

Covid-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade



Informação de qualidade para aperfeiçoar as políticas públicas e salvar vidas

Nota Técnica No. 18

A pandemia continua grave, as políticas públicas falham e a adesão da sociedade ao distanciamento social diminui. A tragédia brasileira caminha rapidamente para a marca de 100 mil óbitos. Novas ações são necessárias.

Conclusões

- No mundo foram mais de 660.000 mil vidas perdidas e 17 milhões de infectados, equivalente à população da Holanda ou do Equador. Com quase 100.000 vidas perdidas, o Brasil exibe o segundo maior número de vítimas no mundo.
- Todos os estados brasileiros, sem exceção, estão nos estágios mais elevados de risco, quando classificados pelos critérios do Instituto de Saúde Global de Harvard, medidos pela média de novos casos de COVID-19.
- Entre maio e julho, 25 estados relaxaram as medidas de distanciamento físico. Vários governadores flexibilizam suas políticas mesmo diante do crescimento da taxa de infecção e de mortes, sendo que a média de novas mortes diárias foi pelo menos 100% maior em junho do que em maio em 17 estados.
- Os dados de testagem e as compras estaduais confirmam que a maioria dos estados brasileiros optou pela aplicação de testes sorológicos, principalmente os chamados testes rápidos, que não são utilizados no diagnóstico de pessoas infectadas e, portanto, não são os mais indicados para o controle da pandemia.
- As políticas públicas adotadas pelos estados ainda apresentam falhas na integração das estratégias baseadas em programas de testagem em massa e na identificação dos infectados e seus contatos.

- A produção e divulgação regular de dados pelos estados melhoraram, mas se mantêm insuficientes para permitir políticas públicas de qualidade.
- Houve uma queda gradual do nível de permanência da população em casa. A mobilidade em julho tem níveis praticamente semelhantes aos de meados de março.
- A omissão do governo Federal na elaboração de uma estratégia nacional continua na raiz da desarticulação das respostas dos estados e no comportamento da sociedade. As recomendações da OMS foram desprezadas, assim como as práticas sugeridas pela experiência dos países que obtiveram maior êxito no combate à pandemia.
- Embora, os resultados aqui apresentados sinalizem a gravidade da situação do Brasil, há políticas que ainda podem ser adotadas para melhorar a resposta da sociedade à pandemia.
- As recomendações sugeridas por este Boletim foram inspiradas nos países que mostraram maior eficiência no controle da pandemia e estão sintonizadas com as recomendações do Instituto de Saúde Global de Harvard e da OMS.
- A Rede de Pesquisa Solidária tem consciência do enorme desafio que a sociedade brasileira enfrenta para fazer avançar o debate público sobre as razões que empurram o país para a trágica marca de 100 mil óbitos pela COVID-19 e acredita que é fundamental um engajamento maior da sociedade na demanda por melhores respostas das autoridades públicas.

Introdução

Neste Boletim começamos a apontar as razões que levam o Brasil à marca de 100 mil mortes pela COVID-19 após 05 meses de pandemia. A evolução do número de casos e de óbitos nos estados brasileiros, as políticas tímidas de testagem e a flexibilização do distanciamento físico, juntamente com a existência de enormes lacunas e imprecisões nos dados, dificultam a decisão das autoridades. São muitas as evidências que ajudam a entender as taxas elevadas de contaminação e o avassalador número de vítimas.

Os Estados segundo o Nível de Risco de Incidência da COVID-19

As justificativas para a flexibilização das medidas de contenção da COVID nos estados procuram transmitir a ideia de que a pandemia está chegando ao fim. Nada mais enganoso. Quando o Brasil se aproxima de 100 mil mortes pela COVID-19, não há como esconder a gravidade da situação, a elevada letalidade da pandemia no país e muito menos a responsabilidade das autoridades públicas pela tragédia brasileira.

Com a preocupação de orientar e recomendar políticas para o controle da pandemia¹, o Instituto de Saúde Global de Harvard divulgou um mapa que classifica as regiões e localidades segundo o nível de risco de incidência da COVID-19, construído a partir da incidência de novos casos diários da doença por 100 mil habitantes (Tabela 1).

¹ Mais em: <https://globalepidemics.org/key-metrics-for-covid-suppression/>.

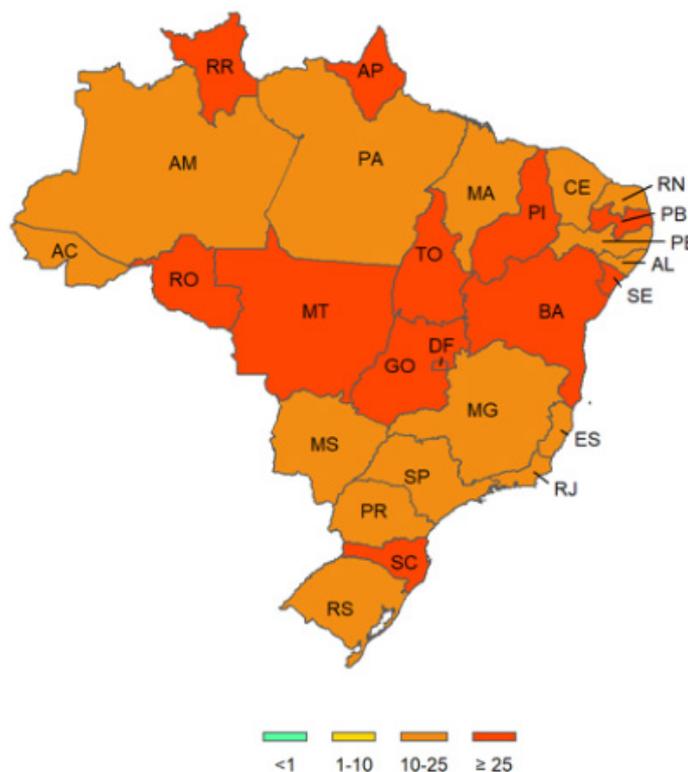
Tabela 1 - Níveis de Risco de COVID-19 de acordo com Incidência de Novos Casos Diários

Classificação	Nível de Risco de COVID-19	Referência (Incidência de novos casos por 100 mil habitantes)
Vermelho	Alto	>25
Laranja	Moderado-alto	10<25
Amarelo	Moderado-baixo	1<10
Verde	Baixo	<1

Fonte: Adaptado do *Harvard Global Health Institute*². Níveis de risco baseados na média dos novos casos diários por 100 mil habitantes nos últimos 7 dias.

