os 79 anos de idade, com a última faixa agrupando as pessoas com 80 anos ou mais. Os termos $Mortes_{i,Brasil}$ e $Pop_{i,Brasil}$ denotam, respectivamente, o número total de mortes no Brasil e a população total no Brasil na *i*-ésima faixa etária.

Em seguida, com base nos indicadores selecionados, obteve-se o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), calculado por meio de uma análise fatorial (ou *factor analysis*), que consiste em uma técnica estatística de análise multivariada aplicada à identificação de fatores que apontam objetivamente para a agregação de um conjunto de medidas. Ao contrário de um indicador criado por uma composição de variáveis arbitrada pelo pesquisador, os fatores derivados da análise fatorial são dimensões abstratas, ocultas sob um determinado conjunto de medidas. Portanto, cabe ao pesquisador verificar se tais fatores podem ser interpretados de forma coerente com a natureza dos fenômenos ou processos estudados.

Esta técnica é frequentemente utilizada na resolução de problemas envolvendo um grande número de variáveis, quando se deseja a redução desse número

com a finalidade de facilitar o entendimento analítico dos dados. A partir de uma análise da matriz de correlação das diversas variáveis, é possível obter indicadores sintéticos – ou, utilizando-se o termo técnico, escores fatoriais –, que consistem numa combinação linear das variáveis originais que as sintetiza e explica. As variáveis utilizadas na construção do IVS estão descritas no quadro A.2.

QUADRO A.2
Relação de indicadores adotados para o cálculo do IVS

IDHM 2010 – dimensão educação
IDHM 2010 – dimensão renda
Proporção de domicílios com vulnerabilidade habitacional (2019)
Proporção de trabalhadores informais no total de ocupados (4º trim./2019)

Elaboração dos autores.

Para que todos os indicadores ficassem em um "mesmo sentido", ou seja, quanto maior o valor do indicador, melhor a situação da UF, consideraram-se, na análise fatorial, os valores complementares dos dois últimos indicadores, ou melhor, foram utilizadas no modelo a proporção de domicílios sem vulnerabilidade habitacional e a proporção de trabalhadores não informais no total de ocupados. Na análise final, considerou-se apenas o primeiro fator obtido pelo modelo, cuja explicação da variabilidade total foi de 82,6%.

Para o conjunto das UFs, foram gerados os escores fatoriais, que consistem na combinação linear das variáveis originais padronizadas de tal forma que possuem média igual a 0 e variância igual a 1 (*z-escores*). A partir desses escores, foi gerado o IVS, que consiste em um indicador padronizado que varia entre 0 e 1, sendo que o valor 0 corresponde à UF menos vulnerável e o valor 1, à mais vulnerável. Abaixo, apresenta-se a fórmula de cálculo do IVS:

$$IVS_{UF} = 1 - \left(\frac{EF_{UF} - EF_{min}}{EF_{max} - EF_{min}} \right)$$

Em que EF_{UF} corresponde ao escore fatorial obtido para cada UF, EF_{min} é o escore fatorial mínimo no conjunto das UFs e EF_{max} refere-se ao escore fatorial máximo entre todas as UFs.

Os resultados apresentados nas tabelas e no quadro a seguir mostram o desempenho desses indicadores por UF. Em seguida, foram classificados em três grupos homogêneos, segundo IVS: menor que 0,5; entre 0,5 e 0,7; e maior que 0,7.

