



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

VYNA MARIA CRUZ LEITE

**Crise Sanitária e (Des) Coordenação Federativa: impactos nas políticas sociais à
população idosa em estados nordestinos durante a COVID-19**

Área de Concentração: Avaliação em Saúde
Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas e
Tecnologias em Saúde

Orientadora: Professora Carmem E. Leitão Araújo

Fortaleza – Ce

2025

VYNA MARIA CRUZ LEITE

Crise Sanitária e (Des) Coordenação Federativa: impactos nas políticas sociais à população idosa em estados nordestinos durante a COVID-19

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Avaliação em Saúde.

Orientadora: Professora Carmem E. Leitão Araújo

**Fortaleza – Ce
2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- L556 Leite, Vyna Maria Cruz.
Crise Sanitária e (Des) Coordenação Federativa: impactos nas políticas sociais à população idosa em estados nordestinos durante a COVID-19 / Vyna Maria Cruz Leite. – 2025.
120 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Carmem E. Leitão Araújo.
1. Política Pública, COVID-19, pessoa idosa, avaliação em saúde, Federalismo. I. Título.
CDD 610
-

VYNA MARIA CRUZ LEITE

Crise Sanitária e (Des) Coordenação Federativa: impactos nas políticas sociais à população idosa em estados nordestinos durante a COVID-19

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Avaliação em Saúde.

Orientadora: Professora Carmem E. Leitão Araújo

Aprovado em: 30 de janeiro de 2025

BANCA EXAMINADORA

Carmem E. Leitão Araújo (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Shamyr Sulyvan de Castro (Examinador Interno)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ricardo Hugo Gonzalez (Examinador Interno)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Alcides Viana de Lima Neto (Examinador Externo à UFC)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Oswaldo de Goes Bay Junior (Examinador Externo à UFC)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

DEDICATÓRIA

*À memória de minha mãe,
Margarida Maria Leite, que me apoiou
durante toda vida e foi minha maior
incentivadora e inspiração para que eu
nunca desistisse durante os percursos.*

AGRADECIMENTOS

À todas as idosas e idosos com os quais convivi, trabalhei e pesquisei desde o início de minha vida profissional e que me proporcionaram chegar a este título.

À todas e todos que lutam diariamente para a manutenção e qualidade das Universidades Públicas Brasileiras e pelo Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS).

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e à Universidade Federal do Ceará (UFC) pelas oportunidades, estrutura e apoio fundamental para a realização deste trabalho.

Aos Professores e orientadores Alberto Novaes Ramos Júnior e Carmem E. Leitão Araújo, por terem me impulsionado na realização e finalização desta Tese.

Aos profissionais da Secretaria do Programa de Pós-Graduação, representada pela querida Dominik, sempre disponível a ajudar quando precisamos.

Aos professores que me ajudaram e me ensinaram ao longo do doutorado, obrigada pela disponibilidade e ensinamentos, tão imprescindíveis para que eu construísse essa história. Meu agradecimento também aos Professores Shamy de Castro, Ricardo Gonzalez, Lyane Ramalho, Osvaldo Bay Junior e Alcides Viana pela disponibilidade e avaliação gentil no momento de minha qualificação e defesa.

Aos gestores que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Aos colegas de curso, que se transformaram em amigas e amigos e que também foram apoio importante durante essa trajetória.

À minha companheira Vlândia, por toda paciência, encorajamento e amor que me fizeram continuar, mesmo quando pensei em desistir.

Muito obrigada.

Resumo

Esta tese insere-se no debate sobre as decisões e estratégias para a atenção à saúde e defesa dos direitos à população idosa, tomadas no contexto de crise política e sanitária da pandemia de COVID-19. Propusemos analisar a atenção à saúde desta população considerando as relações intergovernamentais no período do Governo Bolsonaro. A pesquisa adotou uma abordagem multimétodos, tendo os nove estados do Nordeste como campo empírico. Foram utilizados dados demográficos, de morbimortalidade, número de casos e de óbitos por COVID-19, internações hospitalares, além da vacinação. Foram analisados os decretos estaduais de distanciamento social e o início da vacinação na população idosa, comparando os estados da região. Os 24 Boletins do Comitê Científico do Consórcio Nordeste, publicados entre abril de 2020 e abril de 2022 e a análise de dez entrevistas, com gestores das políticas de saúde e da assistência social do Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba também foram utilizadas. Os resultados indicam que a morbimortalidade da população idosa já era elevada antes da pandemia, mas apresentou um crescimento acentuado após a emergência sanitária, atingindo todos os estados da região. Observou-se uma relativa homogeneidade nas medidas adotadas pelos governos estaduais para o enfrentamento da crise, bem como um aumento expressivo das internações e dos óbitos por COVID-19, mesmo após a implementação de rigorosas medidas de contingência e início da vacinação. A crise federativa intensificou-se em razão da ausência de coordenação nacional, particularmente no que se refere à atenção à população idosa, impulsionando a cooperação interestadual na região Nordeste. Contudo, as iniciativas estaduais, apesar de relevantes, mostraram-se insuficientes para mitigar plenamente os impactos da pandemia sobre esse grupo vulnerável. O negacionismo e a descontinuidade do Governo Federal em relação ao modelo de articulação, resultaram na fragmentação e ineficácia das respostas, com repercussões especialmente severas à população idosa. Em contrapartida, os estados nordestinos estruturaram estratégias colaborativas com diferentes instâncias de poder, priorizando a cooperação em detrimento do conflito. Concluímos que o planejamento e implementação de novas políticas voltadas à garantia dos direitos da população idosa, bem como do fortalecimento de mecanismos institucionais que previnam a desarticulação federativa, principalmente em situações de crise, ainda são necessárias.

Descritores: Política Pública, COVID-19, pessoa idosa, avaliação em saúde, Federalismo.

Abstract

This thesis is part of the debate on decisions and strategies for health care and defense of the rights of the elderly population, taken in the context of the political and health crisis of the COVID-19 pandemic. We proposed to analyze health care for this population considering intergovernmental relations during the Bolsonaro government. The research adopted a multi-method approach, using the nine states of the Northeast as the empirical field. Demographic data, morbidity and mortality, number of cases and deaths from COVID-19, hospitalizations, and vaccination were used. State decrees of social distancing and the start of vaccination for the elderly population were analyzed, comparing the states of the region. The 24 Bulletins of the Scientific Committee of the Northeast Consortium, published between April 2020 and April 2022, and the analysis of ten interviews with managers of health and social assistance policies in Ceará, Rio Grande do Norte, and Paraíba were also used. The results indicate that morbidity and mortality among the elderly population was already high before the pandemic, but showed a sharp increase after the health emergency, affecting all states in the region. There was relative homogeneity in the measures adopted by state governments to face the crisis, as well as a significant increase in hospitalizations and deaths from COVID-19, even after the implementation of strict contingency measures and the start of vaccination. The federal crisis intensified due to the lack of national coordination, particularly with regard to care for the elderly population, boosting interstate cooperation in the Northeast region. However, state initiatives, although relevant, proved insufficient to fully mitigate the impacts of the pandemic on this vulnerable group. The denialism and discontinuity of the Federal Government in relation to the coordination model resulted in the fragmentation and ineffectiveness of responses, with especially severe repercussions for the elderly population. In contrast, the northeastern states have structured collaborative strategies with different levels of power, prioritizing cooperation over conflict. We conclude that the planning and implementation of new policies aimed at guaranteeing the rights of the elderly population, as well as the strengthening of institutional mechanisms that prevent federative disarticulation, especially in crisis situations, are still necessary.

Descriptors: Public Policies, elderly people, COVID-19, health assessment, Federalism.

Lista de Tabelas, Figuras e Gráficos

Tabela 1: Arranjos organizacionais da União, dos estados do Ceará, Paraíba e Rio Grande do Norte acerca da política da pessoa idosa, 2024. 38

Tabela 1. (Artigo 1) Dados gerais e populacionais acerca da morbimortalidade por COVID-19 bem como de medidas de prevenção e controle nos estados da região Nordeste entre março de 2020 e agosto de 2022. 46

Figura 1. (Artigo 1) Proporção de internações hospitalares com evolução para óbito em pessoas idosas, nos estados da Região Nordeste do Brasil, entre janeiro de 2018 e agosto de 2022. 49

Figura 2. (Artigo 1) Taxa de mortalidade específica de COVID-19 (por 100 mil habitantes) em pessoas idosas nos estados da Região Nordeste entre fevereiro de 2020 e setembro de 2022. 50

Quadro 1. (Artigo 2) Medidas de enfrentamento à pandemia, atenção à saúde da pessoa idosa e as relações intergovernamentais nos estados nordestinos, 2020-2022. 68

Quadro 1. (Artigo 3) Temas, recomendações e ações propostas nos Boletins do Comitê de enfrentamento à COVID-19 do Consórcio Nordeste, 2024. 92

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	14
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 Coordenação Federativa e relações intergovernamentais do Brasil	19
2.2 As Políticas Públicas de Saúde e relações intergovernamentais no Brasil	22
2.3 Crise Sanitária e política no Brasil: as relações intergovernamentais no enfrentamento à pandemia de Covid-19	25
2.4 Políticas Públicas para a população idosa no Brasil	28
3 OBJETIVOS	36
4 ESCOLHAS METODOLÓGICAS	36
5 RESULTADOS.....	40
5.1 Artigo “Decisões dos governos estaduais e os impactos na atenção à saúde de pessoas idosas na pandemia de COVID-19 no Nordeste brasileiro”	41
5.2 Artigo “Relações intergovernamentais e a saúde da população idosa frente as crises política e sanitária de COVID-19 no Brasil”	62
5.3 Artigo “O Consórcio Nordeste e a articulação política durante a pandemia de Covid-19: federalismo brasileiro e a crise política do Governo Bolsonaro”	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas	110
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	112
APÊNDICE C – Termo de Compromisso para utilização dos Dados	115
ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC	116
ANEXO II – Comprovante de Publicação no CSP	119
ANEXO III – Comprovante de Submissão na Rev Saúde e Sociedade	120

APRESENTAÇÃO

Esta tese representa o almejado produto construído e amadurecido dos últimos cinco anos de envolvimento na gestão e pesquisas sobre as políticas públicas voltadas às pessoas idosas.

Desenvolvida no âmbito do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (PPGSP/UFC), este trabalho deriva do meu percurso de aproximação com as políticas públicas¹, especificamente da saúde e da defesa dos direitos da população idosa, na gestão estadual da política da pessoa idosa no Ceará, particularmente no contexto pandêmico e pós-pandêmico.

Ter vivenciado a pandemia de COVID-19 entre os anos de 2020 e 2023 foi algo quase indescritível, difícil em muitos aspectos. Tornou ainda mais complexo dar continuidade ao doutorado, considerando tudo que me atravessava e provocava naquele momento de mudanças pessoais e profissionais. Iniciei o curso de doutorado no PPGSP/UFC em agosto de 2018, sob a orientação do Professor Alberto Novaes Ramos Junior. A intenção era contribuir com o grupo de pesquisa que aborda Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN's), particularmente em estudos sobre a hanseníase. No mesmo período assumi a função de Coordenadora de Políticas Públicas para as Pessoas Idosas, vinculada, até 2022, à Secretaria Estadual da Proteção Social do Governo do Ceará, posteriormente, a partir de 2023, à Secretaria dos Direitos Humanos do Estado.

De 2018 até o início do ano de 2020 explorei atividades na universidade, congressos e diversos espaços, ligados à temática da hanseníase, que me abriram as primeiras portas da vida acadêmica, ainda interessada em doenças negligenciadas. Estava com um projeto promissor em mãos, mas logo que foi declarada a pandemia, imersa nas discussões e ações naquele momento sobre a Política da Pessoa Idosa, assim como integrada também ao Conselho Estadual de Direitos da Pessoa Idosa, questionei meu objeto de estudo. Eu estava muito motivada para

¹ Basear-nos-emos no conceito de políticas públicas apresentado por autores como Souza (2006), Agum, Riscado, Menezes (2015), Almeida e Gomes (2018) que consideram políticas públicas a forma como governos decidem o que fazer ou não, para proporcionar bem-estar a sua população, um campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo 'colocar o governo em ação' e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças nos rumos ou cursos dessas ações (variável dependente), estando vinculadas ao papel do Estado e dos governos, perpassando por múltiplas disciplinas como a administração pública, economia, sociologia e ciência política.

estudar sobre políticas, particularmente relacionadas ao envelhecimento. Assim, vivi um conflito que mudaria os rumos da minha pesquisa e da minha trajetória no doutorado.

Embora eu não tivesse aproximação com a pesquisa da COVID-19, nem profundo conhecimento sobre a metodologia qualitativa, sugeri ao Professor Alberto que pudéssemos estudar sobre a crise sanitária da COVID-19 e suas repercussões na população idosa. Apresentou-me então a Professora Carmem E. Leitão Araújo, que estava chegando à Universidade Federal do Ceará, após 10 anos residindo em Belo Horizonte, quando fez seu doutorado em Ciência Política. A ideia era que ela poderia me apoiar na construção de uma nova pesquisa. Após reconectar-me a Professora Carmem, pois já a conhecia de outros trabalhos, iniciamos uma discussão sobre uma nova proposta de estudo, o qual começou a ser construída. Este caminho foi permeado por muita tristeza, perdas de sentido e de entes amados, inclusive em decorrência da COVID-19. Entretanto, apesar das muitas dúvidas se conseguiria finalizar tudo aquilo, estive comigo sempre o desejo de ver a pesquisa concluída.

Foi só nesse período que, com o apoio de professores, resolvi colocar uma definição nas mudanças da pesquisa. Comecei a organizar o projeto, aproximar-me de outro objeto de estudo e referencial teórico, agora inserido no campo da Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Busquei e organizei informações para uma nova pesquisa com outros desafios, dentre os quais a mudança de novos modos de fazer pesquisa.

Apoiada pelos meus dois orientadores e por todos os professores durante as muitas disciplinas realizadas, redirecionei a pesquisa, elaborei nova pergunta de investigação, reorganizei a metodologia e os sentimentos que precisava para seguir. Também elaborei produtos bibliográficos para publicações, participação e apresentação de trabalhos em congressos e outros eventos acadêmicos e não acadêmicos, dentre outras realizações. Ressalta-se a organização de um trabalho técnico relevante, promovido em parceria com a UFC e Ministério da Mulher e dos Direitos Humanos, o curso Capacitação para a Criação e Fortalecimento dos Conselhos e Fundos de Direitos das Pessoas Idosas no Ceará, que envolveu todos os municípios do estado.

A motivação deste trabalho inegavelmente também se vincula às intensas mudanças na coordenação das Políticas Públicas, em especial da política de saúde para população idosa no Brasil. Após três anos de pandemia pela COVID-19, vivenciamos uma crise na assistência à saúde e na política sem precedentes. Com mais de 710 mil vidas perdidas pela doença no Brasil nos três anos desde o primeiro óbito, sendo mais de 136 mil apenas na região Nordeste, a pandemia mostrou o papel decisivo do Estado brasileiro e a importância de fortalecer as

políticas públicas sociais, em especial a da saúde e proteção social, voltadas a populações mais vulneráveis.

Os anos de pandemia e toda conjuntura política do então Governo Federal formaram o cenário para pesquisa que resultou nesta tese. Nela se reforça a importância de maiores análises dos impactos das transformações das políticas de saúde e proteção à população idosa, identificando boas práticas. Considera a relevância da cooperação intergovernamental e da coordenação intergovernamental mais efetiva, imprescindíveis para subsidiar a formulação de políticas públicas para o presente e futuro do país.

1. INTRODUÇÃO

Com a ascensão do Governo Bolsonaro, políticas sociais foram ainda mais atingidas por medidas de austeridade. Com a justificativa de tentar resolver a crise econômica, o Governo Federal buscou medidas para a redução da participação do Estado no provimento de políticas públicas. Isso se deu por meio da desresponsabilização do governo federal de uma série de questões vinculadas a essas políticas, delegando-as aos governos subnacionais (Oliveira e Fernandez, 2021; Abrucio *et al.*, 2020).

Exemplo das tentativas de diminuir o tamanho do Estado, foi a proposta de reforma administrativa proposta pelo então Governo Federal, com medidas para diminuir as garantias orçamentárias previstas na Constituição Federal para os serviços públicos², especialmente na saúde e educação. Também foram notadas pelas medidas de retirar direitos dos servidores públicos, além de reduzir investimentos e a oferta de bens e políticas que combatem as desigualdades para populações mais vulneráveis como a idosa, a população negra, a LGBTQIA+ (Reis, 2018) e as pessoas com deficiência.

A crise econômica, política e institucional já se aprofundava quando uma emergência pública mundial assolou o país, a Pandemia pelo Coronavírus Disease -19 (COVID-19), que chegou no Brasil em fevereiro de 2020, quando o primeiro caso foi notificado na cidade de São Paulo. Os governos do mundo inteiro se viram obrigados a se organizarem e buscarem estratégias de enfrentamento àquela situação crítica que ameaçava a vida da população.

Em um contexto de crise sanitária pela COVID-19, os governos estaduais brasileiros foram provocados a se (re) organizarem e buscarem estratégias. Isso ficou agravado em função do que se apresentava como uma falta de coordenação federal resolutiva no enfrentamento à crise sanitária. As intervenções variaram substancialmente entre estados e municípios, tanto quanto às medidas que foram adotadas, quanto ao momento em que foram instituídas. A COVID-19 teve impacto severo na região Nordeste e falta de liderança do governo federal em

² O Congresso Nacional recebeu a reforma administrativa pretendida pelo presidente Jair Bolsonaro no dia 3 de setembro de 2020. Na primeira fase, as mudanças elaboradas pela equipe econômica do governo estavam todas contidas numa única proposta de Emenda à Constituição (PEC), identificada como [32/2020](#), que depois de aprovada, seria promulgada pelas Mesas da Câmara e do Senado, passando a integrar definitivamente o texto da Constituição (Fonte: Agência Senado).

formular uma resposta nacional consistente levou estados e municípios a tomar decisões e responder a pandemia. (Alves, 2019; Kerr *et al*, 2020).

Seguindo no sentido contrário do que se esperava, o então governo Federal demonstrou que, por melhor que seja o Sistema Único de Saúde (SUS), sem o papel ativo de coordenação do governo federal, o sistema fica comprometido, principalmente por conta do modelo federativo caracterizado pela interdependência e coordenação. O confronto intergovernamental e a luta constante contra adversários reais ou imaginados, que mobilizam a lógica de guerra contra instituições, lideranças e imprensa em um claro repúdio a negociação, marcam o modelo do federalismo brasileiro (Abrucio *et al.*, 2020).