A Rede de Pesquisa Solidária adaptou os critérios de Harvard e avaliou os riscos de agravamento da pandemia no Brasil com base nos dados das secretarias estaduais de saúde baseado na média de novos casos de COVID-19 entre os dias 19 e 25 de julho. Os resultados indicam que todos os estados brasileiros, sem exceção, se encontram nas 2 zonas mais elevadas dos 4 níveis de risco possíveis, exibidos na Figura 1. Em outras palavras, após 5 meses de pandemia, não há nenhum estado brasileiro com risco baixo ou moderado-baixo de transmissão da COVID-19.

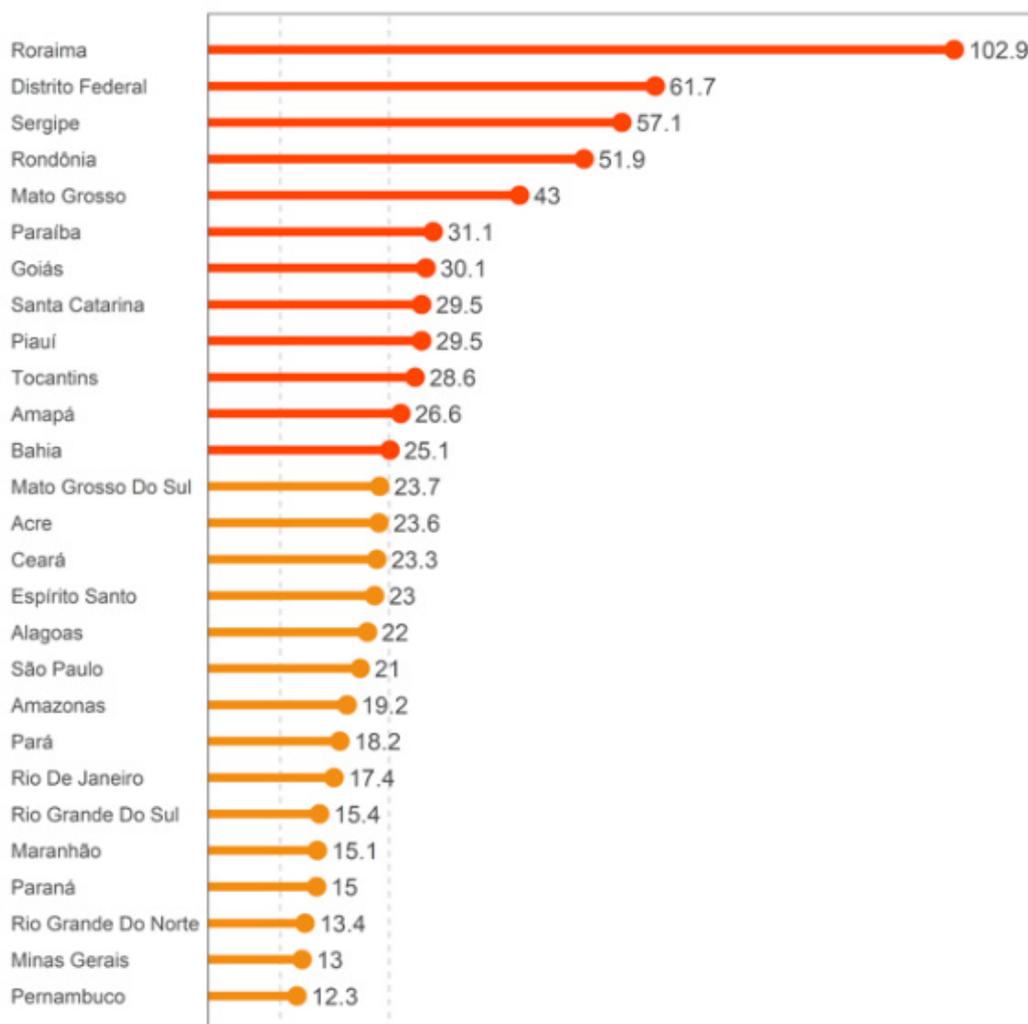
Figura 1 - Brasil: novos casos diários de COVID-19 por 100.000 habitantes



Fonte: Própria, com base no banco de dados compilado por Wesley Cota². Média em 19 e 25 de julho de 2020.

A Figura 1 mostra que 15 estados estavam em situação de risco moderado-alto (em laranja) e os 11 estados restantes, mais o Distrito Federal, apresentaram risco alto (em vermelho), na semana de 19 a 25 de julho.

² Disponível em: <<https://github.com/wcota/covid19br>>.

Figura 2 - Média móvel dos novos casos diários por 100.000 pessoas para estados e o DF

Fonte: Elaboração própria com base nos dados das Secretarias Estaduais de Saúde, compilado por Cota (2020)³. Média entre 19 e 25 de julho de 2020.

Os trabalhos do Instituto de Harvard sugerem também medidas de controle da pandemia que deveriam ser adotadas a partir da situação de risco alcançada. Assim, os estados que se encontram no nível verde, com a pandemia mais controlada, estariam no caminho adequado de contenção da transmissão da doença e poderiam, portanto, flexibilizar as medidas de distanciamento social, embora mantendo a testagem e o rastreamento de contatos. De modo distinto, a cor vermelha representa as situações de risco alto, em que a pandemia ainda não foi controlada. Neste caso, os estados são aconselhados a adotar políticas mais rígidas de distanciamento social para que as pessoas permaneçam em casa e a transmissão da doença se reduza. No mesmo sentido, a cor laranja foi utilizada para os estados ameaçados de elevação dos níveis de transmissão da COVID-19, com potencial para retornar ao nível de risco mais elevado. As medidas que obtiveram êxito no controle da pandemia também foram classificadas pelo Instituto de Harvard, e estão resumidas na Tabela 2.

³ Disponível em: <<https://github.com/wcota/covid19br>>.