TABELA A.1
Brasil e UFs: indicadores selecionados

UF	IDH				Fatores de risco sanitário para a covid-19	
	IDHM 2010	IDHM 2010 – educação	IDHM 2010 – longevidade	IDHM 2010 – renda	População de 18 anos ou mais com fatores de risco à saúde (2019) (%)	População com 60 anos ou mais (4º trim./2019) (%)
Brasil	**0,727**	**0,637**	**0,816**	**0,739**	**62,5**	**16,2**
Rondônia	0,690	0,577	0,800	0,712	55,2	12,0
Acre	0,663	0,559	0,777	0,671	57,3	11,0
Amazonas	0,674	0,561	0,805	0,677	53,4	9,6
Roraima	0,707	0,628	0,809	0,695	56,9	8,2
Pará	0,646	0,528	0,789	0,646	53,5	11,7
Amapá	0,708	0,629	0,813	0,694	55,5	8,8
Tocantins	0,699	0,624	0,793	0,690	58,3	14,6
Maranhão	0,639	0,562	0,757	0,612	55,3	13,0
Piauí	0,646	0,547	0,777	0,635	60,4	15,9
Ceará	0,682	0,615	0,793	0,651	61,2	15,7
Rio Grande do Norte	0,684	0,597	0,792	0,678	57,9	15,7
Paraíba	0,658	0,555	0,783	0,656	59,2	15,6
Pernambuco	0,673	0,574	0,789	0,673	60,2	15,8
Alagoas	0,631	0,520	0,755	0,641	57,6	14,6
Sergipe	0,665	0,560	0,781	0,672	57,0	12,4
Bahia	0,660	0,555	0,783	0,663	63,2	15,7
Minas Gerais	0,731	0,638	0,838	0,730	64,5	17,3
Espírito Santo	0,740	0,653	0,835	0,743	62,1	15,8
Rio de Janeiro	0,761	0,675	0,835	0,782	63,7	20,9
São Paulo	0,783	0,719	0,845	0,789	65,8	17,0
Paraná	0,749	0,668	0,830	0,757	64,6	16,4
Santa Catarina	0,774	0,697	0,860	0,773	60,2	16,4
Rio Grande do Sul	0,746	0,642	0,840	0,769	69,9	20,2
Mato Grosso do Sul	0,729	0,629	0,833	0,740	66,0	14,6
Mato Grosso	0,725	0,635	0,821	0,732	57,7	12,5
Goiás	0,735	0,646	0,827	0,742	62,7	14,1
Distrito Federal	0,824	0,742	0,873	0,863	49,9	12,8

Elaboração dos autores.

TABELA A.2
Brasil e UFs: indicadores selecionados

UF	Vulnerabilidade socioeconômica		IVS	Capacidade do sistema de saúde	
	Domicílios com vulnerabilidade habitacional (2019) (%)	Trabalhadores informais no total de ocupados (4º trim./2019) (%)	IVS	Incremento no número de leitos de UTI por 100 mil habitantes (dez./2019-dez./2020) (%)	Incremento no número de médicos por 100 mil habitantes (dez./2019-dez./2020) (%)
Brasil	**36,3**	**35,0**		**10,6**	**7,8**
Rondônia	75,3	39,0	0,724	11,5	11,8
Acre	75,2	47,3	0,856	11,3	5,0
Amazonas	62,4	53,6	0,838	6,2	1,3
Roraima	61,7	42,5	0,652	7,8	16,1
Pará	73,9	58,8	1,000	5,0	3,9
Amapá	76,0	54,4	0,785	7,3	7,4
Tocantins	55,5	43,9	0,649	12,2	10,6
Maranhão	61,0	56,8	0,938	6,5	4,7
Piauí	55,6	57,2	0,909	10,5	4,7
Ceará	44,1	51,1	0,716	7,8	9,6
Rio Grande do Norte	61,6	42,9	0,716	10,8	2,0
Paraíba	41,1	47,7	0,752	7,2	9,6
Pernambuco	40,5	45,8	0,691	11,2	4,9
Alagoas	47,7	42,4	0,808	7,4	10,5
Sergipe	48,8	48,6	0,761	7,0	7,4
Bahia	43,5	48,5	0,758	9,3	6,3
Minas Gerais	26,9	32,3	0,391	11,6	10,3
Espírito Santo	32,5	33,6	0,385	15,5	7,6
Rio de Janeiro	23,0	31,9	0,257	16,3	-2,6
São Paulo	21,4	26,3	0,149	10,2	6,7
Paraná	36,3	25,5	0,308	9,5	14,3
Santa Catarina	42,2	18,1	0,224	12,9	16,2
Rio Grande do Sul	39,5	25,2	0,336	9,9	12,8
Mato Grosso do Sul	32,9	33,1	0,418	11,9	12,6
Mato Grosso	47,1	33,4	0,477	10,4	12,5
Goiás	36,0	36,2	0,426	11,0	12,1
Distrito Federal	18,5	24,8	0,000	28,5	24,7

Elaboração dos autores.