Em cenário de fragilização deliberada do papel de coordenação de políticas públicas pelo governo federal (Vieira e Servo, 2020; Abrucio *et al.*, 2020), de dissonância entre governo federal e governos subnacionais, repercussões na prevenção da transmissão do SARS-CoV-2 (COVID-19), no acesso ao diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas acometidas eram inevitáveis. Como se sabe, neste cenário, aguçou-se as consequências nas populações vulnerabilizadas, dentre as quais a população idosa. Uma população na qual sua expectativa de vida depende das condições sociais, e que, portanto, necessita de políticas públicas específicas e prioritárias. Uma população que cresce há décadas em função de mudanças no perfil demográfico, incorporando mais anos a sua expectativa de vida. O crescimento da população idosa é mais acentuado do que qualquer outra faixa etária, de modo que o Brasil vive um dos mais intensos processos de envelhecimento entre os países mais populosos do mundo (Closs e Schwanke, 2012; Jardim, Medeiros e Britto, 2006; De Lima e Bueno, 2009).

É fato que o número de óbitos por COVID-19 teve rápida tendência de crescimento temporal, particularmente na população mais envelhecida em contextos de maior vulnerabilidade social (Florêncio, Paiano e Costa, 2020). Dados do monitoramento nacional da COVID-19 até julho de 2023 indicam o registro de mais de 705.000 óbitos pela COVID-19, 69,1% em pessoas com idade acima de 60 anos (Brasil, 2022). Outros fatores, como ser do sexo masculino e ter idade ainda mais avançada, estiveram associados à mortalidade entre pessoas idosas hospitalizadas por COVID-19 (Nunes *et al*, 2020).

Em relação aos estados da região Nordeste, as primeiras ações de enfrentamento à pandemia de COVID-19, ainda em 2020, convergiram para a divulgação dos planos de contingência, os decretos de estado de emergência e a adoção das primeiras medidas de

distanciamento social. No entanto, a falta de políticas integradas coordenadas pelo Governo Federal aumentaram as chances de cada governo estadual adotar medidas que atendessem às necessidades políticas e econômicas locais. Também a descentralização das políticas aos governos municipais, em grande medida de pequeno porte, inviabiliza, por si, a infraestrutura necessária para os cuidados de saúde na emergência de saúde pública (Xavier *et al*, 2022). Ou seja, era preciso ainda mais cooperação entre os entes governamentais.

Segundo Fernandez, de Souza e Carvalho (2021), as necessidades das relações intergovernamentais surgem de situações novas que ultrapassam os arranjos constitucionais pré-estabelecidos nos países. No contexto da pandemia da COVID-19, os profundos problemas sociais no Brasil foram ainda mais agravados e evidenciados e isso deveria impulsionar uma maior aproximação nas relações intergovernamentais. No entanto, o que se apresentou foi um enfraquecimento na relação entre Governo nacional e subnacionais (Oliveira e Fernandez, 2021).

Na tentativa de compartilhar iniciativas que pudessem ter maior impacto em suas ações de contingência individuais e, ao mesmo tempo, gerar impacto de forma mais efetiva, integrada e regional, os governadores da região nordeste decidiram por potencializar o papel do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste, o Consórcio Nordeste (Clementino, 2019).

Criado em 2019, o Consórcio se apresenta como um mecanismo de gestão pública, mas também de apoio e força política na barganha de recursos financeiros com o então governo federal. Sob um caráter inédito, por ser a primeira experiência consorciada entre os estados brasileiros, o Consórcio agregou interesses em minimizar burocracias e barreiras entre os governos estaduais, no sentido de possibilitar ações proativas e colaborativas entre os entes governamentais. Neste sentido, condensou os intensões de gerar efeitos sinérgicos na implementação de políticas públicas e desenvolvimento da região (Clementino, 2019). Além disso, um de seus objetivos seria oferecer aos governos estaduais meios de compartilhar recursos horizontais e verticais com outros órgãos governamentais, mantendo a autonomia do Estado, fortalecendo sua capacidade individual de atuação.

No contexto da COVID-19, as estratégias do Consórcio Nordeste foram estabelecidas de forma colegiada, publicizadas oficialmente por meio da divulgação de Cartas, publicadas nas redes sociais do Consórcio. Recomendações foram divulgadas por meio de boletins, defendendo o distanciamento social como medidas “pró-vida” e equilíbrio entre a vida e a economia, indo de encontro aos pronunciamentos negacionistas de representantes do Governo

Federal (Northeast Consortium, 2020).

As estratégias permaneciam sem definições claras para conter o crescimento da COVID-19 no país. Especialmente pelo fato de o Presidente da República manter o discurso de minimização dos efeitos da pandemia, por vezes em conflitos com o próprio Ministério da Saúde, governadores e instituições em todo o país (Teixeira e Santos, 2023).

Em geral, as decisões entre os estados nordestinos destoavam das decisões federais. Os governos subnacionais empreenderam esforços para gerar mecanismo de contenção da pandemia.

É participando como Gestora e Conselheira de Direitos da Política Estadual da Pessoa Idosa no Ceará que nasce a inquietação e também pergunta de pesquisa que se apresenta, diante da crise sanitária e política no país, como as relações entre estados nordestinos e deles com o governo federal no enfrentamento à pandemia de COVID-19 impactaram nas políticas da saúde e proteção especificamente da população idosa? Qual a relação entre a morbimortalidade de pessoas idosas pela COVID-19 e as medidas tomadas pelos estados da região Nordeste durante a pandemia? Como se deu a atuação do Consórcio Nordeste e suas possíveis implicações nas políticas de saúde?

A crise nas relações intergovernamentais no Brasil durante o governo Bolsonaro teve implicações importantes em diversas áreas de políticas públicas, incluindo aquelas voltadas para a população idosa (Barreto et al, 2020; Santos, Silva e Pachu, 2021). O Estatuto da Pessoa Idosa estabelece uma responsabilidade compartilhada entre os entes federativos para garantir direitos e assistência à população idosa (Brasil, 2022). No entanto, a fragmentação nas relações intergovernamentais enfraqueceu a capacidade de coordenar políticas integradas, como nas ações durante a vacinação contra COVID-19, por exemplo, o que prejudicou principalmente as pessoas mais envelhecidas. Essa é a hipótese central da pesquisa.

O objetivo principal foi o de analisar as estratégias e as ações tomadas pelos estados do nordeste brasileiro, no que tange a atenção à saúde, especificamente da população idosa, durante o período da pandemia por COVID-19, como também, analisar como se deram as relações entre estados nordestinos e o governo federal no enfrentamento a pandemia de COVID-19 que tenham impactado nas políticas da saúde e proteção da população idosa.

A tese buscou contribuir também para o aprofundamento das reflexões sobre as relações intergovernamentais na política pública de saúde, considerando estritamente as decisões tomadas para a atenção à população idosa. Busca trazer reflexões para o fortalecimento da

atenção e da coordenação à saúde desta população, colaborando na formulação de políticas que assegurem o melhor desempenho na coordenação das políticas sociais do país.

Essa investigação fundamenta-se em duas premissas interdependentes, a de que a (des) coordenação da política de saúde agravou os resultados da pandemia em especial na população idosa e de que esse fenômeno impulsionou mudanças na dinâmica e relações intergovernamentais no Brasil. É certo que as relações intergovernamentais e as decisões de cada esfera de governo, muitas vezes conflitantes, passaram a se mostrar ainda mais relevantes quando o país se viu diante de uma grave crise sanitária, uma pandemia sem precedentes e que atingiria preferencialmente populações com maior vulnerabilidade biopsicossocial, como a idosa (Souza e Fontanelli, 2021; Lloyd-Sherlock et al, 2020). Buscamos analisar as estratégias e as decisões dos estados, definindo-se no recorte do estudo os estados nordestinos, especialmente em relação à atenção à saúde e proteção social à população idosa e para tanto, consideramos as mudanças na dinâmica da coordenação federativa de políticas sociais no Brasil, submetidos ao contexto crítico do Governo Bolsonaro.

Utilizamos a estratégia de triangulação de informações, como recurso para evitar vieses que pudessem inclinar a análise a partir da avaliação isolada de apenas uma das fontes de informação primária (entrevistas com atores-chave, documentos institucionais) ou secundária (dados existentes em sistemas de informações e literatura especializada na área).

Esperamos que os resultados possam prover uma melhor compreensão sobre as preferências, capacidades e interação entre os atores na política de saúde no contexto de crise, por conseguinte, sobre perspectivas futuras da tensa relação Estado e coordenação da política de saúde no Brasil, que também as políticas voltadas à população idosa tenham agenda prioritária dos governos nacional e subnacionais.

A tese está organizada em quatro diferentes capítulos, que tratam da Coordenação Federativa e as relações intergovernamentais no Brasil; das Políticas Públicas de Saúde e as relações intergovernamentais; da Crise Sanitária e política no Brasil e suas relações no enfrentamento à pandemia de COVID-19 e finalmente das Políticas Públicas para à população idosa no Brasil. Seus resultados serão apresentados na forma de três artigos organizados a partir das análises qualitativas e quantitativas realizadas ao longo da pesquisa.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Coordenação Federativa e relações intergovernamentais do Brasil

Para uma melhor compreensão dos impactos da crise sanitária que encontrou como cenário a já existente crise política no Brasil, é necessário primeiramente trazermos uma discussão sobre a organização política no país. O Brasil é um país federalista, ou seja, nele há o compartilhamento matricial da soberania, que, por conseguinte, deve garantir a autonomia dos governos e a interdependência entre eles (Arretche, 2012; Couto, 2019).

Federações são entendidas como as instituições políticas compostas por múltiplas dimensões, concebidas para manter ou agregar realidades heterogêneas dentro do mesmo território, não tendo um modelo único e dependendo do formato institucional e regras constitucionais de cada país (Brasil, 2016; Souza e Fontanelli, 2021).

O federalismo deve ser entendido como um fenômeno múltiplo que, dependendo do contexto e da configuração institucional, pode ter efeitos diferenciados nas políticas sociais. Autores como Broschek, Peterson e Toubreau (2017) mostravam o federalismo como um limitador da política social ao dispersar o poder de inibir políticas universais e equitativas. Por outro lado, autores como Obinger, Leibfried e Castles (2005) negam que o federalismo seja em si um obstáculo para implementação de políticas sociais, apesar de, pelas consequências do compartilhamento do poder, é recorrente na literatura a associação do federalismo ao impedimento de políticas voltadas para o bem-estar social (Obinger, Leibfried e Castles, 2005). Esses autores afirmam que existem impactos positivos ou negativos sobre o estado de bem-estar e que dependem de configurações institucionais específicas, recomendando relacionar diferentes tipos de federalismo com diferentes características assumidas pelas políticas sociais nos países (Soares e Machado, 2020; Arretche, 2012).

A existência de dois níveis territoriais autônomos de governo, um central (o governo nacional) e outro descentralizado (os governos subnacionais) implica na existência de poderes únicos e concorrentes sobre o mesmo território e povo, sendo que a União governa o território nacional e seus cidadãos, enquanto as unidades subnacionais governam uma parte delimitada do território nacional com seus habitantes (Soares, 2018). E esse compartilhamento de poder é o que geraria a existência conflituosa entre a implementação de mais políticas sociais e o federalismo (Arretche, 2012; Obinger, Leibfried e Castles, 2005).

Tsebelis (2002), por exemplo, sustenta que as regras e a disposição das instituições legislativas no federalismo aumentam o número de atores com poder de veto, e acentuam, conseqüentemente, a estabilidade decisória. Na mesma direção Arretche (2012) coloca que essa estabilidade muitas vezes prevalece não pela vontade dos indivíduos, mas por causa das estruturas institucionais que restringem o poder da maioria.

No Brasil, o ideário e estruturas institucionais da Constituição de 1988 estabelece características cooperativas para o federalismo brasileiro. A cooperação não é um dado, mas uma contínua negociação e barganha para gerar consensos que alinhem objetivos nacionais compartilhados com a autonomia subnacional (Grin e Abrucio, 2018).

No modelo cooperativo, a autoridade compartilhada combina autonomia subnacional com coordenação nacional. Esse arranjo foi disseminado após a Segunda Guerra Mundial (Obinger, Leibfried e Castles, 2005), onde, para garantir direitos universais, federações combinaram processos centralizados (como financiamento, normatização e indução) com implementação descentralizada e autônoma de políticas públicas. Assim, o modelo cooperativo não contrapõe centralização e descentralização, trata-as como combinação e não como oposição entre movimentos centrífugos e centrípetos (Broschek, Peterson e Toubeau, 2017).

Grin e Abrucio (2018) e Arretche (2012) destacam que a cooperação envolve arranjos institucionais e regras decisórias que incorporam interesses baseados territorialmente.

“Esses arranjos variam no grau em que fornecem poderes de veto às unidades subnacionais, pois o que está em jogo são temas como a alocação de responsabilidades em políticas públicas entre distintos entes governamentais em relação a sua produção, implementação e financiamento compartilhado” (Obinger, Leibfried e Castles, 2005).

Compreende-se então, que algumas características do federalismo brasileiro o levam a ser um típico caso de equilíbrio induzido pela estrutura. Isto é, tendo em vista que todos os jogadores conhecem o potencial de obstrução de uma pequena minoria, grande parte das medidas que poderiam contar com a maioria do Congresso e da opinião pública são retiradas da agenda. Porém, há formas e mecanismos de superar os desafios inerentes à formulação e à implementação de políticas públicas no Brasil (Couto, 2019; Loureiro, 2014).

Por décadas predominou na literatura uma visão negativa sobre a capacidade do federalismo brasileiro de prover políticas públicas, onde as críticas centraram-se na excessiva autonomia dos governos, nas relações intergovernamentais predatórias, na fragilização dos partidos, e em negociações distributivas como moeda de troca para minimizar o poder de veto

dos interesses locais. No entanto, elementos positivos do federalismo brasileiro passaram a ser percebidos. Identificou-se que ele não restringe a formulação e implementação de políticas públicas, sendo o SUS um exemplo, mas também a criação de consórcios intermunicipais e fóruns de governadores evidenciando a existência de mecanismos que promovem colaboração e ajudam a mitigar as relações predatórias entre entes federados (Arretche, 2012). Assim, enquanto as críticas sobre as disfunções do federalismo brasileiro são relevantes, é preciso notar a existência de dispositivos institucionais e experiências práticas que demonstram uma capacidade relevante de coordenação e formulação de políticas públicas.

De fato, ao se estabelecer uma divisão territorial do poder entre diferentes níveis de governo, torna-se necessário no Brasil, uma complexa combinação de atributos institucionais no que tange o desenvolvimento de políticas públicas (Soares e Machado, 2020). É preciso conciliar e maximizar os benefícios de uma comunidade política centralizada (Estado nacional) com a garantia de autonomia aos seus componentes (descentralização). Assim sendo, exige-se um elevado nível de coordenação e cooperação por parte dos atores governamentais (Soares e Machado, 2020).

O sistema federativo brasileiro exige, por exemplo, interdependência por causa do sistema tributário, que é altamente concentrado na União. A União concentra arrecadação e deve repassar recursos para municípios e estados (e estes também repassam recursos para municípios). A maioria dos municípios têm baixa capacidade arrecadatória e dependem destas transferências que se tornaram mecanismos relevantes de indução de políticas públicas (Lotta, 2020).

Soares e Machado (2020) lembram que existem diferentes e contraditórias formas de analisar o federalismo brasileiro e sua relação com as políticas sociais. Há os que apontam fatores limitantes do federalismo para a expansão e igualdade das políticas sociais e aqueles que destacam a multiplicidade de formas federativas e, portanto, seus variados impactos nas políticas sociais, sejam eles positivos ou negativos. Os que tratam o federalismo como fator limitante têm se concentrado principalmente nos processos de descentralização política e fiscal, com dispersão do poder e de recursos, tendo como efeito, a reprodução das desigualdades territoriais e restrições à expansão dos programas sociais.

Segundo descreve Souza (2019), estados e municípios possuem a autoridade para determinar questões cruciais, como gastar e cobrar parte de seus impostos, mas há uma série de políticas públicas decididas no centro, aprovadas pelo Congresso e que se impõe às instâncias subnacionais. O sistema político brasileiro agrega outras características, tais como,

a vinculação de recursos tributários das três esferas de governo, limitações na capacidade das esferas subnacionais de legislar sobre políticas próprias, e pela coordenação da esfera nacional no gerenciamento dos conflitos federativos. Esse cenário faz alguns autores demonstrarem especial interesse pelo tema da coordenação federativa das políticas públicas no Brasil (Arretche, 2012).

A Coordenação de Políticas Públicas é fundamental, pois busca o atingimento dos objetivos coletivos, os quais não ocorrem de forma natural nas organizações, nem entre os indivíduos, tendo que ser construída. Isso implica na proposição de incentivos que facilitem a adesão dos participantes da política e de suas agências (Souza, 2018). Coordenação é, portanto, um dos princípios mais importantes para a operacionalização dos serviços públicos no contexto brasileiro, em especial da saúde.

A coordenação é requerida entre organizações e atores políticos e burocráticos que compõem o mesmo nível de governo (coordenação horizontal) ou que compõem diferentes níveis de governo (coordenação vertical). Os custos da coordenação vertical são mais altos quando os países são organizados como federações, sendo matéria da Constituição ou de leis infraconstitucionais, necessitando negociações e acordos para sua implementação (Souza, 2018).

A coordenação vertical remete ao tema das relações intergovernamentais, ou seja, aquelas que se estabelecem entre diferentes níveis de governo para a produção de políticas, principalmente a da saúde. Em geral, a política de saúde é tratada como exemplo de integração, compartilhamento e decisão conjunta entre os entes federados, facilitada pelo papel indutor da União e pela institucionalização de comissões intergestores (Abrucio et al., 2020). A coordenação federativa teria facilitado o estabelecimento de um padrão de relações intergovernamentais que confere ao Sistema de Saúde a característica de ser um sistema universal em um federalismo tripartite de base local autônoma, com direitos originários de soberania garantidos constitucionalmente (Soares e Machado, 2020).

2.2. As Políticas Públicas de Saúde e relações intergovernamentais no Brasil

Em um federalismo complexo, tem-se a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988. Por certo, o SUS expressa uma organização de competências claras entre as esferas de Estado com comandos no âmbito nacional, estadual

e local, articulados de forma regionalizada com o objetivo de integrar as ações e serviços de saúde em todo o país (Giovannella *et al.*, 2012). O SUS³, um dos melhores exemplos de coordenação de políticas públicas no país, apresenta um desenho muito robusto de repartição coordenada de responsabilidades e financiamento, com alta integração entre os entes federativos, capaz de construir capacidades municipais na área de saúde e de reduzir desigualdades (Arretche, 2012).