Tabela 2 - Medidas de controle da pandemia e classificação dos estados de acordo com níveis de Risco de COVID-19

Classificação	Nível de Risco de COVID-19	Referência (Incidência de novos casos por 100 mil habitantes)	Medidas de Controle Necessárias	Estados
Vermelho	Alto	> 25	Isolamento domiciliar necessário.	Roraima, Distrito Federal, Sergipe, Rondônia, Mato Grosso, Paraíba, Goiás, Santa Catarina, Piauí, Tocantins, Amapá e Bahia
Laranja	Moderado Alto	10 < 25	"É necessário fazer escolhas estratégicas sobre quais pacotes de intervenções não farmacêuticas serão usadas para o controle. Os pedidos de permanência em casa são aconselhados, a menos que testes virais e a capacidade de rastreamento de contatos sejam implementáveis em níveis que atendem aos padrões dos indicadores de surto."	Mato Grosso do Sul, Acre, Ceará, Espírito Santo, Alagoas, São Paulo, Amazonas, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Maranhão, Paraná, Rio Grande do Norte, Minas Gerais e Pernambuco
Amarelo	Moderado Baixo	1 < 10	É necessário fazer escolhas estratégicas sobre quais pacotes de intervenções não farmacêuticas serão usadas para o controle.	
Verde	Baixo	< 1	No caminho da contenção se testes virais e rastreamento de contatos para vigilância e conter picos e surtos são utilizados.	

Fonte: Adaptado a partir do sistema de classificação do Instituto de Saúde Global de Harvard.

É possível aprofundar ainda mais a análise e a classificação. Entre os estados com risco alto, Roraima, Sergipe, Rondônia, Mato Grosso e o DF alcançaram notas máximas de risco (para a semana de 16 a 22 de julho), com média superior a 40 casos novos por 100 mil habitantes. Entre os classificados como de risco moderado-alto, o Mato Grosso do Sul, Acre, Ceará, Espírito Santo, Alagoas e São Paulo apresentaram média de novos casos superior a 20 (por 100 mil habitantes) no período citado, o que foi considerado preocupante, uma vez que se encontravam no limite do nível mais alto de risco. Para estes estados, portanto, seria indicada a adoção de medidas mais restritivas no controle da pandemia, sintetizadas na Tabela 2.

Os altos níveis e a proximidade da marca de 100 mil óbitos reforçaram a necessidade de se avaliar as estratégias de controle da pandemia desenvolvidas internacionalmente, em especial a partir de duas medidas que apresentaram maior eficiência na redução das taxas de transmissão e de letalidade do vírus: (i) a testagem em massa, seguida pelo rastreamento de contato e isolamento de pessoas infectadas e seus contatos, e (ii) o distanciamento social.

A Testagem como Estratégia dos Estados para Controlar a Pandemia

Segundo orientações da OMS e do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (OMS, 2020; CDC, 2020), o controle da pandemia depende diretamente da massificação de testes, única maneira de identificar as pessoas infectadas e de compreender a evolução da pandemia. A estratégia da testagem subsidia também as decisões sobre medidas não farmacológicas de controle da pandemia. Os testes moleculares RT-PCR identificam o material genético do vírus e, por isso, sua aplicação em massa foi recomendada pela OMS como uma estratégia mais efetiva do que os testes sorológicos.

Com dados dos boletins epidemiológicos e das plataformas mantidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde foi estimada a porcentagem de testes positivos em relação ao total de testes realizados, assim como a taxa de positividade de testes RT-PCR⁴, registrados na Tabela 3⁵. Acrescentou-se também a porcentagem de despesas estaduais relativas à testagem por RT-PCR e com testes rápidos, os sorológicos, assim como as contratações de testes, de acordo com dados disponibilizados nas plataformas dos governos estaduais até 22 de julho de 2020. Em relação às informações obtidas, cabe destacar a ausência de plataformas em nível federal sobre testes de COVID-19 realizados durante a pandemia, o que diminui a qualidade das informações obtidas, assim como limita as análises necessárias para compreensão dos esforços referentes à testagem no Brasil.

Também foram analisadas todas as normas produzidas pelo executivo estadual e as classificamos nas seguintes categorias: (i) aumento da capacidade de realização de testes, como compras e habilitação de laboratórios; (ii) uso dos testes como instrumento de vigilância, como notificação e orientação de rastreamento de contatos; (iii) obrigatoriedade ou aumento do acesso a testes por grupos profissionais da linha de frente. A porcentagem de normativas referentes à cada categoria é também apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Taxa de positividade de todos os testes para COVID-19 e de testes RT-PCR, assim como gastos estaduais dedicados a testes RT-PCR (em %) e porcentagem de normativas emitidas pelos gestores estaduais referentes a cada categoria de análise.

UF	Taxa de Positividade		Despesas Estaduais	Normativas Estaduais (%)		
	Total de Testes	Testes RT-PCR	Testes RT-PCR	Aumento da capacidade de realização dos testes	Uso dos testes como instrumento de vigilância	Obrigatoriedade ou aumento de testes a grupos profissionais
Acre	28,78	66,67	86,65	80	20	0
Alagoas	38,77	57,63	21,63	54,55	36,36	9,09
Amazonas	32,55	44,92	20,81	100	0	0
Amapá	36,15	62,5	7,32	100	0	0
Bahia	28,42	66,43	32,26	91,67	8,33	0
Ceará	23,65	53,59	58,44	46,67	20	33,33
Distrito Federal	25,21	81,8	7,13	90,91	6,06	3,03
Espírito Santo	42,34	64,66	70,02	100	0	0
Goiás	39,7	76,33	100	60	20	20
Maranhão	24,93	59,38	44,93	50	0	50
Minas Gerais	7,2	57,76	97,21	100	0	0
Mato Grosso do Sul	13,68	54,37	19,46	33,33	66,67	0
Mato Grosso	77,41	93,92	11,83	100	0	0
Pará	63	45,89	59,32	100	0	0
Paraíba	20,79	47,67	1,56	50	50	0
Pernambuco	24,7	54,57	100	100	0	0
Piauí	19,97	73,01	0,59	100	0	0
Paraná	36,72	58,46	71,03	42,86	42,86	14,29
Rio de Janeiro	35,09	55,45	0	50	50	0
Rio Grande do Norte	16,5	72,78	78,33	0	100	0
Rondônia	20,07	78,13	0	80	20	0
Roraima	20,09	72,73	0	50	0	50
Rio Grande do Sul	12,06	58,24	5,15	50	50	0
Santa Catarina	13,89	68,32	54,42	25	25	50
Sergipe	47,51	95,07	0	50	50	0
São Paulo	13,67	59,13	51,51	95	5	0
Tocantins	69,48	54,46	0	0	0	0

Notas: os tons de vermelho nas colunas de Taxa de Positividade indicam diferentes números do total de testes realizados pelos estados: tons mais escuros representam maior número de testes realizados, enquanto tons mais claros representam números menores.

Fonte: SES. Testes realizados entre 05 e 11 de julho, disponibilizados até 22 de julho e normativas emitidas até junho de 2020.