TABELA A.3
Brasil e UFs: indicadores selecionados

UF	Cobertura da atenção primária		Cobertura de assistência social	Mortes por covid-19
	Cobertura populacional da ESF (dez./2019) (%)	Cobertura populacional por agente comunitário de saúde (dez./2019) (%)	Famílias beneficiárias do PBF (dez./2019) (%)	Taxa de mortalidade padronizada de covid-19 por 100 mil habitantes (31 dez./2020)
Brasil	**64,5**	**63,3**	**18,8**	**-**
Rondônia	70,7	75,6	12,0	102,1
Acre	71,4	87,2	29,6	99,7
Amazonas	61,2	63,6	28,0	137,6
Roraima	63,9	63,1	21,8	155,1
Pará	59,8	80,8	32,3	86,9
Amapá	59,0	68,3	26,6	117,9
Tocantins	94,2	96,9	20,9	76,3
Maranhão	85,4	89,8	39,3	60,9
Piauí	100,0	97,4	40,1	91,8
Ceará	82,9	80,2	33,3	109,4
Rio Grande do Norte	78,3	77,1	29,0	84,5
Paraíba	95,9	97,5	37,5	94,4
Pernambuco	77,2	84,6	35,4	111,7
Alagoas	76,0	76,8	34,8	84,5
Sergipe	86,1	90,9	36,5	117,2
Bahia	**75,8**	**81,1**	**35,3**	**62,1**
Minas Gerais	80,8	75,6	13,8	52,3
Espírito Santo	63,2	62,4	12,5	116,8
Rio de Janeiro	50,4	47,6	14,2	164,8
São Paulo	39,5	37,4	9,0	97,6
Paraná	64,6	54,7	8,8	67,0
Santa Catarina	81,5	67,8	4,5	65,3
Rio Grande do Sul	59,0	48,9	8,6	76,8
Mato Grosso do Sul	70,7	91,5	12,3	84,9
Mato Grosso	69,9	73,3	12,3	131,5
Goiás	68,1	62,6	11,8	99,4
Distrito Federal	43,1	13,8	6,6	112,5

Elaboração dos autores.

QUADRO A.3
UFs: indicadores categorizados

UF	IVS	Fatores de risco sanitário para a covid-19		Capacidade do sistema de saúde	
	IVS	Proporção da população de 18 anos ou mais com fatores de risco à saúde (2019)	Proporção de população com 60 anos ou mais (4º trim./2019)	Incremento no número de leitos de UTI por 100 mil habitantes (dez./2019-dez./2020)	Incremento no número de médicos por 100 mil habitantes (dez./2019-dez./2020)
Piauí	Maior que 0,7	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Entre 10% e 20%	Menor que 5%
Ceará	Maior que 0,7	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Menor que 10%	Entre 5% e 10%
Bahia	Maior que 0,7	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Menor que 10%	Entre 5% e 10%
Rio Grande do Norte	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Entre 15% e 20%	Entre 10% e 20%	Menor que 5%
Paraíba	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Entre 15% e 20%	Menor que 10%	Entre 5% e 10%
Rondônia	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Entre 10% e 20%	Maior que 10%
Acre	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Entre 10% e 20%	Menor que 5%
Alagoas	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Menor que 10%	Maior que 10%
Sergipe	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Menor que 10%	Entre 5% e 10%
Amapá	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Menor que 10%	Entre 5% e 10%
Maranhão	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Menor que 10%	Menor que 5%
Pará	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Menor que 10%	Menor que 5%
Amazonas	Maior que 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Menor que 10%	Menor que 5%
Pernambuco	Entre 0,5 e 0,7	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Entre 10% e 20%	Menor que 5%
Tocantins	Entre 0,5 e 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Entre 10% e 20%	Maior que 10%
Roraima	Entre 0,5 e 0,7	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Menor que 10%	Maior que 10%
Rio de Janeiro	Menor que 0,5	Maior que 60%	Maior que 20%	Entre 10% e 20%	Menor que 5%
Rio Grande do Sul	Menor que 0,5	Maior que 60%	Maior que 20%	Menor que 10%	Maior que 10%
Minas Gerais	Menor que 0,5	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Entre 10% e 20%	Maior que 10%
Santa Catarina	Menor que 0,5	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Entre 10% e 20%	Maior que 10%
Espírito Santo	Menor que 0,5	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Entre 10% e 20%	Entre 5% e 10%
São Paulo	Menor que 0,5	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Entre 10% e 20%	Entre 5% e 10%
Paraná	Menor que 0,5	Maior que 60%	Entre 15% e 20%	Menor que 10%	Maior que 10%
Mato Grosso do Sul	Menor que 0,5	Maior que 60%	Menor que 15%	Entre 10% e 20%	Maior que 10%
Goiás	Menor que 0,5	Maior que 60%	Menor que 15%	Entre 10% e 20%	Maior que 10%
Mato Grosso	Menor que 0,5	Entre 50% e 60%	Menor que 15%	Entre 10% e 20%	Maior que 10%
Distrito Federal	Menor que 0,5	Menor que 50%	Menor que 15%	Maior que 20%	Maior que 10%