Muitos problemas ainda não foram solucionados plenamente na política de saúde, entretanto. Um primeiro grupo de questões ainda não equacionadas nessa política social⁴ está relacionado aos padrões verticais da relação intergovernamental. Em que pese o mérito da indução da política e o papel regulatório do governo central para tornar a saúde um bem universal com diminuição das desigualdades territoriais (Arretche, 2012), o processo de transferência de atribuições, por vezes, parece ter ignorado que alguns problemas têm solução apenas em âmbitos mais abrangentes, o que não diminuiu, por outro lado, a subordinação financeira ou política das cidades em relação aos níveis superiores de governo (Prado, 2020; Loureiro, 2014). A pandemia mostrou que os governos locais adquiriram poder decisório bastante restrito, enquanto o Ministério da Saúde centralizou o poder e dispôs de prerrogativas e recursos institucionais para anular efeitos dispersivos e pontos de veto (Soares e Machado, 2020).

Muitas unidades estaduais, por outro lado, demonstraram um panorama de escassez de recursos financeiros, fragilidades técnicas das instâncias de representação estadual nas regiões e dificuldades de assumir o papel de ordenador e regulador da regionalização da saúde (Pereira, 2010; Albuquerque *et al.*, 2017). Isso gerou, por conseguinte, ao longo do tempo, uma série de conflitos e inúmeros constrangimentos aos municípios que anseiam por mais autonomia na

³ O SUS é um sistema descentralizado de direção única em cada esfera de governo, o que, na prática, implica em sua implementação por meio de uma relação direta entre a União e os municípios. O SUS foi criado considerando a estrutura federativa definida pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu os papéis da União, estados e municípios, atribuindo autonomia administrativa e tributária aos entes de federação e estabeleceu competências concorrentes, com autorização para qualquer ente implementar políticas sociais.

⁴ Para Soares e Machado (2020), as políticas sociais têm seus próprios elementos, como a distribuição de competências, o tipo e a abrangência dos bens e serviços oferecidos, o financiamento e outros aspectos que são afetados e que afetam a dinâmica do federalismo gerando, por exemplo, variados tipos e níveis de descentralização. Para os autores, o Brasil é uma federação centralizada nos aspectos jurisdicional e fiscal, habilitando o governo federal a defender políticas universais e equânimes, possuindo para isso recursos institucionais que afetam a formulação e o financiamento das políticas sociais, principalmente a área da saúde e assistência social (Soares e Machado, 2020).

condução da política, bem como naqueles que necessitam impreterivelmente de mais apoio na execução.

No âmbito do SUS se formou um arranjo de relações intergovernamentais fundamentado na concepção de federalismo cooperativo, uma construção política para tratar das relações entre todos os níveis de governo em torno de agendas comuns. Trata-se de coordenar unidades territoriais componentes da Federação que, por terem seus próprios interesses, podem optar por vínculos intergovernamentais ou então buscar maior autonomia (Soares e Machado, 2020). Porém isso vem sofrendo profundas alterações nos últimos anos.

Essa cooperação depende mais das relações estratégicas entre os membros de um grupo do que da análise de custos e benefícios feita por indivíduos isolados, não existindo ainda uma relação direta entre o tamanho do grupo e o sucesso da coordenação (Menicucci e Marques, 2016).

Mesmo havendo acordos nos quais a regra beneficia alguns municípios em troca de atender algumas demandas pré-fixadas das cidades circunvizinhas, os governantes dos municípios maiores tendem a preservar a oferta de serviços para seus próprios cidadãos, descumprindo os acordos. Outro efeito relaciona-se aos fatores necessários à produção de serviços. Como os recursos financeiros e a força de trabalho no setor são escassos, instala-se uma corrida inter-jurisdicional, em que são nítidas as assimetrias de poder de barganha entre os atores (Soares e Machado, 2020).

Antecedendo o cenário da pandemia de COVID-19, o país já vivenciava há mais de 30 anos mudanças institucionais importantes, no qual o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de inúmeros desafios, destacava-se por implementar políticas, gerando novas experiências, inovação e participação social. Contudo, mediante alteração no contexto, especialmente após o golpe institucional que destituiu a presidenta Dilma Rousseff, estabeleceu-se um claro processo de redefinição tanto em atribuições, que afetou as políticas de saúde. Ao longo do tempo, observa-se mudanças no padrão das relações intergovernamentais e nas representações do controle social e que ganhou força primordialmente a partir do início do governo Bolsonaro (Abrucio *et al*, 2020; Reis, 2022).

A organização política foi afetada por transformações políticas e características ideológicas marcadamente a partir do início do Governo Bolsonaro. Um modelo que se distancia dos arranjos constituídos na Nova República. Como resposta às constantes crises na saúde no país, agravadas ainda mais pela pandemia da COVID-19, houve pouca disposição para articulação do então Governo Federal, além de medidas e ações que apontam para uma

descoordenação em diferentes níveis de governo, que resultaria em um dos piores resultados no enfrentamento a pandemia no mundo.

2.3 Crise Sanitária e política no Brasil: as relações intergovernamentais no enfrentamento à pandemia pela COVID-19.

As relações intergovernamentais já estavam em processo de mudança antes da pandemia da COVID-19, porém seus efeitos se intensificaram durante a pandemia, quando a necessidade de um papel coordenador da União ficou mais evidente (Abrucio *et al*, 2020).

Tornou-se pauta importante entender o porquê, no contexto de uma grave crise política e sanitária, estados e municípios brasileiros, mesmo com autonomia política, financeira e administrativa garantidas pela Constituição, exigirem uma coordenação nacional, e por que a interdependência entre os entes federados pode fazer a diferença no sucesso ou fracasso do enfrentamento a uma situação de crise na saúde pública (Soares e Machado, 2020; Abrucio *et al.*, 2020).

Ficou nítido que a concepção bolsonarista de federalismo, norteadada por uma visão fortemente centralizadora hierárquica sobre questões com impacto nacional e dualista em relações intergovernamentais, diminuiu a participação da União na redução de desigualdades territoriais e na ajuda a governos subnacionais (Abrucio *et al.*, 2020).

Entendendo que no contexto de uma pandemia, onde governo nacional e subnacionais precisariam confluir para a elaboração e implementação das políticas e programas, e definir a alocação de recursos financeiros, o cenário brasileiro se apresentava grave. As relações entre os poderes se tornaram ainda mais tensas, com disputas de posições políticas, de cunho ideológico focados na saúde e economia do país, com ataques pelo Governo Federal aos defensores do isolamento social (Calil, 2021).

Os desafios na implementação de medidas de enfrentamento a pandemia da COVID-19 somaram-se a crise política já vivenciada há alguns anos e a atuação dissonante do governo federal, na contramão das boas práticas informadas por evidências científicas, e demais entes da federação, destacou ainda mais o cenário de crise do federalismo no Brasil (Vieira e Servo, 2020).

Confrontos entre o presidente da República, governadores e prefeitos levaram à judicialização do tema, com decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de que todos os entes da federação teriam autonomia para tomar providências normativas e administrativas

relacionadas à COVID-19. Entretanto, essa decisão não pôs fim às divergências ou gerou espaço para uma ampliação da coordenação federativa no enfrentamento da pandemia, ao contrário, resultou em graves consequências para o funcionamento do SUS, no atendimento das necessidades de saúde da população brasileira e a efetividade das ações de enfrentamento à doença no país (Vieira e Servo, 2020).

Sobre as iniciativas de articulação do Governo Federal com os estados no combate à pandemia, identificamos a criação do grupo executivo interministerial de combate à crise sanitária pelo Ministério da Saúde (MS), a publicação de editais para aquisição de EPIs e de boletins epidemiológicos e da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. No entanto, as sucessivas divergências entre o Ministério da Saúde e a Presidência da República geraram impasses no enfrentamento à pandemia e consequentemente na articulação com estados, como por exemplo, nos atrasos na aplicação dos recursos federais. Mesmo os recursos extraordinários que suplementaram o orçamento do MS e que poderiam ter sido transferidos para os estados e municípios houve baixa execução pelo órgão (Croda e Garcia, 2020; Afonso e Pinto, 2020).

Após a pandemia, o país pode testar seu modelo de "descentralização territorial" procurando entender as dificuldades enfrentadas no período. Isso implicou no aprimoramento da ideia de "competências compartilhadas" entre os entes que compõem a divisão político-administrativa do Estado. Uma reflexão atenta sobre o modelo do federalismo no Brasil, à luz da crise política e sanitária foi o propusemos nesta pesquisa.

O Governo Bolsonaro foi notadamente marcado por posturas e decisões conflituosas em relação às organizações da sociedade civil, especialmente aos temas meio ambiente, cultura e saúde, o que enfraqueceu a agenda de políticas públicas, levando a tensionamento com repercussões na gestão pública e a relação com os demais entes federados. Mais evidenciado pela pandemia da COVID-19, essas disputas se acirraram, exibindo a descoordenação das ações de saúde, que se agravaram a cada dia (Oliveira e Fernandez, 2021).

Mesmo com problemas de fragmentação, de competição e fragilidade de cooperação em alguns setores, o país vinha avançando no reforço da coordenação e cooperação intergovernamentais na provisão das políticas públicas, segundo Abrucio *et al* (2020). Esta transformação incremental e incompleta do federalismo brasileiro foi contestada pelo então presidente Bolsonaro, que, desde a posse, pretendia instaurar um federalismo dualista similar ao vigente nos Estados Unidos. A eclosão da pandemia escancarou a proposta do presidente

Bolsonaro e exacerbou conflitos entre União e municípios e, principalmente, estados, aumentando a descoordenação intergovernamental (Abrucio *et al.*, 2020).

No dia 14 de maio de 2020, Bolsonaro declarou que o país estava em guerra. Mas ele não se referia à questionável metáfora utilizada por outros presidentes quando falam de guerra contra a pandemia. Pelo contrário, o presidente preferiu declarar guerra aos governadores e prefeitos que, em diferentes estados do Brasil, defendiam a implantação de políticas de isolamento social. E para isso, pediu ajuda aos empresários afirmando que eles deviam obstaculizar as medidas de quarentena. De fato, essa guerra enunciada e declarada em 14 de maio já estava em curso desde o momento em que começaram a implementar-se as primeiras medidas de controle da epidemia, agravando-se depois da demissão do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta (Caponi, 2020).

A partir disso ficou ainda mais evidenciado que o federalismo durante o Governo Bolsonaro se apresentava com uma divisão rígida de funções entre níveis de governo, onde responsabilidades deveriam ser repassadas a estados e municípios concomitantemente à diminuição drástica de participação da União no financiamento e apoio à redução das desigualdades territoriais (Souza e Fontanelli, 2021).

Essas questões ganharam um complicador: mudanças significativas no entendimento do papel de coordenação em face do projeto político do Governo Bolsonaro. O que se apresentou no cenário da pandemia no Brasil foi uma constante tensão entre o poder federal (nacional) e os estados (subnacionais) e até mesmo entre estados e municípios, o que ficou muito mais evidente e explícito com a crise sanitária e econômica que permaneceu sem horizontes de superação.

Como visto, a trajetória da coordenação federativa no SUS possuía uma história assentada em forte atuação federal, com o uso dos três mecanismos de coordenação, em especial, a indução da implantação de programas e serviços por meio da transferência de recursos financeiros para os estados e municípios (Vieira e Servo, 2020). Entretanto, a partir do recrudescimento da agenda neoliberal no governo federal agravou-se o processo de distanciamento do Ministério da Saúde (MS) no seu papel de dirigente nacional do sistema, com conseqüente fragilização dos mecanismos de coordenação do SUS. A crise sanitária provocada pela pandemia de COVID-19 acelerou esse processo e explicitou a decisão do governo pela inação, relegando ao MS um papel secundário nos esforços de enfrentamento à crise (Vieira e Servo, 2020).

No cenário nordestino brasileiro observou-se estados da região em articulação durante a pandemia, organizando-se no enfrentamento da crise sanitária e econômica vivenciada por todos os estados desde o primeiro trimestre de 2020 (Kerr *et al.*, 2020). Um movimento entre os estados nordestinos brasileiros, que já vinha se organizando como uma resposta a diversas situações econômicas e sociais e a polarização política do país, que se apresentou de forma mais contundente com o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento do Nordeste (Fernandez e Pinto, 2020).

Segundo Rossi e Silva (2020) a aproximação entre governadores do Nordeste e a elaboração de políticas públicas comuns vinham sendo fortalecidas nas duas últimas décadas, como pautas relativas à Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), trazendo em 2015 a novidade de atuar como mecanismo de articulação e posicionamento político e que se intensificaram durante o período da pandemia da COVID – 19. A crise política fortaleceu o movimento na região nordeste do Brasil, dando maior autonomia e protagonismo aos estados. O Consórcio Nordeste se apresentou como um movimento de contrarreação onde as relações intergovernamentais reconfiguraram-se pelo agravamento da crise sanitária da pandemia da COVID-19, refletindo um contexto político-institucional já marcado por conflitos entre instâncias nacional e subnacionais.

2.4 Políticas Públicas para à população idosa no Brasil

Este tópico apresenta uma reflexão acerca da trajetória de construção e do desenvolvimento das políticas públicas voltadas à população idosa no Brasil desde a implantação do SUS, passando pela criação da Política Nacional de Saúde e do Estatuto da Pessoa Idosa, assim como, apresenta onde a Política Nacional está institucionalmente ancorada.

O envelhecimento populacional, que é a mudança na estrutura etária da população onde há aumento relativo de pessoas acima da idade definida como início da velhice (Carvalho e Garcia, 2003), e a velhice em si, se impõe à reflexão e às atuações tanto da Sociedade quanto do poder público. O que se considera velho depende dos modos de classificar e variam no tempo, dentro da mesma sociedade, variando também seu lugar em cada sociedade e assim, a pessoa idosa pode ser vista como uma baliza, conhecimento ou memória do grupo ou como ultrapassado, inativo ou inútil. A velhice é complexa e apresenta situações pessoais, sociais e

culturais muito diversas dentro muitas vezes, de uma mesma sociedade (Lodovici e Concone, 2019; Morin, 2015).

Se, por um lado, comemoramos o aumento da expectativa de vida e da longevidade, por outro, vemos a mesma realidade como um problema quando se trata da oferta de serviços, cuidados e proteção à vida dessa população. O número de pessoas idosas é crescente no mundo. Em 1950, as pessoas de 60 anos e mais eram 202 milhões, representando 8% do total de habitantes no mundo. Hoje são 1,1 bilhão de pessoas idosas, equivalente a 13,5% do total, segundo dados da United Nations (2020). Em termos de projeção, o número global de pessoas com 60 ou mais anos de idade aumentará para 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, quando todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto ou mais de suas populações consideradas idosas (ONU, 2020).

Não é recente a discussão sobre a tendência de envelhecimento populacional. Segundo informativo da OPAS (2018) em 2050, 80% das pessoas idosas viverá em países de baixa e média renda. O número de brasileiros com 60 anos e mais de idade era de 2,6 milhões em 1950, sendo os maiores de 80 anos (longevos), 153 mil (ONU, 2020).

Segundo dados do Censo realizado no Brasil em 2022 (IBGE, 2020), a população acima de 60 anos atualmente é de 32 milhões de pessoas (15,8% da população residente no país), com percentual de 14,4% de pessoas idosas no Nordeste. Um incremento na expectativa de vida dos brasileiros muito mais rápido do que nossa capacidade de nos organizarmos economicamente e de construirmos políticas públicas eficazes para dar atenção e assistência a toda essa população.

Esse processo de transição demográfica tem exigido significativas e rápidas mudanças nas políticas públicas de todos os países, especialmente para atender necessidades da população idosa com mais vulnerabilidades sociais e com mais comorbidades. Segundo Alves (2019) as economias em todo o mundo, incontestavelmente, terão que lidar com uma estrutura etária desfavorável do ponto de vista da produtividade e terão que se preparar para as consequências de uma alta razão de dependência demográfica. Segundo Silva (2016), o acelerado processo de envelhecimento brasileiro vem acontecendo em meio a sérias dificuldades de expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários, mas em particular, das pessoas idosas, onde os serviços de atenção à esta população estão aquém das suas necessidades.

Sabemos que o processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil se traduziu nas últimas décadas em mudanças também nas políticas de atenção e defesa dos direitos à população idosa. A Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso (PNI)

aprovada pela Lei nº 8.842 de 1994, estabeleceram marcos sociojurídicos fundamentais na consolidação de direitos sociais à esta população. O Estatuto da Pessoa Idosa, Lei sancionada em 2003 e alterada em 2022 (Lei nº 14.423. Estatuto da Pessoa Idosa), ao regulamentar a PNI, avança na perspectiva da proteção social, assegurando prioridade na efetivação dos seus direitos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que, para atender às expectativas das populações, necessariamente a idosa, é essencial garantir a cobertura universal avançando na promoção, na proteção e na recuperação da saúde. Nesse sentido, para a concretização dos anseios democráticos brasileiros, ao longo dos anos de vigência da Constituição de 1988, sua opção foi pelo acesso a direitos (Soares e Machado, 2020).

Estabelecido na Constituição Federal de 1988 e confirmado na Lei 8.080/ 90, o Sistema Único de Saúde qualificou o direito a ser assegurado pelo Estado aos cidadãos brasileiros, sob o princípio da universalidade de acesso, o que implicou a remoção de barreiras de qualquer natureza para que cidadãos pudessem adentrar o sistema de saúde, rompendo a lógica contratual e seletiva presente no modelo que vigorava até então. Também assegurou a igualdade no exercício desse pleno direito pelos cidadãos, expressando uma relação de equivalência entre todos diante das garantias concedidas pelo Estado quanto à saúde. Garantiu a integralidade da atenção, implicando com isso, uma abordagem que pretendia integrar e coordenar as ações em suas dimensões individuais e coletivas, preventivas e curativas, das ações programáveis e das urgências.

“A proposição de um novo arcabouço institucional no setor de saúde buscou satisfazer pelo menos duas necessidades coletivas. A primeira, conferir maior eficiência à produção dos serviços públicos de saúde, considerando os elevados custos e o baixo impacto sobre indicadores sanitários que caracterizavam a organização então vigente no país. A segunda, instaurar novas relações entre Estado e sociedade quanto às garantias que conduziriam ao gozo do pleno direito à saúde, especialmente no que diz respeito à qualificação do acesso dos cidadãos a bens e serviços necessários para assegurá-lo” (Soares e Machado, 2020).

À União coube competências como formular, apoiar a implementação e avaliar as políticas prioritárias em âmbito nacional e elaborar o planejamento estratégico do SUS. Aos estados promover a articulação sistêmica, o planejamento e coordenação regional das políticas, ações e serviços de saúde e monitorar e avaliar as redes regionalizadas e hierarquizadas no SUS. E aos municípios, competências como planejar, organizar e avaliar a provisão local de serviços de saúde (Brasil, 2016).

Um processo que exigiu uma regionalização e descentralização da atenção à saúde como condições necessárias para efetivação das políticas públicas de saúde, garantindo aos governos subnacionais espaços próprios de atuação, com campo pactuado de competências.

Esse processo valeu-se do uso de constrangimentos constitucionais e legais sobre o quanto e como alocar recursos no setor, de arenas de pactuação intergestoras, da padronização de instrumentos de planejamento e programação e da indução por adoção de ações e programas pelos governos subnacionais, via transferências constitucionais de recursos (Araújo, Gonçalves e Machado, 2017).