Conforme apresentado na Tabela 3, nenhum estado brasileiro obteve a taxa de positividade sugerida pela OMS, de 5%, tanto em relação aos testes totais realizados quanto aos testes RT-PCR. Destaca-se também que os resultados referentes à positividade de testes RT-PCR são superiores à positividade dos testes totais em todos os estados, exceto Pará e Tocantins. Em relação aos dispêndios com testes moleculares RT-PCR na composição das despesas estaduais relativas à testagem por COVID-19, é possível observar que sete estados não apresentaram informações sobre gastos com testes (valor zero na tabela 3). Nove estados realizaram despesas superiores a 50% dos gastos informados (Goiás, Minas Gerais, Paraná, Acre, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Ceará, Santa Catarina e São Paulo). Os demais estados claramente priorizaram os testes sorológicos, capazes de detectar quem já manteve algum contato com o vírus e produziu anticorpos e não pessoas que infectadas.

Ao se analisar as normativas emitidas pelos gestores estaduais, foi observado que somente seis estados (Paraná, Santa Catarina, Alagoas, Ceará, Goiás e Distrito Federal) apresentaram normativas referentes ao uso de testes como instrumentos de vigilância epidemiológica, além de orientar quais grupos devem ser prioritários na testagem e o aumento na disponibilidade de testes COVID-19. Destaca-se que todos os estados emitiram majoritariamente normativas referentes ao aumento na disponibilidade de testes, principalmente devido a compra de testes e insumos, exceto os estados de Santa Catarina, Mata Grosso do Sul e Rio Grande do Norte. O Tocantins não emitiu normativa sobre testagem no período analisado.

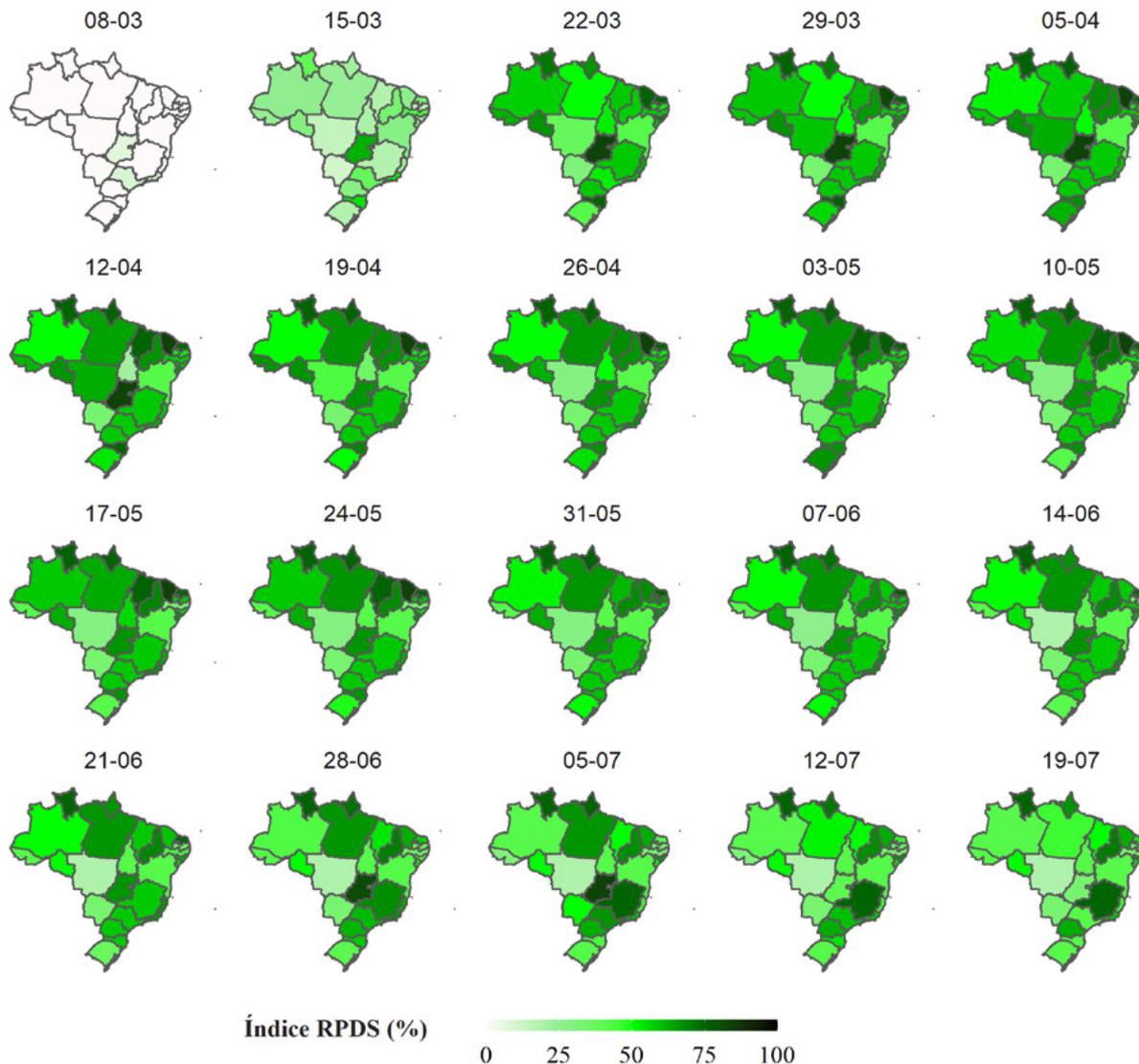
Estratégias para Diminuir a Velocidade de Transmissão

Desde o primeiro boletim e em vários números ao longo dos últimos 4 meses, a Rede de Pesquisa Solidária (RPS) tem alertado para as consequências da ausência de uma estratégia nacional de contenção da pandemia e para a falta de coordenação entre o governo federal e os estados, a começar pelo enfraquecimento das políticas de distanciamento físico. A Figura 3 atualiza a aplicação do Índice de Rigidez das Políticas de Distanciamento Social para todos os estados e o DF, desde o início de março até 20 de julho⁶.

4 A taxa de positividade foi calculada da seguinte maneira: $\text{Positividade} = \frac{\text{Detectável}}{(\text{Detectável} + \text{Não Detectável} + \text{Inconclusivo})}$, a partir do SIVEP-Gripe. Como referência de taxa de positividade adequada, foi seguida a orientação da OMS, com a manutenção da taxa de positividade inferior a 5% por 14 dias.