Elaboração dos autores.

QUADRO A.4
UFs: indicadores categorizados

UF	IVS	Cobertura da atenção primária	Cobertura de assistência social	Mortes por covid
	IVS	Percentual de cobertura populacional da ESF (dez./2019)	Percentual de famílias beneficiárias do PBF (dez./2019)	Taxa de mortalidade padronizada de covid-19 por 100 mil habitantes (31 dez. 2020)
Piauí	Maior que 0,7	Maior que 70%	Maior que 30%	Entre 70 e 100
Ceará	Maior que 0,7	Maior que 70%	Maior que 30%	Maior que 100
Bahia	Maior que 0,7	Maior que 70%	Maior que 30%	Menor que 70
Rio Grande do Norte	Maior que 0,7	Maior que 70%	Entre 20% e 30%	Entre 70 e 100
Paraíba	Maior que 0,7	Maior que 70%	Maior que 30%	Entre 70 e 100
Rondônia	Maior que 0,7	Maior que 70%	Menor que 20%	Maior que 100
Acre	Maior que 0,7	Maior que 70%	Entre 20% e 30%	Entre 70 e 100
Alagoas	Maior que 0,7	Maior que 70%	Maior que 30%	Entre 70 e 100
Sergipe	Maior que 0,7	Maior que 70%	Maior que 30%	Maior que 100
Amapá	Maior que 0,7	Entre 50% e 70%	Entre 20% e 30%	Maior que 100
Maranhão	Maior que 0,7	Maior que 70%	Maior que 30%	Menor que 70
Pará	Maior que 0,7	Entre 50% e 70%	Maior que 30%	Entre 70 e 100
Amazonas	Maior que 0,7	Entre 50% e 70%	Entre 20% e 30%	Maior que 100
Pernambuco	Entre 0,5 e 0,7	Maior que 70%	Maior que 30%	Maior que 100
Tocantins	Entre 0,5 e 0,7	Maior que 70%	Entre 20% e 30%	Entre 70 e 100
Roraima	Entre 0,5 e 0,7	Entre 50% e 70%	Entre 20% e 30%	Maior que 100
Rio de Janeiro	Menor que 0,5	Entre 50% e 70%	Menor que 20%	Maior que 100
Rio Grande do Sul	Menor que 0,5	Entre 50% e 70%	Menor que 20%	Entre 70 e 100
Minas Gerais	Menor que 0,5	Maior que 70%	Menor que 20%	Menor que 70
Santa Catarina	Menor que 0,5	Maior que 70%	Menor que 20%	Menor que 70
Espírito Santo	Menor que 0,5	Entre 50% e 70%	Menor que 20%	Maior que 100
São Paulo	Menor que 0,5	Menor que 50%	Menor que 20%	Entre 70 e 100
Paraná	Menor que 0,5	Entre 50% e 70%	Menor que 20%	Menor que 70
Mato Grosso do Sul	Menor que 0,5	Maior que 70%	Menor que 20%	Entre 70 e 100
Goiás	Menor que 0,5	Entre 50% e 70%	Menor que 20%	Entre 70 e 100
Mato Grosso	Menor que 0,5	Entre 50% e 70%	Menor que 20%	Maior que 100
Distrito Federal	Menor que 0,5	Menor que 50%	Menor que 20%	Maior que 100

Elaboração dos autores.