A 1ª Assembleia Geral sobre o Envelhecimento da ONU aprovou em 1982 o 1º Plano de Ação Internacional, estruturado em 62 recomendações. Um dos principais méritos do Plano foi inserir, na agenda internacional, a temática do envelhecimento da população e as ações que os organismos internacionais, os Estados e a sociedade deveriam pautar nessa temática. O foco do documento eram os países desenvolvidos, mas suas recomendações influenciaram a construção de um novo arcabouço jurídico, inclusive com status constitucional em diversos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil no texto da Carta Constitucional de 1988 (Vieira, 2016).

No ano de 2002, as Assembleias das Nações Unidas discutiram a respeito do envelhecimento e isso foi fundamental para influenciar as legislações de vários países, inclusive o Brasil. Nessas assembleias, foram elaborados planos de ação internacional para incentivar o envelhecimento com qualidade de vida, e as nações se comprometeram a tomar uma série de medidas importantes em defesa da população idosa. Isso influenciou a construção de um novo arcabouço jurídico, inclusive com *status* constitucional em diversos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil no texto da Carta Constitucional de 1988 (Vieira e De Souza, 2016).

Marcos normativos históricos na evolução das políticas públicas na defesa dos direitos da população idosa no Brasil, são o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da PNI (1996) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) de 1999. A PNI tinha como objetivo, assegurar os direitos sociais para esse segmento populacional, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, segundo regulamentação através do Decreto nº 1.948 de julho de 1996.

Já a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), instituída em 1999 (Portaria nº 1395) apresentava foco na promoção da autonomia, na prevenção de agravos e no cuidado integral à saúde dessa população. Posteriormente, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

(PNSPI) substituiu a anterior, com diretrizes mais amplas e alinhadas aos desafios do envelhecimento populacional, incluindo o fortalecimento da Atenção Primária e a integração entre os níveis de atenção.

Muitos autores apontam para a importância de reavaliar e ajustar as diretrizes da PNSPI periodicamente para garantir sua eficácia e adequação às necessidades da população idosa. Eles também evidenciam a necessidade de modelos de cuidado que integrem diferentes níveis de atenção e considerem os desafios econômicos e sociais enfrentados por esse grupo etário. Veras *et al* (2013) destacam que os modelos de cuidado para população idosa no Brasil ainda enfrentam desafios como a fragmentação do atendimento e o foco excessivo na doença em vez da prevenção e gestão integrada. Esse cenário reforça a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa idosa e nas suas particularidades funcionais e sociais para promover um envelhecimento saudável e sustentável no contexto do SUS.

Avançamos enquanto marco jurídico na garantia de direitos à população idosa, mas nem tanto na efetivação dessa garantia. O Estatuto da Pessoa Idosa, ainda em texto original de 2003, traz a síntese da Política Pública no Brasil para esta população, o qual afirma que os ganhadores com a política pública são as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, cujo objetivo é assegurar direito a esta população, que goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e que:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, priorizando a garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais (Artigo 3º, Estatuto da Pessoa Idosa, Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, alterada pela Lei nº 14.423 de 22 de julho de 2022).

O Estatuto da Pessoa Idosa garantia a esta população absoluta prioridade na efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Prioridade como na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas e destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção desta população (Brasil, 2021). Prioridade esta, que foi exigida durante os anos da pandemia da COVID-19 e que tantas vezes foi descumprida.

Um grande mérito do Estatuto da Pessoa Idosa do Brasil foi criar o sistema de garantias de direitos e buscado a efetivação desses direitos sociais. O sistema de garantias previsto no Estatuto é composto pelas seguintes instituições e órgãos: Conselhos da Pessoa Idosa; Sistema Único de Saúde (SUS); Sistema Único de Assistência Social (SUAS); Vigilância em Saúde; Poder Judiciário; Defensoria Pública; Ministério Público e Polícia Civil. A eficiência desse sistema de garantias é uma das possibilidades para a efetividade dos direitos.

No que tange a estrutura organizacional da Política da Pessoa Idosa, no âmbito federal, a Política de Direitos da Pessoa Idosa compete à Secretaria Nacional dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa (SNPI), integrante do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (entre 2018 e 2022, intitulado Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - MMFDH), e é responsável pela elaboração e implementação de políticas para garantir os direitos humanos das pessoas idosas e pessoas que estão envelhecendo, através da proposição de políticas e estratégias visando a promoção e defesa dos seus direitos, reduzindo vulnerabilidades e combatendo as violações de direitos, de forma a contemplar as velhices plurais e garantir o pleno exercício dos direitos humanos e da cidadania (Brasil, 2023).

O desenvolvimento de políticas de atenção para população idosa em um contexto de crise sanitária, econômica e política, exige a garantia de instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento de poder, com coordenação das ações pelo governo nacional para com os subnacionais. Mas o que verificamos foi uma crescente crise, com interferência de diversos fatores, ao considerarmos as decisões no enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil (Vieira e Servo, 2020; Reis, 2022).

Se ganhar apoio político para o SUS já é um problema sério em períodos de estabilidade democrática, ele se agrava em situações e conjunturas críticas. Considerando a pandemia da COVID-19, que agravou ainda mais uma crise política já presente no país, a população idosa foi marcadamente atingida. A situação é ainda mais crítica quando nos deparamos com o fato de que, no Brasil, mais de 80% das pessoas idosas dependem exclusivamente, para seus cuidados de saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa proporção é ainda maior entre pessoas negras e pobres (Werneck, 2016), sendo que as mortes pela COVID-19 no Brasil refletem muito mais do que nossa composição etária (Oliveira, 2020), mas sobretudo o fato de não termos políticas para um envelhecimento ativo e saudável, centrado em promoção da saúde, de aprendizagem ao longo da vida, de participação cidadã e proteção dos mais fragilizados (Kalache, 2020).

O número de pessoas vitimadas pela pandemia da COVID-19 cresceu rapidamente e atingiu principalmente a população mais envelhecida. As ações de proteção à pessoa idosa na pandemia incluíram a estratificação etária, que apesar de positiva como organização do serviço, reforçou os preconceitos da sociedade com essa população com valorização de características negativas e piora nas relações familiares, com conflitos intergeracionais, principalmente devido às medidas adotadas pelos familiares para impor o distanciamento social (Hammerschmidt e Santana, 2020).

Importante notar que, antes mesmo da pandemia, no Brasil, como aponta Werneck (2016), mais de 80% das pessoas idosas dependem exclusivamente, para seus cuidados de saúde, do Sistema Único de Saúde, uma proporção ainda maior entre as pessoas idosas negras e pobres, escancarando uma crise já existente e que se agrava com a pandemia da COVID-19.

Há consenso de que garantir o direito à saúde e à proteção social da população idosa é ainda um desafio. A Política Nacional da Pessoa Idosa, bem como, o Estatuto da Pessoa Idosa, demonstram esforços de regulamentar direitos que balizem as políticas públicas, mas certamente ainda precisamos aperfeiçoar ações públicas e potencializar os cuidados voltados a esse segmento populacional (Kalache, 2020).

Percebemos como as potencialidades e fragilidades de sistemas de saúde, bem como de políticas para a população idosa ficaram expostas. No contexto da pandemia a letalidade consequente a COVID-19 aumentava com a idade, já que a maioria das mortes ocorreram entre os mais velhos, especialmente aqueles com doenças crônicas. A imunossenescência aumentava a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas e os prognósticos para aqueles com doenças crônicas eram desfavoráveis (Lloyd-Sherlock et al., 2020). A pandemia da COVID-19 expôs nossas deficiências na atenção à saúde e proteção à vida da população idosa tanto quanto sobre a crise nas relações intergovernamentais.

O desenvolvimento de políticas de atenção à população idosa exige a garantia de instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento de poder. Os entes governamentais precisariam confluir para a elaboração e implementação das políticas e programas, e garantir a alocação de recursos financeiros para isso. Mas essa coordenação e estratégias e um plano operacional de enfrentamento da pandemia demorou a vir do governo Federal.

Atravessamos uma profunda crise sanitária, que expôs as desigualdades sociais, terreno fértil para a disseminação da COVID-19, dificultando o isolamento social em países como o Brasil. Estávamos todos sob a mesma tempestade e, existiram muitos esforços governamentais

e sociais para não deixar a população à deriva, mas não estávamos no mesmo barco, afirmou Minayo e Freire (2020).

A ideia de que a sociedade, profissionais e gestores nas várias esferas de governo precisavam continuamente discutir as necessidades de saúde da população idosa considerando as mais diferentes regiões do país, principalmente em relação às ofertas de serviços, com organização e integração das redes de atenção em sistemas para a manutenção da saúde, mas sobretudo em sua funcionalidade era defendida por Fernandes e Soares (2012).

A despeito de problemas como esse e mediante a conjuntura de crise, não somente em função da pandemia por COVID-19, mas também relacionada à crise política e econômica que já estava instalada, percebemos a importância de investigar como se deu a coordenação das ações da saúde durante o Governo Bolsonaro e em que medida os estados nordestinos conseguiram se reorganizar e implementar medidas de enfrentamento à crise sanitária.

À medida que foram sendo necessários mais recursos e orientações do governo nacional para os subnacionais enquanto a crise sanitária da COVID-19 se ampliava, o país presenciava diferentes orientações e decisões no enfrentamento à pandemia. Essas decisões, entre governo nacional e subnacionais, já se apresentava antes mesmo da pandemia, era marca do governo Bolsonaro, que chega à presidência como uma aposta contra uma crise política e econômica que se arrastava no país e uma reação conservadora da “nova direita” brasileira. Como afirmam Avritzer, Kerche e Marona (2021), ao mesmo tempo que a nova direita se fortalecia, o bolsonarismo nascia, por uma reação conservadora, com avanços no campo progressista ainda durante o governo de Dilma Rousseff.

Diante do todo contexto descrito, se apresentam as seguintes perguntas de pesquisa: como se deram as relações entre estados nordestinos e o governo federal no enfrentamento a pandemia de COVID-19, que tenham impactado nas políticas da saúde e proteção especificamente da população idosa. Quais os conflitos intergovernamentais surgidos no enfrentamento da pandemia e quais as possíveis implicações nas políticas para a população idosa? Houve relação entre a morbimortalidade de pessoas idosas pela COVID-19 e as medidas de tomadas pelos estados da região Nordeste durante a pandemia?

3. OBJETIVOS

Geral

Analisar a atenção à saúde à população idosa, do nordeste brasileiro, levando em consideração as relações intergovernamentais estabelecidas no contexto de crise sanitária pela pandemia por COVID-19.

Específicos

- Identificar a proporção de internações com evolução para óbito, na população idosa, antes e no contexto da pandemia por COVID-19;
- Analisar as taxas de mortalidade na população idosa e sua intersecção com as medidas de distanciamento social e início da vacinação nos estados nordestinos;
- Identificar conflitos intergovernamentais no enfrentamento da pandemia por COVID-19, e suas implicações na definição de políticas para a saúde da população idosa;
- Analisar como gestores das políticas públicas da saúde e assistência social avaliam as decisões e medidas tomadas durante a pandemia, e como percebem as mudanças e desafios da política da pessoa idosa;
- Analisar a atuação do Consórcio Nordeste no enfrentamento da pandemia por COVID-19.

4. ESCOLHAS METODOLÓGICAS

Quanto às escolhas metodológicas, optamos, como forma de operacionalizarmos nossa incursão empírica, uma abordagem multimétodos. De natureza quantitativa, realizamos um estudo descritivo de série temporal fundamentado em dados dos estados da região Nordeste do Brasil.

Para tanto, foram utilizados dados demográficos de cada estado da região Nordeste via *website* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em termos de número e proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais em relação à população geral. Os dados de morbimortalidade de COVID-19, incluindo número de casos, óbitos, internações hospitalares, mortes durante internação hospitalar, foram coletados do Painel Coronavírus, Ministério da Saúde do Brasil.

Dados da vacinação específica, foram provenientes dos planos operacionais e registros oficiais de cada Secretaria Estadual de Saúde e consideradas como a data de início, a primeira dose aplicada em grupos prioritários. As informações acerca das medidas de vigilância, prevenção e controle da COVID-19, especificamente voltadas para população idosa, foram obtidas a partir de Decretos Estaduais, sendo considerados os documentos de início de cada medida específica. Assim, foram considerados os Decretos: 69.541 de 20/03/2020 de Alagoas, 19.529 de 17/03/2020 do estado da Bahia, 33.510 de 16/03/2020 do Ceará, 35.660 de 16/03/2020 do Maranhão, 40.128 de 19/03/2020 da Paraíba, 48.809 de 14/03/2020 de Pernambuco, 18.884 de 16/03/2020 do Piauí, 29.524 de 18/03/2020 do Rio Grande do Norte e o 40.560 de 17/03/2020 de Sergipe.

Os primeiros decretos de distanciamento social e do início da vacinação que incluíram a população idosa nos estados, à luz dos padrões de morbimortalidade associados à população idosa, antes e durante a pandemia de COVID-19, incluindo a letalidade associada à COVID-19, foram sistematizados e comparados entre as nove UF da Região Nordeste. Adicionalmente, buscou-se verificar variações entre os estados com vistas a reconhecer as medidas implementadas e as diferenças de implementação entre as UF no concernente à priorização dos grupos para início da vacinação.

Os dados coletados foram consolidados, analisados descritivamente por meio de números absolutos e relativos, e apresentados na forma de tabela e gráficos utilizando-se o software Prism - GraphPad®. Calculou-se ainda por meio deste software a taxa de mortalidade específica por COVID-19 a partir do número de óbitos ocorridos na população idosa em relação ao total dessa população residente, para fins comparativos entre os diferentes estados no Nordeste.

Para a análise qualitativa, informações foram obtidas por meio de entrevistas com gestores das políticas de atenção à saúde e da assistência social nos estados do Nordeste, particularmente em três estados: Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba. A seleção do Ceará se explica pela imersão da pesquisadora com a Gestão Estadual desde o início da pandemia da COVID-19. O estado do Rio Grande do Norte foi o único estado a ter colocado na agenda de discussão do Comitê Estadual de Enfrentamento à pandemia, um especialista que discutiria sobre as necessidades da população idosa, diretor do Instituto do Envelhecer da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E o estado da Paraíba foi escolhido pela sua liderança na Frente Parlamentar em Defesa da Democracia e Diversidade da Assembleia Legislativa,

buscando a participação da sociedade civil no Comitê de Gestão de Crise, e a celeridade nas políticas públicas para a população mais vulnerabilizada.

Em relação aos arranjos organizacionais destes estados, em relação às políticas para pessoas idosas, percebe-se diferenças. No estado do Ceará, a Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para as Pessoas Idosas, criada no ano de 2009, é integrante da estrutura da Secretaria dos Direitos Humanos (SEDIH), desde 2023, mas antes, fazia parte da Secretaria da Proteção Social do estado. O estado conta com uma Política sancionada através da Lei nº 17.605, 06 de agosto de 2021, que veio substituir a Política Estadual da terceira idade sancionada em 2002, que determina, que à pessoa idosa no estado, serão assegurados todos os direitos à cidadania, a saber: direito à vida, direito à dignidade, direito ao bem-estar, direito à participação na sociedade (Ceará, 2021). Na Secretaria de Saúde do estado, a Política da Pessoa Idosa é trabalhada através da Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado.

O estado da Paraíba possui em sua estrutura organizativa de Governo, a Secretaria do Desenvolvimento Humano, nela quatro eixos onde a política da pessoa idosa é planejada e executada: a Assistência Social, Segurança Alimentar, Direitos Humanos e Trabalho, Emprego e Renda.

No estado do Rio Grande do Norte a Política da Pessoa Idosa não possui uma Coordenadoria ou Secretaria específica, ela é trabalhada de forma transversal dentro da pasta da Secretaria das Mulheres, da Juventude, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos – SEMJIDH. Assim, existem arranjos organizacionais diferentes para cada estado e no próprio nível federal, conforme melhor demonstrado na tabela:

Tabela 1: Arranjos organizacionais dos estados da União, Ceará, Paraíba e Rio Grande do Norte acerca da política da pessoa idosa, 2024.

Federal	Ceará	Paraíba	Rio Grande do Norte
Possui a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa (SNPI) é integrante do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania	Possui a Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para as Pessoas Idosas, integra a estrutura da Secretaria dos Direitos Humanos (SEDIH) e dentro da Secretaria da Saúde, há a Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado	Transversal a outras políticas dentro da Secretaria do Desenvolvimento Humano (eixos Assistência Social, Segurança Alimentar, Direitos Humanos e Trabalho, Emprego e Renda)	Transversal a outras políticas na Secretaria das Mulheres, da Juventude, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos – SEMJIDH

Fonte: elaboração da autora, 2024

Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas, entre janeiro e março de 2024, com gestores e profissionais de três estados nordestinos. As entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados (Duarte, 2004).

Foram incluídos na análise, entrevistas feitas com seis informantes-chave que atuaram como gestores da saúde e quatro da assistência social (proteção social), sendo três do Ceará, três do Rio Grande do Norte e quatro da Paraíba. Os sujeitos da pesquisa atuavam como secretários (as) de saúde, secretários (as) executivos (as) ou gerentes das áreas da saúde e da proteção social e como coordenadores da política da pessoa idosa durante a pandemia de COVID-19.

O trabalho de campo iniciou com a aproximação aos possíveis sujeitos da pesquisa por telefone e e-mail, realizando-se listagem e agendamento das entrevistas com os profissionais que atendessem aos critérios de inclusão na pesquisa, que seriam: estarem atuando na gestão das políticas de saúde, assistência social ou na coordenação da política da pessoa idosa, durante os anos de pandemia de COVID-19, em um dos estados da região nordeste. Em seguida foi realizado o convite para participar da entrevista, realizada de forma on-line, utilizando o aplicativo *Google Meet* ou por gravação de ligações telefônicas, com tempo médio de duração de 40 minutos. Para garantir a fidedignidade dos relatos, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Após a análise, as informações que apresentaram consistência em qualidade e densidade foram compiladas e agrupadas por temas identificados, permitindo visualizar seus elementos analíticos. Durante a análise de conteúdo qualitativa foram extraídos códigos, de acordo com o propósito do estudo, e sistematizados em *software* Atlas T.I Version 7. Os códigos semelhantes foram então, colocados em subcategorias independentes em termos de conteúdo, e de acordo com o mesmo método, as categorias principais foram abstraídas da agregação de subcategorias com um conceito semelhante, como serão apresentados nos resultados.

Realizou-se também análise dos 24 Boletins publicados pelo Comitê Científico do Consórcio Nordeste para COVID-19, entre abril de 2020 e abril de 2022. Apostou-se na análise

documental por possibilitar o exercício de reconstrução de um recorte da história da estruturação e atuação do Consórcio Nordeste. Segundo Cellard (2008), o método permite apresentar um corte longitudinal e maturação social, ou não, das instituições e da sociedade.