5 Os dados utilizados se referem: (i) ao número de testes totais realizados e número de casos; (ii) aos gastos diretos com a realização de testes, por meio de compras ou contratações; e (iii) às normativas emitidas pelos gestores estaduais que se referem a esta temática. Os dados sobre os testes RT-PCR foram obtidos a partir do SIVEP-Gripe, mantido pelo Ministério da Saúde, e divulgados pelo sistema OpenDataSUS (em 21 de julho de 2020).

Figura 3 - Índice de Rigidez das Políticas de Distanciamento Social para os 26 estados e o DF (de março a 20 de julho)



Fonte: CGRT-BRFED (2020). O índice varia de 0 (ausência de rigidez) a 100 (maior rigidez possível).

A Figura 3 mostra que após março, com o surgimento dos primeiros casos e mortes em São Paulo, todos os estados adotaram medidas de distanciamento social. A magnitude dessas medidas, no entanto, variou entre as unidades federativas, embora nenhum estado brasileiro tenha adotado medidas de alta rigidez como àquelas adotadas em outros países. Isso fica evidente ao comparar os níveis de rigidez de cidades brasileiras com os praticados em Seul, Nova Iorque, Buenos Aires e Madri.

A flexibilização adotada a partir do mês de junho em diversos estados brasileiros tem sido direcionada majoritariamente às atividades comerciais e aos serviços não-essenciais. A indústria foi menos afetada pela flexibilização e seu funcionamento não foi interrompido na grande maioria dos estados. O estado que primeiro flexibilizou parte das atividades comerciais não essenciais foi o Espírito Santo. Houve estados, como São Paulo, que enrijeceram as medidas relativas a aglomerações ao mesmo tempo em que flexibilizaram as restrições às atividades de comércio e serviços em junho. No final de julho, a maioria dos estados manteve a suspensão de aulas presenciais, embora o Acre e

6 O índice considera o grau de rigidez das políticas que envolvem a suspensão ou recomendação de fechamento de: a) escolas e universidades, b) setores de comércio e serviços não-essenciais, c) indústrias e, d) aglomerações públicas e privadas. Alguns estados decretaram medidas de suspensão das atividades de todos os setores, exceto aqueles considerados essenciais, em todo o território estadual. Estes foram os estados que adotaram as medidas mais rígidas de distanciamento social.

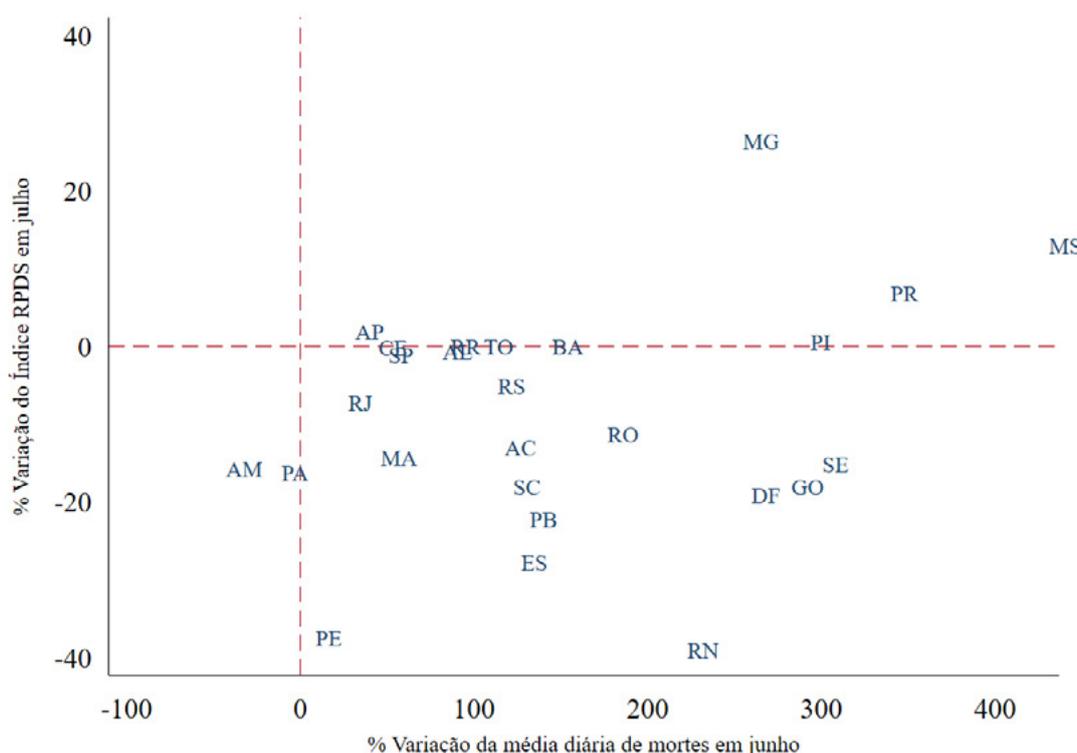
Goiás tenham delegado esta decisão aos municípios. Os estados mantiveram também as medidas que diminuem a concentração de pessoas em espaços públicos e em eventos privados, mas há estados, como a Paraíba, que não limita mais a realização de eventos públicos (desde que sejam respeitadas algumas medidas sanitárias) desde o dia 12 de junho.

O Ceará (entre 30 de março e 31 de maio) e Goiás (entre 25 de março e 18 de abril) foram os estados com a maior nota de rigidez (83,3), enquanto o estado do Mato Grosso foi o que permaneceu no nível mais baixo (18,7) pelo maior período, de 12 de junho a 21 de julho. Desde o início das medidas em março, os estados que exibiram menor rigidez até o dia 20 de julho foram Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Bahia, Tocantins e Rio Grande do Sul, com médias entre 32 e 48,1. Os estados com maior média de rigidez das políticas de distanciamento social no período foram Roraima, Ceará, Amapá, Rio Grande do Norte e Goiás com médias entre 75 e 69,6.