Os documentos foram organizados por data da sua emissão a fim de realizar a leitura flutuante e a constituição do corpus. Em seguida, buscou-se levantar categorias e a frequência destas (Minayo, 2014).

O cruzamento da análise de documentos e os resultados das entrevistas com gestores estaduais da saúde e da política de assistência social dos três estados nordestinos nutriram as reflexões apresentadas no terceiro artigo.

Com relação aos aspectos éticos, este estudo é parte da pesquisa intitulada “DECISÕES POLÍTICAS E SAÚDE EM CONJUNTURAS CRÍTICAS” submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Ceará, e aprovado em 18 de junho de 2021 sob parecer número 4.790.275.

5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são apresentados através de três artigos científicos produzidos a partir das análises quantitativas e qualitativas adotadas na escolha metodológica.

O primeiro artigo "**Decisões dos governos estaduais e os impactos na atenção à saúde de pessoas idosas na pandemia de COVID-19 no Nordeste brasileiro**" traz um estudo misto, descritivo e analítico, considerando como recorte os estados da região Nordeste do Brasil, composta de nove estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e 1.793 municípios, com 53 milhões de habitantes. O artigo foi publicado na Revista *Cadernos de Saúde Pública* (Qualis A1), em fevereiro de 2025 (Cad. Saúde Pública 2025; 41(2): e00183023, doi: 10.1590/0102-311XPT183023).

Com o título “**Relações intergovernamentais e a saúde da população idosa frente às crises política e sanitária de COVID-19 no Brasil**”, apresenta os resultados a partir da análise qualitativa realizada e traz o debate sobre relações intergovernamentais no contexto da pandemia de COVID-19, com submissão para à *Revista Saúde e Sociedade* (Qualis A3).

O terceiro produto, cujo artigo se intitula “**O Consórcio Nordeste e a articulação política durante a pandemia de Covid-19: federalismo brasileiro e a crise política do**

Governo Bolsonaro”, também resultado da análise qualitativa, procurou responder ao objetivo de analisar as estratégias de cooperação entre os estados nordestinos, especialmente relacionadas à atuação do Consórcio Nordeste no enfrentamento da pandemia por COVID-19. Este terceiro produto será submetido a revista da área da Saúde Coletiva.

A partir deste ponto, as produções seguirão as normas definidas pelas revistas científicas, quanto a formatação e normas (Vancouver ou ABNT).

5.1 Artigo 01, publicado na Revista Cadernos de Saúde Pública (formatado nas normas da revista)

Decisões dos governos estaduais e os impactos na atenção à saúde de pessoas idosas na pandemia de COVID-19 no Nordeste brasileiro

Decisions by state governments and the impacts on health care for elderly people in the COVID-19 pandemic in the Brazilian Northeast

Decisiones de los gobiernos estatales y los impactos en la atención de la salud de las personas mayores en la pandemia de COVID-19 en el Nordeste brasileño

Resumo

Durante a pandemia de COVID-19, políticas de atenção à saúde para a população idosa ganharam relevância em todo o mundo. Com número de óbitos atingindo marcadamente essa população, torna-se importante analisar os impactos na atenção à sua saúde. O objetivo do artigo foi analisar a relação entre padrões de morbimortalidade relacionada à COVID-19 em pessoas com 60 anos ou mais de idade e medidas de prevenção e controle implementadas, a saber, distanciamento social e início da vacinação específica contra COVID-19, por estados da região Nordeste entre fevereiro de 2020 e setembro de 2022. Trata-se de estudo descritivo de série temporal fundamentado em dados dos estados da região Nordeste do Brasil. Os resultados apontam para elevado padrão de morbimortalidade da população idosa antes a pandemia de COVID-19 com crescimento acentuado após a emergência sanitária em todos os estados. Há certa homogeneidade entre as medidas de enfrentamento à pandemia adotadas pelos estados nordestinos. Houve incremento do número de internações com evolução para óbito em virtude

da COVID-19, mesmo após rigorosas medidas de contingência, distanciamento e início da vacinação. Concluiu-se que há uma relevante relação entre medidas sanitárias de distanciamento social e vacinação e redução de morbimortalidade da população idosa nos estados da região nordeste. Entretanto, as decisões dos governos estaduais do Nordeste não foram suficientes para mitigar o impacto da morbimortalidade entre as pessoas idosas em consequência da pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: população idosa, COVID-19, pandemia, políticas públicas, letalidade

Introdução

Impulsionadas pelos desafios impostos pela pandemia da doença relacionada ao novo coronavírus de 2019 (COVID-19), as políticas de atenção à saúde e de proteção social voltadas para a população idosa (no Brasil, aquelas com 60 anos ou mais de idade) passaram a ter maior relevância globalmente. Considerando a elevada letalidade registrada nesta população, ações e iniciativas governamentais precisaram ser definidas de forma custo-efetiva e oportuna de políticas públicas, não somente na atenção à saúde, mas no combate a violências, na proteção social e na proteção à vida em diferentes contextos e realidades.^{1,2,3,4} O contexto brasileiro não foi diferente, uma vez que os óbitos associados à COVID-19 atingiram de modo desigual mais pessoas desta população, demandando uma análise mais cuidadosa acerca dos impactos na atenção à sua saúde. Para tanto, políticas públicas de proteção à vida em pessoas idosas demandaram maior eficiência nas diferentes realidades do país.^{3,4}

Para além da elevada transmissibilidade, a pandemia de COVID-19 trouxe outros aspectos críticos à discussão das políticas sociais no Brasil, tais como, a preocupação frente à transição demográfica e seu tensionamento com a produtividade, o empobrecimento e o aumento das desigualdades sociais.⁵⁻⁷ A pandemia atingiu sobremaneira a população idosa, não apenas com a detecção de casos sintomáticos, mas também com a ocorrência de casos com maior letalidade, sobremaneira com a maior idade das pessoas acometidas.⁸ Marcadamente atingida pela pandemia de COVID-19, a vulnerabilidade de pessoas idosas ampliou-se, com impactos diferenciais na qualidade e expectativa de vida desta população.¹

A idade tem sido apontada como um dos principais fatores que influenciam o *status* e a progressão da infecção por SARS-CoV-2.⁸ O processo inflamatório e a imunossenescência

reduzem a capacidade de resistência e representam fatores que contribuem para vulnerabilidade ampliada a doenças infecciosas, com impacto negativo frente a prognósticos desfavoráveis, em particular na vigência de condições crônicas.^{5,9} A presença de comorbidades pode influenciar a dinâmica do receptor da enzima conversora da angiotensina 2 (ACE2) e de diferentes citocinas, possibilitando não apenas maior transmissão e infecção, como também maior probabilidade de progressão da doença, particularmente diante da eventual fragilidade do estado mental de pessoas idosas.⁸

É fato que o número de óbitos de COVID-19 teve rápido crescimento ao longo do tempo, particularmente na população mais idosa em contextos de maior vulnerabilidade social¹⁰. Dados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde¹¹ até julho de 2023 indicaram o registro de mais de 705.000 óbitos de COVID-19, quase 70% em pessoas com idade acima de 60 anos. Outros fatores, como ser do sexo masculino e ter idade ainda mais avançada, estiveram associados à mortalidade entre pessoas idosas hospitalizadas acometidas de COVID-19.¹²

As intervenções para mitigar os impactos da pandemia de COVID-19 variaram substancialmente entre Unidades da Federação (UF) e municípios brasileiros, tanto em relação ao perfil de medidas adotadas, quanto ao momento em que foram instituídas.^{7,13} A epidemia apresentou impactos de forma acentuada nos estados das regiões mais vulneráveis socialmente do país, particularmente Norte e Nordeste, esta última representando 27,0% da população brasileira e aproximadamente 20% de todos os casos de COVID-19 e dos óbitos em consequência da doença.^{7,11} As iniciativas de enfrentamento da pandemia a serem adotadas por governos estaduais para redução da morbimortalidade deveriam ter sido potencializadas em caráter prioritário nestas regiões onde a COVID-19 teve elevado impacto.^{7,14,15}

O presente artigo tem como objetivo analisar a relação entre padrões de morbimortalidade relacionada à COVID-19 em pessoas com mais de 60 anos de idade e medidas de prevenção e controle implementadas, a saber, distanciamento social e início da vacinação específica contra COVID-19, por estados da região Nordeste durante o período pandêmico.

Métodos

Delineamento e local do estudo

Trata-se de estudo de série temporal descritivo fundamentado em dados acerca da COVID-19 em estados da região Nordeste do Brasil. Foram analisados dados gerais de ocorrência de casos e óbitos na população com 60 anos de idade ou mais, além de internações

hospitalares (incluindo evolução para óbito), tanto em caráter ambulatorial quanto de terapia intensiva, no período de 2018–2022. Foram considerados os dois anos anteriores e os dois posteriores ao primeiro ano da pandemia.

Os dados epidemiológicos em cada um dos estados da região Nordeste foram confrontados com o registro documental da implementação de medidas de enfrentamento à COVID-19, particularmente o tempo entre o primeiro caso no Brasil e o primeiro decreto estadual de medidas de distanciamento, bem como o tempo entre o decreto de distanciamento estadual e o início da vacinação.

Composta por nove estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e 1.793 municípios, a região Nordeste possui, segundo dados do Censo 2022, 54,6 milhões de habitantes, representando 27% da população do país, sendo a segunda mais populosa no Brasil.^{16,17} Ainda segundo o Censo, 15,8% da população do país tem mais de 60 anos, ou seja, é idosa. De fato, a população de pessoas idosas residentes no Brasil era de mais de 32 milhões de pessoas, representando um acréscimo de 56,0% em relação à de 2010. Na região Nordeste, 14,5% de sua população era idosa.^{16,17}

Fonte e análise dos dados

Foram coletados dados demográficos de cada estado da região Nordeste via *website* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷ em termos de número e proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais em relação à população geral. Os dados de morbimortalidade de COVID-19, incluindo número de casos, óbitos, internações hospitalares, mortes durante internação hospitalar, foram coletados do Painel Coronavírus, Ministério da Saúde do Brasil¹¹

Dados da vacinação específica, foram provenientes dos planos operacionais e registros oficiais de cada Secretaria Estadual de Saúde e consideradas como a data de início, a primeira dose aplicada em grupos prioritários.

As informações acerca das medidas de vigilância, prevenção e controle da COVID-19, especificamente voltadas para população idosa, foram obtidas a partir de Decretos Estaduais, sendo considerados os documentos de início de cada medida específica. Assim, foram considerados os Decretos: 69.541 de 20/03/2020 de Alagoas, 19.529 de 17/03/2020 do estado da Bahia, 33.510 de 16/03/2020 do Ceará, 35.660 de 16/03/2020 do Maranhão, 40.128 de 19/03/2020 da Paraíba, 48.809 de 14/03/2020 de Pernambuco, 18.884 de 16/03/2020 do Piauí, 29.524 de 18/03/2020 do Rio Grande do Norte e o 40.560 de 17/03/2020 de Sergipe.

Os primeiros decretos de distanciamento social e do início da vacinação que incluíram a população idosa nos estados, à luz dos padrões de morbimortalidade associados à população idosa, antes e durante a pandemia de COVID-19, incluindo a letalidade associada à COVID-19, foram sistematizados e comparados entre as nove UF da Região Nordeste. Adicionalmente, buscou-se verificar variações entre os estados com vistas a reconhecer as medidas implementadas e as diferenças de implementação entre as UF no concernente à priorização dos grupos para início da vacinação.¹⁸

Os dados coletados foram consolidados, analisados descritivamente por meio de números absolutos e relativos, e apresentados na forma de tabela e gráficos utilizando-se o software Prism - GraphPad®.¹⁹ Calculou-se ainda por meio deste software a taxa de mortalidade específica por COVID-19 a partir do número de óbitos ocorridos na população idosa em relação ao total dessa população residente, para fins comparativos entre os diferentes estados no Nordeste.

Aspectos éticos

Os resultados deste estudo fazem parte de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Ceará, em 18 de junho de 2021 sob parecer número 4.790.275.

Resultados

Após o primeiro caso de COVID-19 ser confirmado no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, em estado localizado na região Sudeste do país, registrou-se mais de duas semanas para os estados nordestinos apresentarem decisões mais contundentes para enfrentamento da pandemia, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰.

O estado de Pernambuco foi o primeiro a publicar decreto com medidas de controle. Embora tenha adotado essa decisão 17 dias após o primeiro caso nacional, esse estado demorou apenas dois dias para o registro da notificação do caso autóctone. Alagoas, por sua vez, o último a publicar seu primeiro decreto de distanciamento social, demorou 23 dias a partir do primeiro caso brasileiro para tomada de decisão que permitiria o controle da transmissão comunitária, 12 dias depois do caso notificado no estado (Tabela 1).

Tabela 1. Morbimortalidade de COVID-19 e medidas de prevenção e controle nos estados da região Nordeste entre março de 2020 e agosto de 2022.

Dados durante a pandemia	Unidade da Federação								
	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE
Total casos	236.963	1.225.258	935.273	351.917	436.528	620.723	317.817	365.874	277.611
Total casos pessoas 60+	32.390	87.283	147.340	62.234	63.567	100.412	47.609	57.754	35.117
Proporção de casos em pessoas 60+	13.66%	7.12%	15.75%	17.68%	14.56%	16.17%	14.98%	15.78%	17.64%
Total geral óbitos confirmados	6.121	26.617	24.115	10.084	9.230	19.740	6.966	7.292	6.002
Óbitos pessoas 60+ COVID-19	4.003	18.100	17.534	7.063	6.077	13.728	5.063	4.741	3.933
Proporção de óbitos COVID-19 em pessoas 60+	65.39%	68%	72.60%	70.04%	65.83%	69.54%	72.68%	65.01%	65.52%
Primeiro caso COVID	08/03/2020	06/03/2020	15/03/2020	20/03/2020	18/03/2020	12/03/2020	19/03/2020	19/03/2020	14/03/2020
Primeiro óbito COVID-19	31/03/2020	29/03/2020	24/03/2020	29/03/2020	31/03/2020	25/03/2020	27/03/2020	28/03/2020	02/04/2020

Primeiro decreto estadual de medidas de distanciamento	20/03/20 20	17/03/20 20	16/03/20 20	16/03/20 20	19/03/20 20	14/03/20 20	16/03/20 20	18/03/20 20	17/03/20 20
	n° 69.541	n° 19.529	n° 33.510	n° 35.660	n° 40.128	n° 48.809	n° 18.884	n° 29.524	n° 29.524
Número de dias entre primeiro caso no Brasil e decreto de distanciamento estadual	23	20	19	19	22	17	19	17	20
Início vacinação população geral	17/01/20 21	19/01/20 21	18/01/20 21	18/01/20 21	19/01/20 21	18/01/20 21	18/01/20 21	19/01/20 21	19/01/20 21

AL: Alagoas, BA: Bahia; CE: Ceará; MA: Maranhão; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; PI: Piauí; RN: Rio Grande do Norte; SE: Sergipe.

Fonte: elaboração dos (as) autores (as)

Comparativamente, a proporção de pessoas infectadas por SARS-CoV-2 foi maior em pessoas com menos de 60 anos de idade em todos os estados nordestinos, a despeito do maior número de mortes na população idosa. A Bahia, apesar de ser o estado mais populoso, apresentou menor proporção de casos em pessoas com mais de 60 anos. Ceará e Pernambuco, segundo e terceiro estados em população, respectivamente, tiveram o maior número de pessoas idosas com diagnóstico de COVID-19.

Quando analisados os estados nordestinos com menor população (Sergipe, Piauí, Rio Grande do Norte e Alagoas), verificou-se que o estado de Alagoas teve a menor proporção de casos em pessoas com mais de 60 anos em relação aos demais estados, apesar da maior proporção de óbitos nesta população (65,4%), superior a Sergipe (65,5%) e Rio Grande do Norte (65,0%). O Piauí foi o estado que apresentou o pior resultado neste indicador na região (72,7%). Alagoas, último estado da região a adotar medidas oficiais para conter a pandemia com aumento crescente de casos confirmados da COVID-19, publicou seu primeiro decreto de isolamento social no dia 20 de março de 2020, 12 dias após confirmado o primeiro caso em seu

próprio território. No dia 31 de março seria registrada a primeira morte de COVID-19 em Alagoas.

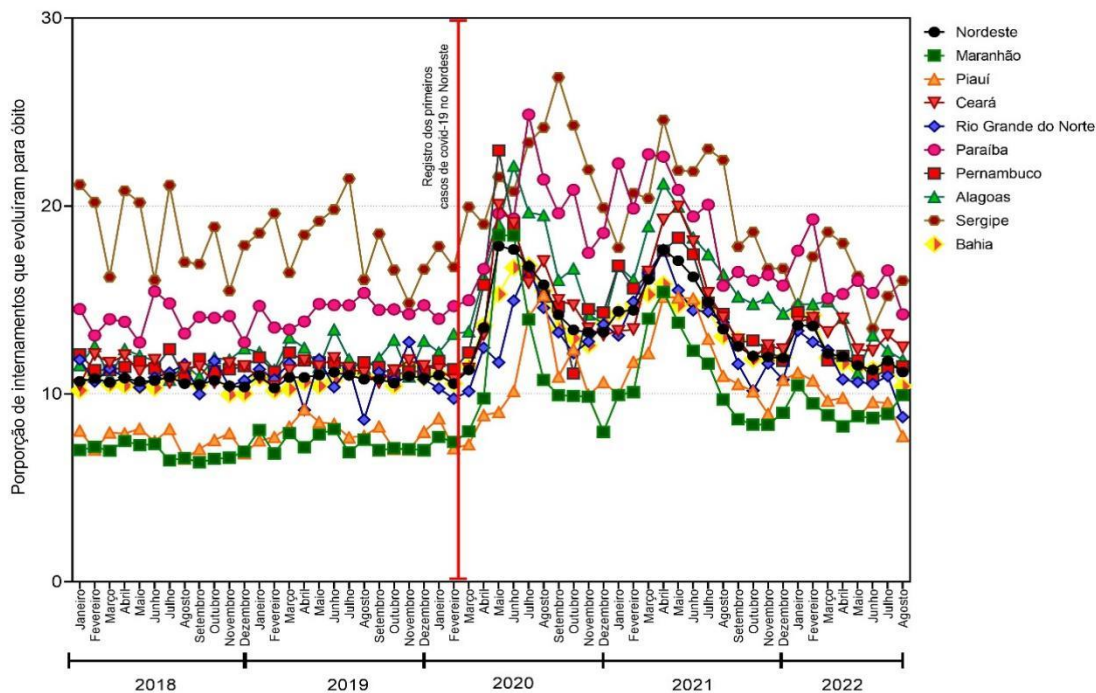
Quando considerados os óbitos em consequência da COVID-19 em pessoas acima de 60 anos, os estados do Piauí e Ceará apresentaram as maiores proporções, com 72,7% e 72,6%, respectivamente. No entanto, nenhum estado da região registrou proporções inferiores a 65,0% de óbitos pela COVID-19 nesta população.