Apesar da tendência decrescente de óbitos nos meses de maio, junho e julho, a maioria dos estados ainda apresenta média superior na comparação com maio, o que significa que, mesmo em queda, as mortes estão em patamar mais alto quando comparado ao mês de maio. Dentre os 27 estados brasileiros, 17 apresentaram média de novas mortes diárias pelo menos 100% maior no mês de junho em relação ao mês de maio. Destes, apenas três estados aumentaram a rigidez das medidas no mês de julho: Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Paraná. Nos outros 14 estados, alguns adotaram medidas alternadas de enrijecimento e flexibilização, como Goiás, Santa Catarina e o Distrito Federal em semanas alternadas ao longo deste período. Já Bahia, Piauí e Tocantins mantiveram relativa estabilidade na rigidez das medidas para o mês de julho; enquanto Acre, Espírito Santo, Mato Grosso, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul e Sergipe, reduziram a rigidez, mesmo apresentando uma média de mortes por 100.000 superior ao mês anterior.

Apenas Pará e Amazonas tiveram queda das mortes no mês de junho em relação ao mês de maio. Um grupo de 8 estados apresentou aumento da média diária de mortes entre 4% e 82% de maio para junho. Nesse grupo, Roraima, Ceará, São Paulo, Alagoas e Amapá mantiveram relativamente estáveis suas medidas de combate à pandemia, enquanto Maranhão, Pernambuco e Rio de Janeiro reduziram a rigidez.

Figura 4 - Porcentagem de variação da média de mortes diárias (junho 2020) vs. Porcentagem de variação do Índice de Rigidez das Políticas de Distanciamento Social (julho 2020)



Fonte: CGRT-BRFED (2020) e Cota (2020) baseado em boletins epidemiológicos das Secretarias Estaduais.

A figura 4 apresenta a relação entre o crescimento das mortes no mês de junho (eixo horizontal) e a variação das medidas de distanciamento social (eixo vertical) em julho em comparação com o mês anterior (junho de 2020). É possível notar que a maioria dos estados flexibilizou no mês de julho em comparação a junho. No entanto, apenas Amazonas e Pará tiveram uma queda na média de mortes mensal em junho, o que poderia justificar a flexibilização. Nota-se assim que mesmo com o crescimento da média de mortes em junho na comparação com maio, a maioria dos governadores optou por flexibilizar as medidas de distanciamento social. Existe ainda o caso do Mato Grosso, o estado que enfrentou um aumento de 1.082% no número de mortes em junho e mesmo diante desse quadro alarmante, reduziu as medidas de distanciamento. Os únicos estados que apresentaram aumento significativo nas medidas de isolamento em julho foram Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Paraná, todos após forte crescimento nas mortes no mês de junho.

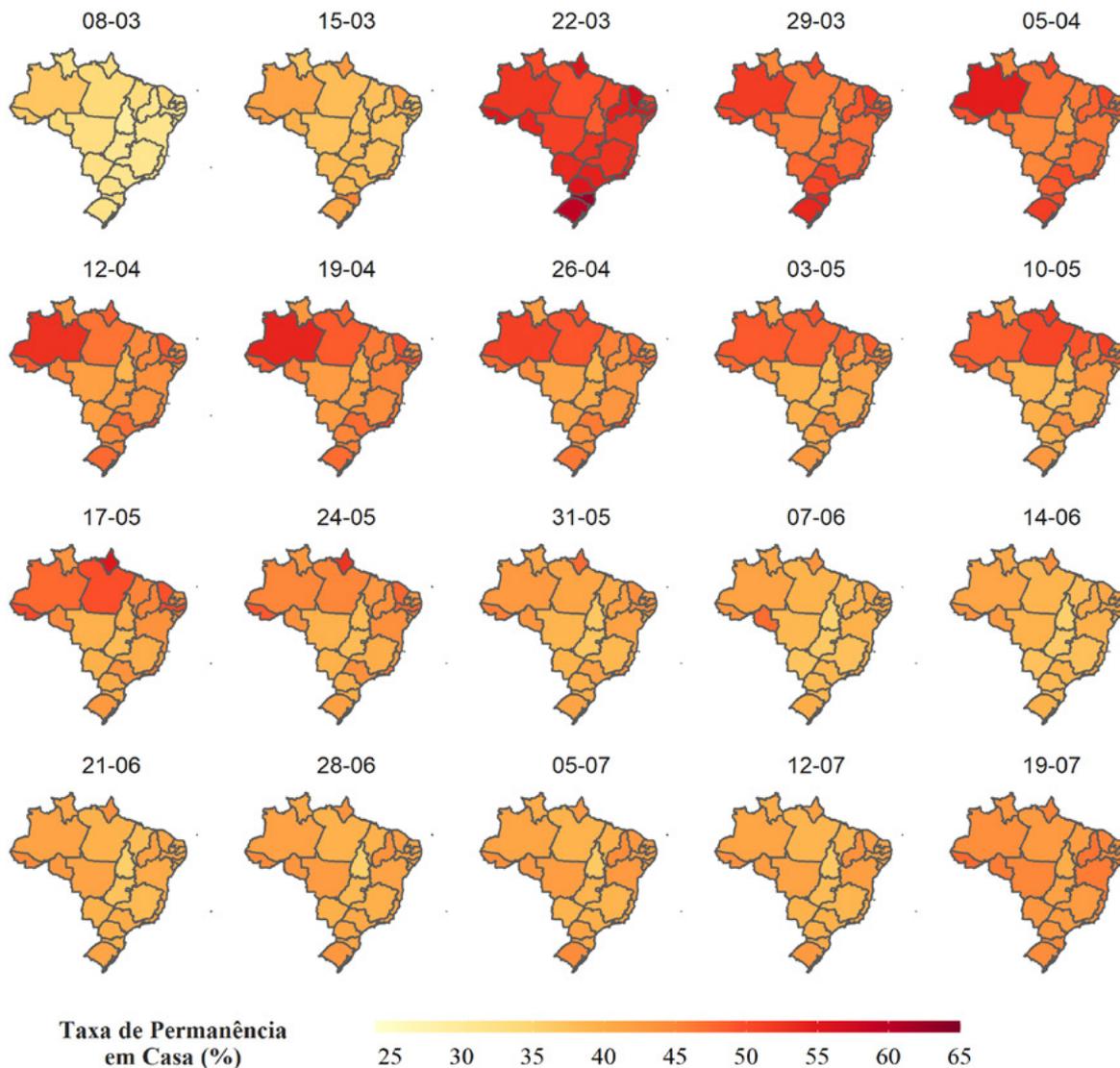
Na realidade, os dados mostram que os estados flexibilizam mais rapidamente quando a média diária se reduz (100% dos estados) ou permanece estável (37%) do que aumentam o rigor do distanciamento quando cresce a média de mortes (17%). De modo geral, mesmo diante do aumento na média de mortes diárias, os estados não adotaram medidas mais rígidas para aumentar o distanciamento físico no mês de julho.