De forma semelhante, comportou-se o estado da Paraíba, que decretaria a primeira medida para conter o aumento da pandemia 22 dias após confirmado o primeiro caso no país, assim como o estado da Bahia, ao tornar pública a primeira medida de isolamento e distanciamento, 11 dias após a confirmação do primeiro caso em seu território. 12 dias após tal medida, a primeira morte seria confirmada pela COVID-19 na Bahia.

A Tabela 1 também traz informações acerca do início da vacinação nos estados da região, deflagrada no mês de janeiro de 2021. Verificou-se que os estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe iniciaram a vacinação pelo menos 15 dias após Bahia, Ceará e Maranhão, uma diferença significativa entre dois grupos de estados. Com base nos decretos estaduais da vacinação, não foram reconhecidas diferenças relevantes com relação aos grupos prioritários nos primeiros decretos. Houve indicação técnica integrando profissionais de saúde e pessoas idosas institucionalizadas como prioritárias.

Na Figura 1, apresenta-se a proporção de internações hospitalares (ambulatoriais e em UTI, por todas as causas) com evolução para óbito entre pessoas com 60 anos de idade ou mais, entre janeiro 2018 e setembro de 2022 na região Nordeste. Todos os estados da região apresentaram um importante incremento do número de internações com evolução para óbito em março 2020 em virtude da COVID-19. O estado de Sergipe já apresentava número maior de internações com evolução para óbitos desde 2018, comparando-se com os demais estados, e manteve esse comportamento, sendo o estado com pior resultado, seguido por Paraíba e Pernambuco.

Figura 1. Proporção de internações hospitalares com evolução para óbito em pessoas idosas, nos estados da Região Nordeste do Brasil, entre janeiro de 2018 e agosto de 2022.

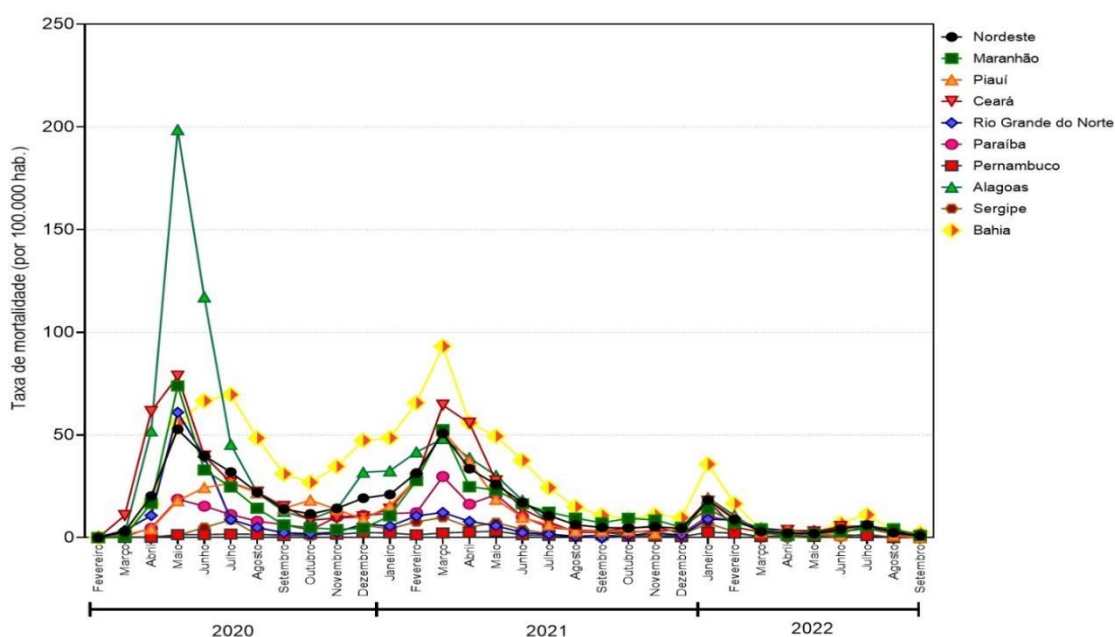


O estado do Maranhão apresentou a menor proporção de internações hospitalares com evolução para óbitos entre pessoas idosas antes da pandemia, mas foi o sexto estado com pior evolução deste indicador durante o ano de 2020. Todos os estados apresentaram tendência a redução das internações hospitalares com evolução para óbito em pessoas idosas a partir de janeiro de 2021, a despeito de novo aumento de óbitos em meados de maio de 2021, após rigorosas medidas de contingência, distanciamento e uso obrigatório de equipamentos de proteção individual, bem como após o início da vacinação no país. Pernambuco e Paraíba, no entanto, mantiveram em patamares elevados as internações hospitalares com desfecho para óbito ainda em 2021.

A taxa de mortalidade por 100.000 habitantes na população idosa apresentou padrão epidemiológico semelhante entre os nove estados da região, com aumento rápido e expressivo entre os meses de março e abril de 2020 e pico no mês de junho de 2020. Padrão semelhante foi verificado entre os estados no final de 2021 e início de 2022, com tendência de redução da mortalidade, mas com platô de estabilidade ainda em níveis elevados. Entre os meses de junho e julho de 2020 todos os estados iniciaram tendência de redução das taxas de mortalidade, ou seja, cinco meses após as primeiras decisões estaduais de enfrentamento a pandemia, a divulgação dos planos de contingência, os decretos de estado de emergência e a adoção das

primeiras medidas de distanciamento social. A Figura 2 nos traz a perspectiva que considera as taxas de mortalidade específica de COVID-19 (por 100 mil habitantes) na população idosa, que foram analisadas observando-se duas imprescindíveis medidas para controle da pandemia de COVID-19, as primeiras publicações em decretos sobre o distanciamento social em cada estado e o início da vacinação na população prioritária nos estados nordestinos.

Figura 2. Taxa de mortalidade específica de COVID-19 (por 100 mil habitantes) em pessoas idosas nos estados da Região Nordeste entre fevereiro de 2020 e setembro de 2022.



Os estados do Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas e Bahia tiveram nos 6 primeiros meses de 2020 picos da taxa de mortalidade de COVID-19 em pessoas idosas com quase 80 óbitos/100.000 habitantes, estando o estado de Alagoas com a pior situação com 200 óbitos/100.000 habitantes. Após as primeiras medidas de distanciamento social, os estados apresentaram redução consistente da mortalidade, particularmente entre os meses de maio de junho de 2020.

As medidas de distanciamento social precederam em dois meses a redução da taxa de mortalidade da população idosa na maioria dos estados (Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba e Alagoas). Entretanto, em outros verificou-se retardo de 4 meses para registro decréscimo da mortalidade (Piauí, Bahia e Sergipe). Pernambuco não apresentou tendência significativa de declínio da taxa de mortalidade, visto que a redução em 5 meses depois da primeira medida de distanciamento não se manteve nos meses subsequentes. Entretanto, todos

os estados apresentaram novo incremento da taxa de mortalidade nos primeiros meses de 2021, particularmente em fevereiro, logo após o momento em que a vacinação é iniciada em todo país. Como consequência, entre um a dois meses após verificou-se significativa redução da mortalidade de pessoas idosas em todos os estados, exceto em Pernambuco, onde a taxa persistiu elevada até maio de 2021. Em Pernambuco, somente 3 meses após verificou-se para decréscimo da mortalidade.

Durante o ano de 2022, período em que a população idosa já havia sido vacinada com pelo menos três doses com as vacinas disponíveis na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), todos os estados apresentaram tendência significativa de redução da mortalidade de pessoas com mais de 60 anos por COVID-19.

Discussão

O estudo traz evidências adicionais acerca do padrão diferencial de morbimortalidade relacionada à COVID-19 em pessoas idosas frente ao momento de adoção de medidas de prevenção e controle em estados da região Nordeste durante o período pandêmico.

No Brasil, apesar de melhorias nas condições socioeconômicas da população com redução de desigualdades regionais, históricas iniquidades territoriais em saúde persistem.^{21,22} Com elevada densidade urbana que coexiste com a expansão de problemas antes limitados às grandes capitais,²³ a crise sanitária nos estados nordestinos refletiu condicionantes de alta vulnerabilidade da região à COVID-19.²⁴ Há ainda fragilidades nas redes assistenciais,²⁵ expressando dificuldades para atender as necessidades relacionadas ao envelhecimento da população.²⁶ Ademais, o Nordeste concentra em números absolutos maior prevalência de pessoas idosas com multimorbidades de risco para COVID-19 grave.¹² Esta moldura estrutural é relevante para entender a elevada carga de morbimortalidade de COVID-19 na população idosa no nordeste brasileiro.

Diante de um problema de acentuada envergadura mundial, respostas rápidas para controle da disseminação da COVID-19 e garantia de assistência adequada à saúde eram necessárias. Assim, inúmeras medidas tornaram-se centrais, como a ampliação do número de leitos, a compra e disponibilização de insumos e de equipamentos de proteção individual, o estabelecimento de medidas de distanciamento social, a garantia de acesso à testagem e aos medicamentos necessários ao tratamento e a garantia da vacinação.^{27,28,29}

Antes da pandemia de COVID-19, conforme aqui apresentado, a proporção de internações hospitalares com evolução para óbito entre pessoas com mais de 60 anos já era preocupante nos estados nordestinos. Apesar dos poucos estudos, as disparidades entre as necessidades de saúde da população idosa e a oferta de serviços para atendê-las eram notadas, de modo a sinalizar possíveis iniquidades no acesso antes do período pandêmico.³⁰ Importante considerar, portanto, que diferenças nos padrões epidemiológicos podem sugerir que as proporções elevadas de óbitos de pessoas idosas antes e durante a COVID-19 estão relacionadas à ação pública.

Neste estudo, Sergipe e Paraíba registraram piores resultados na proporção de internações com evolução para óbito de pessoas idosas antes e depois da pandemia. Em contrapartida, outros estados, embora com melhor parâmetro de morbimortalidade de pessoas idosas nos anos de 2018 e 2019, ampliaram sua proporção de óbitos na COVID-19. Essa descontinuidade no padrão de morbimortalidade reforça que, para além das intervenções de controle em ocasião da crise sanitária, recursos humanos, físicos, materiais e mecanismos de atenção pré-existentes são fatores necessários para explicar uma resposta eficaz no contexto pandêmico.³¹ Entretanto, as estratégias de controle da transmissão adotadas pelos governos também podem gerar mudanças no desempenho.^{32,33,34}

Os achados deste estudo apontam ainda para a semelhança nas iniciativas dos estados nordestinos em relação ao enfrentamento da COVID-19. Os planos de contingência e as recomendações subsequentes, ainda que com singularidades, apresentaram conteúdos semelhantes, tanto na orientação do distanciamento social, quanto aos critérios para a vacinação. A literatura tem caracterizado a atuação dos estados nordestinos como rigorosa, à exceção da experiência do estado da Bahia, tida como branda.³⁵ A homogeneidade das normativas na região tem sido atribuída a colaborações interestaduais em dispositivos colegiados, como o Consórcio Nordeste, assim como às semelhanças sociodemográficas e às aproximações político-partidárias.^{7,35,36,37}

Os decretos estaduais relacionados à pandemia de COVID-19 foram em grande medida formulados com base em aspectos técnico-administrativos,³⁸ indo de encontro às orientações do Governo Federal. O uso de evidências científicas esteve presente no gerenciamento da pandemia dos estados nordestinos na formulação de planos de distanciamento social e de protocolos para setores econômicos específicos. Nessa direção, destaca-se ainda a capacidade de influência dos comitês estaduais de enfrentamento da COVID-19, em sua maioria constituído de forma multidisciplinar.³⁶

Os achados desta pesquisa indicam, contudo, um relativo atraso na formulação de respostas subnacionais à pandemia da COVID-19 que incidiu na morbimortalidade da população idosa. Em contexto de elevada gravidade e transmissibilidade da nova doença, mesmo antes da divulgação dos primeiros casos, três variantes de SARS-CoV-2 estavam distribuídas em todo país, das quais duas tiveram entrada pelo estado do Ceará.³⁹ Com a constatação do primeiro caso em território nacional com rápida difusão do vírus nos estados brasileiros,⁴⁰ observam-se diferenças relevantes no tempo de estabelecimento de medidas de controle da doença pelos estados do Nordeste, considerando-se como ponto de referência os primeiros decretos estaduais.

Importante considerar que a quantidade de testes realizados pelos estados nordestinos foi considerada insuficiente para dimensionamento mais preciso da pandemia.⁴¹ Ademais, mudanças nos sistemas de notificação, limitações na disponibilidade de informações sobre a assistência privada e desigualdades no acesso aos testes no país incidiram na capacidade pública de avaliação e resposta em tempo real da transmissão do vírus.⁴² Essas fragilidades na vigilância epidemiológica podem ter contribuído com a demora na resposta estadual e, consequentemente, na morbimortalidade pela COVID-19.

Problemas relacionados à oferta de serviços de saúde, cuidados e proteção à vida da população idosa,⁴³ por certo, se intensificaram no período. Nos primeiros meses da pandemia, a ausência de vacinas e medicamentos antivirais específicos frente à elevada transmissibilidade, ressaltou as medidas de distanciamento social e vigilância de casos como as principais intervenções eficazes para controle.⁴⁴

Em relação à implementação de medidas de distanciamento social, é relevante notar os inúmeros desafios socioeconômicos para a sustentabilidade das restrições de mobilidade, portanto, de transmissibilidade dos vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave.⁴⁵ A informalidade se soma à fragilidade dos vínculos trabalhistas, com implicações correlatas aos desafios das políticas de proteção social em contexto de emergência.⁴⁶

Nesse contexto, vale destacar a fragilidade laboral da população idosa brasileira, os quais em alta proporção se mantiveram trabalhando durante a pandemia, muitos em atividades informais com perdas significativas de renda, sendo maior entre pessoas já empobrecidos.⁴⁷ Nesse sentido, pessoas idosas em áreas socialmente vulneráveis, em Serviço de Acolhimento Institucional para as Pessoas Idosas (ILPI) e em Situação de Rua, apresentaram maior mortalidade.^{48,49} Ademais, pessoas idosas com multimorbidades, embora tenham apresentado

a tendência de maior adesão ao distanciamento social, possivelmente enfrentaram a agudização de problemas crônicos.⁵⁰

Além das medidas não farmacológicas, a vacinação representou um importante avanço, decisivo para controle da pandemia, demonstrado aqui pela consequente redução de mortalidade na população idosa. Apesar de diferentes estudos demonstrarem reduzida hesitação vacinal nesta população,⁵¹ o uso das mídias sociais esteve associado a menores índices de intenção a se vacinar, considerando discursos negacionistas de descrédito da eficácia da vacina.⁵² Nos meses de agosto e setembro de 2021, muitas cidades brasileiras já tinham aplicado ao menos a primeira dose em praticamente 100% de todas as pessoas com mais de 18 anos.^{53,54} Como consequência, a proporção de pessoas acima de 60 anos que foram hospitalizados e que evoluíram para óbito apresentou redução durante o mesmo período.³² No entanto, o presente estudo evidencia que Pernambuco não apresentou tendência consistente de redução da mortalidade após o distanciamento social, além de demora para declínio deste indicador após o início da imunização. Isso sugere que especificidades locais e outros fatores intervenientes podem contribuir com padrões distintos de controle.

É preciso considerar ainda que o SUS possui mecanismos de compartilhamento de decisões e de definição de responsabilidades, que reforçam o papel da União como indutora de políticas nacionais de saúde em âmbito local.^{6,27} Entretanto, na crise sanitária, o Governo Federal apresentou limitada coordenação da política de saúde, complicada frente a confrontos políticos com as unidades subnacionais, o que exigiu a equalização pelo Supremo Tribunal Federal que reconheceu autonomia dos governos estaduais na definição de medidas de enfrentamento de COVID-19,²⁷ com impactos junto as pessoas idosas na pandemia de COVID-19.⁵⁵

Os dados analisados não permitem uma discussão mais detalhada das possíveis causas da mudança na evolução de casos e óbitos na população idosa, o que se configura em uma das limitações da pesquisa, já que, há outras possíveis causas da mudança na evolução dos óbitos nesta população, além dos decretos publicados por governos estaduais.

Em uma sociedade em que o envelhecimento populacional se processa aceleradamente, torna-se uma questão de saúde pública repensar condicionantes estruturais e contextuais para o adoecimento das pessoas mais velhas, especialmente em uma emergência sanitária que as põe em maior risco.⁵⁶ Diferentes dimensões de vulnerabilidade se interconectam para a determinação dos efeitos de morbimortalidade na população idosa, de modo que as condições sociais e programáticas se associam na variação de fragilidades de saúde.⁵⁷ Todavia, pessoas

idosas foram desproporcionalmente atingidas pela pandemia, aqui demonstrado pela caracterização dos estados nordestinos. Aponta-se, portanto, para importância dos esforços dos governos para mitigar a suscetibilidade à COVID-19 e evolução para óbito, frente aos desafios e às condições assistenciais e socioeconômicas da região.

Considerações Finais

Há uma clara relação entre medidas sanitárias de distanciamento social e vacinação e redução de morbimortalidade da população idosa nos estados da Região Nordeste. Entretanto, as decisões dos governos estaduais da região não foram suficientes para mitigar o impacto da morbimortalidade entre as pessoas idosas em consequência da pandemia de COVID-19.

Há desafios anteriores à emergência sanitária quanto ao acesso e à qualidade da atenção especializada para essa população, com desigualdades entre os territórios, que foram ampliados na crise sanitária. Logo, reforça-se a necessidade de repensar políticas de saúde no sentido de um envelhecimento saudável.

Referências

1. Organização Pan-americana da Saúde. Inclusão de pessoas idosas no planejamento de emergências: perspectivas durante e após a pandemia de COVID-19 [Internet]. Década do Envelhecimento Saudável nas Américas. OPAS; 2023 [cited 2023 Sep 20]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57306/OPASFPLHLCOVID1922017_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
2. Teixeira FA, Paula, CEA, Queiroz AM, Melo DQ, Silva GMV. A evolução da Covid-19 e incidência nos óbitos da população idosa: defesa do isolamento horizontal. *Rev Bras Adm Cient.* 2020; 11(3):167-82. doi: 10.6008/CBPC2179-684X.2020.003.0012.
3. Organização Pan-americana da Saúde. Pessoas com mais de 60 anos foram as mais atingidas pela COVID-19 nas Américas [Internet]. OPAS; 2020 Set 30 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/30-9-2020-pessoas-com-mais-60-anos-foram-mais-atingidas-pela-covid-19-nas-americas#:~:text=O%20Brasil%20informou%20que%2076,com%2060%20anos%20ou%20mais>.

4. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Dec; 46(6):1494–502. doi: 10.1590/S0080-62342012000600029.
5. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do Idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogit Enferm*. 2020; 25:e72849.
6. Machado CJ, Pereira CCA, Viana BM, Oliveira GL, Melo DC, Carvalho JFMG, et al. Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020; 25(9):3437-44. doi: 10.1590/1413-81232020259.14552020.
7. Kerr L, Kendall C, Silva AAM, Aquino EML, Pescarini JM, Almeida RLF, et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *Ciênc Saúde Colet*. 2020; 25(Supl.2):4099-120. doi: 10.1590/1413-812320202510.2.28642020.
8. Zhang S, Yang Z, Li ZN, Chen ZL, Yue SJ, Fu RJ, et al. As pessoas mais velhas são realmente mais suscetíveis ao SARS-CoV-2? *Aging Dis*. 2022 Oct 1; 13(5):1336-47. doi: 10.14336/AD.2022.0130.
9. Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, McKee M. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries *BMJ* 2020; 368:m1052 doi:10.1136/bmj.m1052.
10. Florêncio Júnior PG, Paiano R, Costa AS. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2020; 25:1-2. doi: 10.12820/rbafs.25e0115.
11. Painel Coronavírus [Internet]. Versão v2.0. Brasília, DF: DataSUS; 2023 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>.
12. Nunes BP, Souza ASS, Nogueira J, Andrade FB, Thumé E, Teixeira DSC, et al. Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(12):e00129620. doi: 10.1590/0102-311X00129620.
13. Alves JED. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU [Internet]. Portal do Envelhecimento e Longevidade; 2019 Jun 17 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/envelhecimento-populacional-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu/>.

14. Braga JU, Ramos Jr AN, Ferreira AF, Lacerda VM, Freire RMC, Bertoncini BV. Propensity for COVID-19 severe epidemic among the populations of the neighborhoods of Fortaleza, Brazil, in 2020. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1486. doi: 10.1186/s12889-020-09558-9.
15. Xavier DR, Silva ELE, Lara FA, Silva GRRE, Oliveira MF, Gurgel H, et al. Involvement of political and socio-economic factors in the spatial and temporal dynamics of COVID-19 outcomes in Brazil: A population-based study. *Lancet Reg Health Am*. 2022; 10:100221. doi:10.1016/j.lana.2022.100221.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC). Microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto dos Municípios. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/acervo#/S/Q>.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. 1a ed. Brasília: MS; 2020
19. GraphPad. Prism [Disk]. Version 6.0.0. San Diego: GraphPad; 2023. Available from: www.graphpad.com.
20. Organização Mundial da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. OPAS; 2023 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
21. Albuquerque MV de, Viana AL d'Ávila, Lima LD de, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017Apr;22(4):1055–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>
22. Machado, J. A., Quaresma, G., & Araújo, C. E. L.. (2020). Municipal expenditures using own-source revenues and resilience of territorial inequalities in health . *Saúde E Sociedade*, 29(4), e190491. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190491>
23. Bezerra JA. Interiorized Urbanization: new conformations in the Brazilian Northeast Territory. *Soc nat* [Internet]. 2020;32:373–83. Available from: <https://doi.org/10.14393/SN-v32-2020-43437>

24. Kerr, Ligia Regina Franco Sansigolo et al. COVID-19 in northeast Brazil: first year of the pandemic and uncertainties to come. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 55 [Acessado 15 Julho 2024], 35. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003728>>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003728>.
25. Lui L, Lima LL, Aguiar R, Machado JA, Albert C. A potência do SUS no enfrentamento à Covid-19: alocação de recursos e ações nos municípios brasileiros. *Trab educ saúde* [Internet]. 2022;20:e00247178. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00247>
26. Kalache A. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015. Available from: <http://www.ilebrazil.org.portugues>
27. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde debate*. 2020; 44(spe4):100–13. doi: 10.1590/0103-11042020E406.
28. Oliveira VEO, Fernandez M. Política de saúde no governo Bolsonaro: desmonte e negacionismo. In: Avritzer L, Kerche F, Marona M, editors. *Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política*. São Paulo: Autêntica; 2021. p. 287-303.
29. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(7): e00185220. doi: 10.1590/0102-311X00185220.
30. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al.. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2006Jul;11(3):657–67. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300014>
31. Bezerra ÉCD, Santos PS dos, Lisbinski FC, Dias LC. Análise espacial das condições de enfrentamento à COVID-19: uma proposta de Índice da Infraestrutura da Saúde do Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Dec;25(12):4957–67. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.34472020>
32. Castro JL de, Magnago C, Belisário SA, Ribeiro S da S, França T, Pinto IC de M. A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS. *Saude soc* [Internet]. 2023;32:e230491pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230491pt>

33. Carvalho, A L B, de Rocha, E., Sampaio, R. F., & Ouverney, A. L. M.. (2022). Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? *Saúde Em Debate*, 46(spe1), 62–77. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E104>
34. Viana ALD, Portela LE, Souza F, Iozzi FL, Pereira APCM, Sampaio RF, Nanci NSS. E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. Cap. 24 Atuação dos estados no combate à pandemia de COVID-19: uma nova construção federativa? Reflexões desde a Bahia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). 2023. doi: <http://dx.doi.org/10.38116/9786556350509>
35. Gomes S, Santana L, Bragatte M, Silame T. E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. Cap. 23 Governos Estaduais e padrões decisórios no enfrentamento da COVID-19. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.38116/9786556350509>
36. Moraes. RF. Políticas Públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas. Cap 28. O Uso de Evidências Científicas no Enfrentamento à Pandemia de Covid-19 no Brasil: uma comparação das políticas dos governos estaduais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-032-5>
37. Fernandez M, Pinto H A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. *Revista Saúde em Redes*, v. 6, Supl. 2, p. 7-21, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p7-21>.
38. Pereira AK, Oliveira MS, Sampaio T da S. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2020Jul;54(4):678–96. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200323>
39. Candido DS, Claro IM, de Jesus JG, Souza WM, Moreira FRR, et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science*. 2020 Sep 4;369(6508):1255-1260. doi: 10.1126/science.abd2161. Epub 2020 Jul 23. PMID: 32703910; PMCID: PMC7402630.
40. Giovanetti, M., Slavov, SN, Fonseca, V. et al. Epidemiologia genômica da epidemia de SARS-CoV-2 no Brasil. *Nat Microbiol* 7 , 1490–1500 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41564-022-01191-z>

41. Ximenes RA de A, Albuquerque M de FPM de, Martelli CMT, Araújo TVB de, Miranda Filho D de B, Souza WV de, et al.. Covid-19 no nordeste do Brasil: entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social . *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2021Apr;26(4):1441–56. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.39422020>
42. de Souza, W.M., Buss, L.F., Candido, D.d.S. et al. Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil. *Nat Hum Behav* 4, 856–865 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0928-4>
43. Clementino MLM. A atualidade e o ineditismo do Consórcio Nordeste. BRU (IPEA). 2019; 21:165-74 [cited 2023 Sep 20]. Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9702/1/BRUA21_Opiniao1.pdf.
44. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(8):e00149720. doi: 10.1590/0102-311X00149720.
45. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(Supl. 1):2423-2446.
46. Marins MT, Rodrigues MN, Silva JML da, Silva KCM da, Carvalho PL. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. *Soc estado* [Internet]. 2021May;36(2):669–92. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013>
47. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NA de, Almeida W da S de, Szwarcwald CL, et al.. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(3):e00216620. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>
48. Câmara SF, Pinto FR, Silva FR da, Gerhard F. Vulnerabilidade socioeconômica à COVID-19 em municípios do Ceará. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2020Jul;54(4):1037–51. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200133>
49. Moura MLS de. Idosos na pandemia, vulnerabilidade e resiliência. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2021;24(1):e210060. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210060>
50. Honorato BEF, Oliveira ACS. População em situação de rua e COVID-19. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2020Jul;54(4):1064–78. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>

51. Batista SR, Souza ASS de, Nogueira J, Andrade FB de, Thumé E, Teixeira DS da C, et al.. Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020;36:e00196120. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196120>
52. Lima-Costa MF, Macinko J, Mambrini JV de M. Hesitação vacinal contra a COVID-19 em amostra nacional de idosos brasileiros: iniciativa ELSI-COVID, março de 2021. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2022;31(1):e2021469. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100020>
53. Silva GM, Sousa AAR de, Almeida SMC, Sá IC de, Barros FR, Sousa Filho JES, et al.. Desafios da imunização contra COVID-19 na saúde pública: das fake news à hesitação vacinal. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023Mar;28(3):739–48. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.09862022>
54. Dolberth BN, Sent TGD, Schmidt CL. COVID-19 mortality in the elderly in Paraná State: analysis of indicators with advancing vaccination coverage. *Braz. J. Hea. Rev.* 2022; 5(1):2953-64. doi: 10.34119/bjhrv5n1-260.
55. Biernath A. Covid: o que alta em internação de idosos revela sobre efetividade da vacina e 3ª dose. *BBC News*. 2021 Sep 24 [cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58673147>.
56. Reis AF dos. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. *Rev katálysis* [Internet]. 2022May;25(2):392–403. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e82854>
57. Kalache A, Silva A da, Giacomini KC, Lima KC de, Ramos LR, Louvison M, et al.. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. *Rev bras geriatr gerontol* [Internet]. 2020;23(6):e200122. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122>

5.2 Artigo 02 Submetido à Revista Saúde e Sociedade

Relações intergovernamentais e a saúde da população idosa frente às crises política e sanitária de COVID-19 no Brasil

Intergovernmental relations and the health of the elderly population in the face of the political and health crises of COVID-19 in Brazil

Resumo: As políticas de atenção à saúde e de proteção à vida voltadas à pessoa idosa no Brasil ganharam relevância em meio à crise política e sanitária da COVID-19. Analisar como se deram as relações entre estados nordestinos e a União no enfrentamento à pandemia de COVID-19, considerando decisões relacionadas às políticas da saúde e proteção social à população idosa é objetivo deste artigo. Utilizando-se de uma análise qualitativa, de entrevistas com gestores da região nordeste, os resultados apontam para a ampliação da crise federativa, a falta de coordenação nacional na gestão da crise sanitária, e as mudanças na forma como estados se articularam no enfrentamento das crises, principalmente na atenção à população idosa, reforçando a cooperação interestadual na região nordeste. No entanto, as iniciativas dos estados não foram suficientes para, sozinhas, evitar o grande número de mortes e as consequências da pandemia na população mais vulnerável, a idosa.

Palavras-chave: federalismo, relações intergovernamentais, pandemia, COVID-19, pessoa idosa

Abstract: Health care and life protection policies aimed at the elderly in Brazil have gained relevance amid the political and health crisis of COVID-19. The objective of this article is to analyze how relations between northeastern states and the Union developed in confronting the COVID-19 pandemic, considering decisions related to health policies and social protection for the elderly population. Using a qualitative analysis of interviews with managers from the northeast region, the results point to the expansion of the federal crisis, the lack of national coordination in managing the health crisis, and the changes in the way states have articulated themselves in confronting crises, especially in caring for the elderly population, reinforcing interstate cooperation in the northeast region. However, the states' initiatives alone were not enough to prevent the large number of deaths and the consequences of the pandemic on the most vulnerable population, the elderly.

Keywords: federalism, intergovernmental relations, pandemic, COVID-19, elderly person

Introdução

O mundo viveu entre os anos de 2020 e 2022 uma das piores pandemias de sua história. A crise sanitária mundial decorrente da COVID-19 trouxe a óbito mais de 6 milhões e 900 mil pessoas em todo mundo, sendo 710 mil delas registradas no Brasil, sendo 497.000 em pessoas idosas (OMS, 2024). A crise exigiu coordenação, cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus, em um esforço de governança, com rápidas iniciativas e ações eficazes no âmbito dos países (Granemann, 2021; Bosquerolli et al., 2020).

As políticas de atenção à saúde e de proteção à vida voltadas para a pessoa idosa, aquela com sessenta anos ou mais no Brasil, ganharam relevância em todo o mundo. Em meio à crise sanitária, a população idosa foi marcadamente atingida. A letalidade expressiva de COVID-19 foi diretamente proporcional à idade da pessoa, sendo quase 70% dos óbitos registrados de COVID-19 no Brasil (Zhang et al, 2022; OPAS, 2023). A rápida tendência de crescimento temporal do número de óbitos pela COVID-19, fez com que a população idosa fosse afetada significativamente em sua saúde e bem-estar, principalmente em contextos de maior vulnerabilidade social e com idade mais avançada (Nunes et al, 2020). A elevada letalidade registrada neste grupo social demandaria ainda maior eficiência da ação pública nos diferentes contextos e realidades do país, sendo fundamental iniciativas definidas de modo oportuno e custo-efetivas (Teixeira et al, 2020).

No Brasil, a crise sanitária se desenvolveu concomitante a uma crise política em curso que afetava as relações intergovernamentais entre União e unidades subnacionais, tirando dos bastidores a competição em torno de quem decide, coordena, implementa e financia as políticas públicas (Souza e Fontanelli, 2021). Pela fragilidade da coordenação federativa para o estabelecimento e acompanhamento de ações de enfrentamento da crise da COVID-19, conflitos ficaram evidentes em vários níveis dentro do governo e entre governos (Albuquerque, Sousa e Moraes, 2022; Vieira e Servo, 2020). A pandemia de COVID-19 exacerbou problemas preexistentes do Sistema Único de Saúde -SUS, como subfinanciamento e fragilidade na governança, mas também demonstrou sua capacidade de resiliência, como na ampla vacinação da população e na sua rede capilar de vigilância, avanços que garantem que o Sistema não será vulnerável a crises futuras (Bispo Júnior, 2022).

De forma contrária ao que se esperava para conter a pandemia de COVID-19, o Governo Bolsonaro destacou-se internacionalmente pelo perfil negacionista em relação à gravidade da crise sanitária e às medidas de contenção do vírus. Esse comportamento alinhou-se a uma postura de deslegitimação da ciência e de rejeição a orientações de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa abordagem foi acompanhada por uma politização das medidas de saúde pública, intensificando tensões entre o governo federal e os estados (Couto e Abrucio, 2020).

O negacionismo praticado e incentivado pelo Governo Federal também se manifestou na defesa de tratamentos precoces sem comprovação científica, como o uso da cloroquina, e na subestimação do número de mortes e casos registrados. Em função de escolhas políticas do Governo Federal, políticas públicas de saúde reconhecidas se apresentaram debilitadas durante a emergência sanitária, tal como a política de imunização, acalorando um debate político que envolveu diretamente os governos subnacionais (Fernández, de Souza e Carvalho, 2021).

Este fenômeno político se apresentou em destaque na região nordeste, onde a COVID-19 teve impacto severo e onde estados e municípios tomaram inúmeras decisões para responder a pandemia, algumas de forma colegiada por meio do fortalecimento do Consórcio Nordeste. A divulgação dos planos de contingência, os decretos de estado de emergência, a ampliação da capacidade de realização de testes diagnósticos e a adoção das primeiras medidas de distanciamento social se destacaram como algumas das iniciativas de combate à crise sanitária (Kerr et al, 2020; Barreto et al, 2020).

Para alguns autores, as medidas de saúde pública deveriam ter priorizado o cuidado, com tomada de decisão cautelosa, evitando as repercussões econômicas e sociais das medidas de isolamento, visto que, a vulnerabilidade da população idosa aumentava o risco de complicações graves de COVID-19 (Silva, Day e Bandeira, 2024). No entanto, a pandemia também provocou maior estigmatização, aumento de violação de direitos e preconceito de idade, exacerbando os desafios já enfrentados pelas pessoas idosas (Barreto et al, 2020; Santos, Silva e Pachu, 2021).

Embora a população idosa seja fundamental em todas as discussões que tratem da pandemia em questão, nem sempre o cuidado desta população foi prioridade governamental. O objetivo deste artigo foi analisar como se deram as relações entre estados nordestinos e a União no enfrentamento a pandemia de COVID-19, considerando decisões relacionadas às

políticas da saúde e proteção social à população idosa. Para isso, o artigo busca identificar as estratégias de cooperação e principais ações dos estados nordestinos, especialmente relacionadas à população idosa ao contexto da pandemia de COVID-19; assim como possíveis conflitos intergovernamentais no enfrentamento da pandemia.

Materiais e Métodos

Com abordagem qualitativa, este estudo traz o debate sobre relações intergovernamentais no contexto da pandemia de COVID-19. Assim sendo, considera que, ao estabelecer uma divisão territorial do poder, o federalismo brasileiro exige uma complexa combinação de atributos institucionais no que tange o desenvolvimento de políticas públicas (Soares e Machado, 2020), por conseguinte, no estabelecimento de decisões sobre a política de saúde.

Foram realizadas 10 entrevistas semiestruturadas, entre janeiro e março de 2024, com gestores e profissionais de três estados nordestinos. Foram incluídos na análise, entrevistas feitas com seis informantes-chave que atuaram como gestores da saúde e quatro da assistência social (proteção social), sendo três do Ceará, três do Rio Grande do Norte e quatro da Paraíba. Os sujeitos da pesquisa atuavam como secretários (as) de saúde, secretários (as) executivos (as) ou gerentes das áreas da saúde e da proteção social e como coordenadores da política da pessoa idosa durante a pandemia de COVID-19.

Para este estudo, optou-se de forma intencional, por concentrar a atenção no caso do Ceará, Paraíba e Rio Grande do Norte. O Ceará foi escolhido pela imersão da pesquisadora na Gestão Estadual desde o início da pandemia da COVID-19. O estado do Rio Grande do Norte (RN) foi o único estado nordestino a ter colocado na agenda de discussão do Comitê Estadual de Enfrentamento à pandemia, um especialista que traria a dimensão das necessidades da população idosa, o diretor do Instituto do Envelhecer da Universidade Estadual do RN. Por sua vez, o estado da Paraíba, destacou-se por ter um congressista que liderou a Frente Parlamentar em Defesa da Democracia e Diversidade da Assembleia Legislativa, buscando a participação da sociedade civil no Comitê de Gestão de Crise.

O trabalho de campo iniciou com a aproximação aos possíveis atores por telefone e e-mail, realizando-se listagem e agendamento das entrevistas com os profissionais que atendessem aos critérios de inclusão na pesquisa. Em seguida foi realizado o convite para

participar da entrevista, realizada de forma on-line, utilizando o aplicativo *Google Meet* ou por gravação de ligações telefônicas, com tempo médio de duração de 40 minutos. Para garantir a fidedignidade dos relatos, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Após a análise, as informações que apresentaram consistência em qualidade e densidade quantitativa foram compiladas e agrupadas por temas identificados, permitindo visualizar seus elementos analíticos. Durante a análise de conteúdo qualitativa foram extraídos códigos, de acordo com o propósito do estudo, e sistematizados em *software Atlas T.I Version 7*. Os códigos semelhantes foram então, colocados em subcategorias independentes em termos de conteúdo, e de acordo com o mesmo método, as categorias principais foram abstraídas da agregação de subcategorias com um conceito semelhante, como serão apresentados nos resultados. Quanto aos *aspectos éticos*, este estudo faz parte de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Ceará, em 18 de junho de 2021 sob o parecer número 4.790.275.