A Adesão da População às Medidas de Distanciamento Físico

A análise da adesão da população às medidas de distanciamento físico baseou-se nos dados agregados de mobilidade que rastreiam a geolocalização de aproximadamente 60 milhões de usuários de *smartphones* em todo o Brasil fornecidos pela Inloco⁷. Considerando a porcentagem de telefones celulares que permanecem na mesma localização geográfica durante o dia (das 6h às 22h) de onde estiveram durante a noite (das 22h às 6h), a Figura 5 mostra a porcentagem de todos os celulares que estiveram em casa durante o dia por estado desde março até 20 de julho. Em todos os estados houve um salto no número de pessoas que permaneceu durante o dia no mesmo local em que estavam à noite, na primeira semana após o início das medidas de distanciamento social. No entanto, de forma contra-intuitiva, verifica-se que este percentual não foi maior nos estados que implantaram políticas de distanciamento mais rígidas. Por exemplo, na semana de 22 a 28 de março, o estado de Goiás registrou o maior valor médio de Rigidez de Políticas de Distanciamento Social (RPDS) (0,88); em contrapartida, em média, o percentual de pessoas que permaneceu em suas casas foi de 52,5%, inferior àquele verificado no Mato Grosso do Sul, o estado em que índice de distanciamento atingiu seu menor nível (0,33) na mesma semana, e onde, em média, 53,5% das pessoas mantiveram-se em seus lares durante o dia.

⁷ Os dados de localização da Inloco são considerados de alta precisão por ter um erro padrão estimado de medições de localização de 2,8 metros.

Figura 5 - Permanência em (% de *smartphones* sem registro de deslocamento geográfico) dos 26 estados e DF (de março a 20 de julho de 2020)



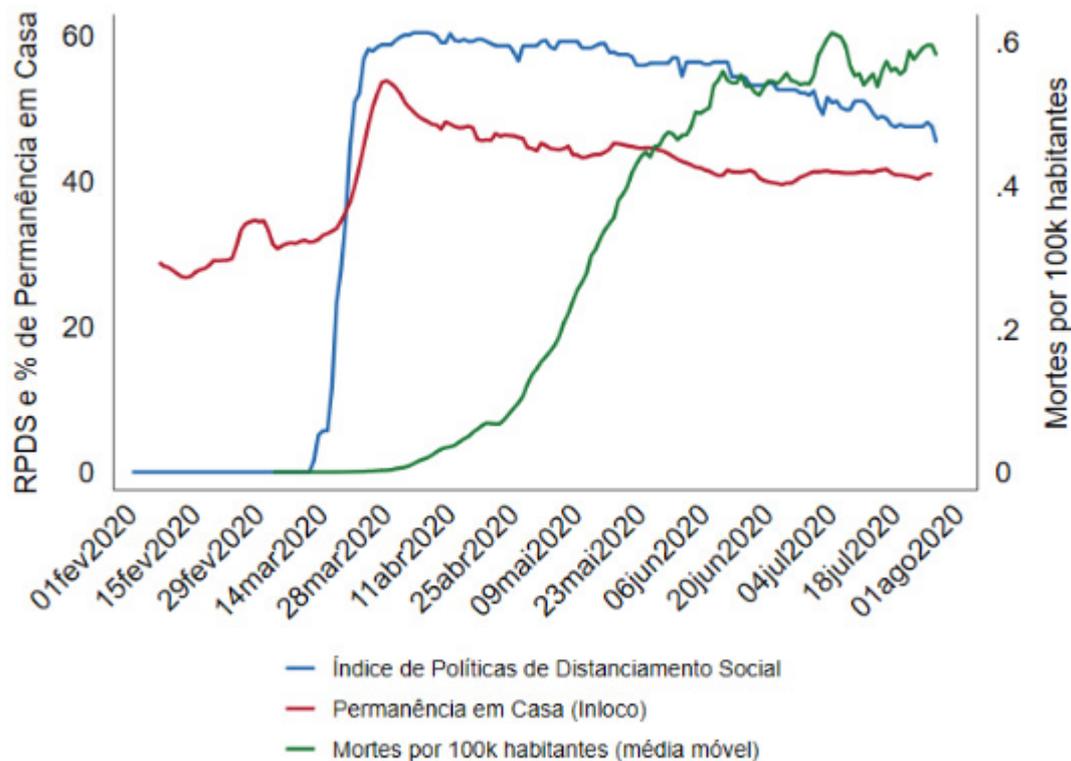
Fonte: Inloco, 2020.

Os resultados referentes ao estado de Mato Grosso refletem um padrão identificado em todo o período estudado: o grau de permanência em casa não se mostra substancialmente superior naqueles estados em que as políticas de distanciamento foram mais rígidas. Outra tendência observada diz respeito aos níveis médios de permanência domiciliar: ao mesmo tempo em que a adesão à permanência em casa saltou de 39,2% para 53,7% no início, o movimento de queda nas semanas seguintes foi evidente. A região Sudeste desponta como a mais ativa em termos de políticas de distanciamento social (Índice de 0.68 na última medição) desde a segunda semana de junho, o que contrasta com os piores níveis alcançados pelo isolamento: em média, apenas 39.96% das pessoas mantiveram-se em casa.

Com base no Valor Adicionado Bruto (VAB) de 2017, não foi possível afirmar que o comportamento divergente dos acompanha a estrutura da economia, pois os estados com economia predominantemente agrícola apresentam índices de isolamento semelhantes aos estados mais industrializados.

A Figura 6 apresenta as médias do Índice de Rigidez de Políticas de Distanciamento Social (RPDS) e da mobilidade dos indivíduos durante o dia, com relação a média móvel de mortes por 100 mil habitantes nos 26 estados e no DF. Os estados adotaram políticas moderadas para aumentar o distanciamento físico em março. Porém, apesar do crescimento da pandemia, ao invés de ampliarem as medidas, os governos estaduais, de forma geral, reduziram gradativamente as medidas ao longo do tempo, mesmo com a tendência nacional de crescimento acentuado nas mortes. O aumento dos óbitos foi mais expressivo em maio e no início de junho e, apesar do aumento significativo do isolamento domiciliar em março, houve uma diminuição gradual ao longo de abril, maio e junho. Ou seja, a redução das políticas de distanciamento físico foi acompanhada por quedas no nível de isolamento em todos os estados, como ilustrado pela Figura 6.

Figura 6 - Média Nacional do Índice de Rigidez das Políticas de Distanciamento Social dos Estados, Isolamento Domiciliar e Média Móvel das Mortes Diárias por 100 mil habitantes



Fonte dos dados: CGRT-BRFED (2020), Inloco (2020) e Cota (2020) baseado em boletins epidemiológicos publicados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Primeiras Conclusões

- Apesar do aumento de declarações sobre a entrada no estágio final da pandemia, todos os estados brasileiros se encontram em uma situação de nível alto ou moderado-alto de risco.
- As políticas públicas adotadas pelos estados não fizeram parte de uma estratégia nacional e tampouco se basearam em programas de testagem em massa e rastreamento de contatos recomendados pela OMS e sugeridos pela experiência dos países que obtiveram maior êxito no combate à pandemia.
- A insuficiência de testes realizados no país e a não priorização de testes RT-PCR, que representam o padrão mais eficiente e preciso para diagnóstico de pessoas infectadas, continuam dificultando a eficácia das políticas públicas e o controle da pandemia.
- A maior parte dos estados optou por compras e contratações para aumentar o número de testes disponíveis, porém vários estados deram preferência aos testes rápidos. Essa decisão evidencia a subutilização dos testes RT-PCR como medida de vigilância epidemiológica, principalmente no rastreamento de contatos de pessoas infectadas e seu consequente isolamento.
- A ênfase dada ao aumento de testes de COVID-19 disponíveis, sem medidas de vigilância complementares, foi identificada nas normativas estaduais.
- Embora os estados tenham adotado medidas para aumentar o distanciamento físico a partir de março de 2020, a flexibilização parcial ou total nos meses de abril, maio, junho e julho foi acompanhada por uma redução significativa e constante do isolamento social pela população.
- A ausência de estratégias robustas de testagem aliadas à flexibilização e redução do distanciamento físico ajudam a compreender o risco em que se encontram os estados brasileiros e os elevados números de óbitos.

Recomendações

1. Aumentar a disponibilidade e realização de testes RT-PCR que permitem identificar pessoas doentes especialmente em estados com carência de estruturas e equipamentos necessários para realização deste tipo de testagem nos casos suspeitos.
2. Adotar medidas que favoreçam o rastreamento, a identificação e o isolamento de contatos e de pessoas infectadas, de modo a viabilizar estratégias diversificadas de combate à pandemia.
3. Dar transparência e divulgar para a sociedade dados sobre a evolução da pandemia em tempo real incluindo a incidência da média móvel de novos casos diários identificados por testes RT-PCR e sorológico separadamente.
5. Ampliar a fiscalização das medidas de distanciamento físico e implementar a retomada das políticas de rigidez para aumentar o isolamento em estados com dados indicativos de risco elevado.

Referências

- Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Contact Tracing for COVID-19. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/contact-tracing/contact-tracing-plan/contact-tracing.html>.
- Cota, Wesley. 2020. <https://raw.githubusercontent.com/wcota/covid19br/master/cases-brazil-states.csv>.
- Hsiang, S., Allen, D., Annan-Phan, S. et al. "The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic." *Nature* (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8>.
- OMS, 2020. Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of Covid-19. Annex to Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19, 12 de maio de 2020.

O QUE É A REDE

Somos mais de 70 pesquisadores mobilizados para aperfeiçoar a qualidade das políticas públicas do governo federal, dos governos estaduais e municipais que procuram atuar em meio à crise da Covid-19 para salvar vidas. Colocamos nossas energias no levantamento rigoroso de dados, na geração de informação criteriosa, na criação de indicadores, na elaboração de modelos e análises para acompanhar e identificar caminhos para as políticas públicas e examinar as respostas que a população oferece.

A Rede de Pesquisa Solidária conta com pesquisadores das Humanidades, das Exatas e Biológicas, no Brasil e em outros países. Para nós, a fusão de competências e técnicas é essencial para se enfrentar a atual pandemia. O desafio é enorme, mas é especialmente entusiasmante.

E jamais seria realidade se não fosse a contribuição generosa de instituições e doadores privados que responderam rapidamente aos nossos apelos. A todos os que nos apoiam, nosso muito obrigado.

Visite nosso site: <https://redepesquisasolidaria.org/>

Siga a Rede de Pesquisa Solidária na redes sociais



QUEM FAZ

Comitê de Coordenação

Glauco Arbix (USP), João Paulo Veiga (USP), Fabio Senne (Nic.br), José Eduardo Krieger (InCor-Faculdade de Medicina USP), Rogério Barbosa (Centro de Estudos da Metrópole), Ian Prates (Cebrap, USP e Social Accountability International), Graziela Castelo (CEBRAP) e Lorena Barberia (USP)

Coordenação Científica Lorena Barberia (USP)

Editores Glauco Arbix, João Paulo Veiga e Lorena Barberia

Doações e contato redepesquisasolidaria@gmail.com

Consultores Alvaro Comin (USP) • Diogo Ferrari (Universidade de Chicago) • Flavio Cireno Fernandes (Prof. da Escola Nacional de Adm. Pública e Fundação Joaquim Nabuco) • Márcia Lima (USP e AFRO-Núcleo de Pesquisa e Formação em Raça, Gênero e Justiça Racial) • Marta Arretche (USP e Centro de Estudos da Metrópole - CEM) • Renata Bichir (USP e CEM) • Guy D. Whitten (Texas A&M University) • Arachu Castro (Tulane University)

Design Claudia Ranzini

Equipe responsável pela Nota Técnica No.18

Coordenação Tatiane C Moraes de Sousa (Fiocruz) e Lorena Barberia (DCP-USP)

Pesquisadores Michelle Fernández (IPOL/UnB), Paulo Agabo (DCP-USP), Dara Aparecida Vilela (DCP-USP), Luiz Guilherme Roth Cantarelli (DCP-USP), Maria Letícia Claro (DCP-USP e CEPESP/FGV), Anna Paula Ferrari Matos (DCP-USP), Natália de Paula Moreira (DCP-USP), Ingrid Castro (DCP-USP), Isabel Seelaender Costa Rosa (DCP-USP), Pedro H. de Santana Schmalz (DCP-USP e CEPESP/FGV), Marcela Mello Zamudio (DCP-USP e CEPESP/FGV), Fabiana da Silva Pereira (DCP-USP), Vanessa Trichês Pezente (Fiocruz), Stelle de Souza (IPOL/UnB) e Thiago Moraes (UNESP)

Instituições parceiras



Instituições de apoio