Resultados e Discussão

O Quadro 01 apresenta as três macros categorias e subcategorias identificadas a partir das entrevistas, juntamente com exemplos de citações que representam cada tema, favorecendo assim, a visão geral dos resultados e facilitando a comparação dos diferentes temas. Os entrevistados foram identificados a partir das iniciais de seus cargos (GES para gestor estadual da saúde, GEPS gestor estadual da proteção social), exercidos à época da pandemia, seguido dos números que identificam a ordem da entrevista, quando necessário e a sigla do estado: GES1/CE, GES2/CE, GEPS/CE, GES1/RN, GES2/RN, GES3/RN, GES/PB, GEPS1/PB, GEPS2/PB, GEPS3/PB).

Quadro 1. Medidas de enfrentamento à pandemia, atenção à saúde da pessoa idosa e as relações intergovernamentais nos estados nordestinos, 2020-2022.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise selecionadas
1. Medidas de enfrentamento à pandemia tomadas pelos estados	1.1 Parcerias Institucionais/Articulação Intersetorial	<p>“Buscamos mobilizar todos os recursos possíveis do governo e, mais do que isso, mobilizar a sociedade [...]. Diálogo com os outros poderes, a assembleia legislativa, tribunal de justiça e tribunal de contas, Ministério Público, Defensoria, a cooperação com os estados vizinhos e com a sociedade civil também, inclusive com o empresariado”. (GES1/RN)</p> <p>“Ter o apoio e saber que outros conselhos e outros colegas nas redes sociais estavam também passando pela mesma coisa, estavam se ajudando mutuamente. E ter as portarias que os outros estados emitiam, as ações que os outros estados faziam, que nos serviam também de inspiração”. (GEPS2/PB)</p>
	1.2 Sistema de Informação e comunicação e criação de Comitês	<p>“[...] a gente tem um sistema de informação que consegue enxergar a pressão da porta, consegue lidar com a vigilância”. (GES2/RN)</p> <p>“O comitê foi fundamental nesse processo, emitiu várias notas específicas [...]. A gente tinha um comitê diverso, que era extremamente importante”. (GES3/RN)</p>
	1.3 Precocidade das medidas adotadas pelos governos estaduais	<p>“Eu acho que o governo estadual teve desempenho adequado [...], acho que teve medidas cabíveis, nos tempos adequados”. (GES1/CE)</p> <p>“No início nós seguimos realmente uma dificuldade muito grande de estruturar a rede para essa resposta adequada à COVID, principalmente pela precariedade dos serviços, a falta de equipamentos adequados de insumos também com grande dificuldade de aquisição dos primeiros meses da pandemia. E isso, em alguma medida, chegou a atrasar a estruturação do conjunto dos serviços em todo o estado” (GES1/RN)</p>
	1.4 Testagem, busca ativa de contatos, compra de EPI, vacinação, apoio psicológico	<p>“O Ceará foi o estado que mais testou a sua população. Reconheceu muito rapidamente a população contaminada, distribuiu de forma muito eficiente, equipamentos de proteção pra população carente e para as unidades hospitalares do interior e capital”. (GES1/CE)</p>

		<p>“Houve também a criação de um serviço de apoio psicológico também no governo do estado [...] (GES1/CE).</p> <p>“[...] a gente ter uma coordenação de acessibilidade aos grupos prioritários, a gente realmente ter feito um lockdown de forma responsável, criando regulamentações, decretos, normativas para que pudesse atender a população que estava na linha de frente, ou seja, de idosos”. (GEPS/CE)</p>
	1.5 Fortalecimento da rede/regionalização da rede	<p>“Nós tivemos a lucidez de buscar estruturar a rede de forma regionalizada. Não optamos pela ideia de hospital de campanha que vimos, que não era uma alternativa”. (GEPS/CE) “Acho que uma das decisões mais importantes que foi feita, naquela época, foi de fazer uma regionalização da assistência hospitalar para a COVID”. (GES2/RN)</p> <p>“[...] evitava grandes deslocamentos. Como a maior parte da população que demandava esse leito, eram idosos, nós acreditamos que tivemos uma resposta satisfatória”. (GES1/RN)</p>
	1.6 Aprendizagem institucional	<p>“Hoje, com todo o conhecimento que a epidemia nos proporcionou, em lidar com a doença, temos maiores condições de lidar com crises”. (GES1/RN)</p> <p>“Eu acho que o grande legado que ficou foi a vacinação para as pessoas idosas. A lógica, inclusive, da vacinação da gripe como necessária para os idosos” (GES/PB)</p> <p>“Construímos um indicador composto, com base em vários índices específicos, inclusive a gente conseguiu introduzir dois índices específicos para a pessoa idosa. Então, foi extremamente importante estudar ao longo desse processo”. (GES3/RN)</p>
2. Atenção à saúde da pessoa idosa em período pandêmico	2.1 Cooperação e articulação política	<p>“Eu lembro de muitas reuniões com o COSEMS, de trabalhar a vigilância no território e da vacinação. Então, é uma coisa que foi feita realmente muito relacionada à proteção dos idosos”. (GES2/RN)</p> <p>“Nossas ações aos idosos elas se pautaram por essa articulação, essa colaboração com o instituto de envelhecimento da universidade, uma parceria com outras instituições, envolvendo os conselhos, tanto o conselho estadual de</p>

		saúde, o conselho estadual da pessoa idosa, com algumas normativas e buscando influenciar esse processo”. (GES3/RN)
	2.2 Vacinação	“Juntamente com a vigilância e saúde, nós sempre estávamos nas recomendações visando a importância da vacinação dos idosos, correndo atrás de verificar a cobertura da vacinação dos idosos na COVID”. (GES2/RN)
	2.3 Priorização da População Idosa	<p>“Dentro da lógica da vacina, o idoso sempre foi um público prioritário” (GES/PB)</p> <p>“Nós criamos estrutura nos hospitais do interior específico para fazer essa busca ativa dos idosos, visto que vários deles não tinham possibilidade de procurar o atendimento de saúde, tinham dificuldade de locomoção, várias fragilidades”. (GES1/CE)</p>
	2.4 Promoção de políticas para o envelhecimento saudável	<p>“Nós temos no Estado residenciais, o “Cidade Madura”, então, atuava tanto no campo da prevenção, a partir dos cuidados, das orientações a partir dos centros de referência, de assistência social, mas também na saúde” [...] “nós passamos a prestar assessoramento técnico junto aos municípios no enfrentamento às violências, porque os altos índices de violência contra a pessoa idosa vinham aumentando” (GEPS3/PB)</p> <p>“A gente não quer um idoso doente, a gente quer um idoso saudável. Para isso, é preciso que os municípios passem a cuidar da cidade para o idoso. Nós precisamos de ambiente, calçadas, mobilidade, praças, esporte para o idoso, atividade física, dançar, uso racional de medicamento, menos medicalização e mais atividade para idoso” (GES2/CE)</p>

<p>3. Federalismo, relações intergovernamentais e suas implicações no enfrentamento da pandemia em estados nordestinos</p>	<p>3.1 Cooperação entre estados</p>	<p>“Nós buscamos através do CONASS diante dessa descoordenação nacional dessa conflitividade, estabelecer cooperação horizontal entre os entes, tanto com os municípios dentro do estado, então, nós tivemos muita colaboração e cooperação entre os entes até para se contrapor essas medidas, digamos assim, desagregadoras, confrontacionistas do âmbito do governo federal”. (GES1/RN))</p> <p>“Mesmo sabendo da responsabilidade que tem o governo federal nesse processo, mas eu acho que o Nordeste enfrentou muito bem a pandemia a partir desse processo de articulação dos governadores”. (GEPS1/PB)</p>
	<p>3.2 Conflitos entre estados</p>	<p>“Teve estado que levantou a bandeira da cloroquina e da ivermectina. E aqui teve conflito barra pesada, com a capital”. (GES2/RN)</p> <p>“Ele foi responsável por mortes em grande escala dos idosos no Brasil. Eu tenho plena certeza que muitos idosos morreram por causa de Bolsonaro e de quem estava fazendo a gestão junto com ele”. (GES2/RN)</p> <p>“É lógico que poderia ter sido melhor se tivesse havido uma maior unidade e também um maior apoio da união, do governo federal, o que não ocorreu pela forma como se portou. O líder maior do país à época, o tempo todo jogou contra esse trabalho dos estados e dos municípios”. (GES1/RN)</p>
	<p>3.3 Negacionismo do Governo Federal</p>	<p>“E nessa parceria com gestores municipais, esse trabalho colaborativo integrado foi o que possibilitou a gente enfrentar o negacionismo, enfrentar desarticulação federal, protagonizada principalmente pela atuação do então presidente da República, que só dificultou todo o trabalho de coordenação de enfrentamento da pandemia”. (GES1/RN)</p> <p>“O governo federal, ele assumiu uma postura negacionista, ele negou a existência da pandemia, ele negou a necessidade da vacina, então ele negou tudo...essas negligências impactam diretamente na população idosa, nesse público que deveria ser prioritário”. (GEPS1/PB)</p>

	3.4 Desarticulação entre Unidade Nacional e Subnacionais	<p>“A condução da pandemia foi muito difícil, porque o Ministério teve uma ausência completa. Na verdade, não houve sequer discussão dessa temática coordenada pelo Ministério. Os estados foram praticamente abandonados nesse combate à pandemia”. (GES1/CE)</p> <p>“Efetivamente as medidas do Governo Federal foram tardias, pouco valorizavam as pessoas idosas...acho que foi uma descoordenação de fato e principalmente reproduzindo que as pessoas idosas já viveram demais e que teriam que morrer mesmo, ou seja, você efetivamente não garantir o direito à saúde a essas pessoas, é uma violação tremenda por parte do Governo com relação aos direitos humanos” (GES3/RN)</p>
--	--	---

Fonte: Produção das autoras, 2024

O governo federal minimizou a necessidade de estabelecer estratégias de enfrentamento à pandemia, em grande medida amortecendo a atuação técnica do seu próprio Ministério da Saúde (Ferigato et al., 2020). Observou-se ações dissonantes em relação ao trabalho realizado pelos demais entes da federação (Vieira e Servo, 2020). Por outra via, grande parte dos governadores e prefeitos ganharam protagonismo ao buscarem medidas para frear a transmissão do SARS-CoV-2 e suas consequências. Esses atores ganharam maior relevância na política nacional, configurando-se assim, no contexto de crise causada pela pandemia da COVID-19, um rearranjo das relações intergovernamentais do país (Abrucio et al., 2020).

Ficou evidente que os gestores subnacionais se propuseram a realizar parcerias institucionais e articulações intersetoriais, buscando ferramentas para o gerenciamento da crise, mesmo sem um adequado apoio e orientação do Governo Federal. Muitas das medidas tomadas em um dos piores momentos da gestão da crise sanitária, serviu para um aprendizado institucional até hoje utilizado. Mesmo considerando as dificuldades relacionadas à coordenação das políticas do SUS, nota-se que se formou um arranjo de relações intergovernamentais da região nordeste, fundamentado na concepção de federalismo cooperativo, onde essa cooperação depende das relações estratégicas entre seus membros, com alta integração entre os entes federativos, sendo que, um dos efeitos da descoordenação federativa foi terem os governos subnacionais buscado ocupar vácuos de atuação na esfera central (Abranches, 2020; Abrucio et al., 2020).

Foram relatados como aspectos relacionados ao gerenciamento da crise, a relevância dos sistemas de informações na saúde e da instituição de comitês de crises. Embora a composição desses Comitês não tenha sido um ponto de semelhança entre estados. O Rio Grande do Norte criou um Comitê com participação da Universidade Pública e do Instituto de Envelhecimento, trazendo a política da pessoa idosa para o cerne da discussão. Para muitos gestores dos estados, as ações do governo federal foram mais direcionadas à distribuição de recursos, do que nas medidas de prevenção da transmissão do vírus e de fortalecimento da assistência em saúde, o que teria agravado a crise política pela falta de representação estadual e municipal nos Comitês, o que ilustra a concepção de um federalismo dualista radicalizado com comando centralizado (Albuquerque, Sousa e Moraes, 2022; Vieira e Servo, 2020).

Considerando a precocidade das medidas instituídas pelos governos estaduais, os participantes afirmaram que os estados adotaram, independente das orientações do

Governo Federal, medidas precoces e que estas evitaram uma consequência ainda mais devastadora com relação a morte de pessoas idosas. As divergências nas orientações entre governos nacional e subnacionais, implicaram em disputas quanto a regulação adequada da crise, um conflito exacerbado pelo fato de a descentralização da tomada de decisões ter sido pouco coordenada e com efetividade variada (Albuquerque, Sousa e Moraes, 2022; Vieira e Servo, 2020).

Testagem, busca ativa de contatos, compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), vacinação e apoio psicológico compõem a categoria empírica de medidas de enfrentamento. Os estados nordestinos lançaram, logo nos primeiros meses após o anúncio de pandemia pela OMS, decretos estaduais que previam medidas para conter o avanço da transmissão da COVID-19.

Isolamento social e compra de EPI foram destaques nos decretos. Considerando a população idosa, o apoio psicológico foi fundamental, visto que, essa população foi colocada em uma posição de vulnerabilidade, sendo muitas vezes retratada como as mais suscetíveis ao vírus, o que reforçou o estigma e a ideia de que deveriam se isolar. No entanto, essas medidas nem sempre levaram em conta suas diferenças socioeconômicas, como o acesso a recursos e suporte familiar, que impactam diretamente a capacidade de isolamento.

Também deveriam ter ocorrido mais ações organizadas e coordenadas, de caráter integral, que valorizassem sobretudo as ações em Atenção Primária em Saúde (APS), integrando tais ações com reflexões que não homogeneizassem o processo de envelhecimento e que não alimentassem discursos preconceituosos (Mazuchelli et al., 2021; Souza Filho et al., 2021). Importante citar as ambiguidades relacionadas às tentativas de evitar repercussões econômicas e sociais das medidas de isolamento social, o que provocou ainda mais estigmatização, aumento de violação de direitos e preconceito de idade, exacerbando os desafios já enfrentados pelas pessoas idosas (Silva, Day e Bandeira, 2024; Santos, Silva e Pachu, 2021; Barreto et al, 2020).

Os gestores afirmaram que a crise sanitária e a oportunidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde e a regionalização contribuíram para uma aprendizagem institucional, fundamental após a crise sanitária. Os estudos sobre o fortalecimento da rede de atenção à saúde e a regionalização durante a pandemia de COVID-19 mostram, por exemplo, que muitos sistemas de saúde precisaram reforçar a APS para melhor responder às necessidades da população, expandindo o uso de teleatendimento e

monitoramento remoto para reduzir a presença física nas unidades de saúde. Esse processo envolveu várias iniciativas intersetoriais e adaptações locais para reduzir a sobrecarga hospitalar e conter a transmissão do vírus (Tureck, et al., 2024).

Os aspectos relacionados à atenção à saúde da pessoa idosa no período pandêmico foram destaque em todas as falas dos sujeitos da pesquisa. Essa categoria emergiu quando os participantes abordaram questões como cooperação e articulação política entre os estados nordestinos, sobre a vacinação da população idosa e a priorização do atendimento, assim como, a promoção de políticas para o envelhecimento. Os resultados demonstram que muitos desafios foram vivenciados pelos gestores da região ao buscarem a implementação e coordenação de políticas, principalmente as voltadas à pessoa idosa. É justamente essa falta de coordenação intragovernamental que leva a bloqueios de políticas, sendo a coordenação horizontal crucial para operações governamentais eficientes (Abrucio et al., 2020; Reis, 2022).

Envelhece-se mal e precocemente no Brasil. Assim, as mortes de COVID-19 refletiram não tanto nossa composição etária, mas sobretudo o fato de nunca termos tido políticas para um envelhecimento ativo e saudável, centrado em promoção da saúde, de aprendizagem ao longo da vida, de participação cidadã e proteção dos mais fragilizados (Kalache et al, 2020). Parece ter sido estratégia do governo Bolsonaro adotar medidas que desprezam a vida de populações mais vulneráveis, como a idosa, em favor de questões financeiras e comerciais. As falas do presidente e a negligência do Estado em proteger a população idosa, influenciaram diretamente no número de mortes, infecções e na ausência de autoproteção por parte da população (Reis, 2022).

A dissonância federal levou a uma resposta pandêmica enfraquecida com graves consequências para a saúde das populações, a idosa principalmente, que vem apresentando rápido crescimento, ponto marcante na formulação de políticas públicas, visto que, com o aumento do número de pessoas idosas e a consequente alteração populacional, é necessário aumentar a capacidade do sistema de saúde e melhorar a eficácia dos serviços e cuidados, com políticas e estratégias eficazes (Thinley, 2021). Considerando que a saúde é o fator mais importante para a sobrevivência e a paz na sociedade, proporcionar saúde é tão importante quanto as responsabilidades econômicas e sociais (Samouei, e Keyvanara, 2022).

Concernente ao federalismo, as relações intergovernamentais e suas implicações no enfrentamento da pandemia, encontramos uma forte aproximação conceitual entre o

referencial teórico e as subcategorias, cooperação intergovernamental, os conflitos intergovernamentais. Identificamos a falta de uma cooperação entre estados e governo federal que dificultou o enfrentamento da crise sanitária. Diante do exposto pelos participantes, ficou em destaque a existência de conflitos entre o governo nacional e subnacionais, mas também, em algumas circunstâncias, também entre governos estaduais e municipais, consequência inclusive da influência das posturas e decisões do governo federal.

Os estados e municípios nordestinos precisaram assumir papel protagonista no decorrer da pandemia de COVID-19, o que intensificou os já existentes e constantes tensionamentos entre estados da região e governo federal. O federalismo brasileiro apresenta um cenário complexo de cooperação intergovernamental, com várias rotas existentes para promover as capacidades estaduais e municipais, e onde a cooperação efetiva requer autoridade e coordenação intragovernamentais mais fortes (Abrucio et al., 2020; Reis, 2022). É fato que o Executivo federal precisa negociar tanto com governos estaduais quanto com governos municipais, além de seus parceiros legislativos, para aprovar leis e implementar políticas públicas. Essa interação frequente gera uma interdependência entre os níveis de governo. No entanto, essa cooperação nem sempre é equilibrada, tendo se agravado durante a pandemia de COVID-19, mesmo estando os entes subnacionais dependendo de recursos e diretrizes do governo federal. Portanto, para o sistema ser eficaz, é necessário que haja uma melhor coordenação e mecanismos de incentivo à colaboração entre os governos (Abrucio et al., 2020).

O negacionismo do Governo Federal e a desarticulação entre a unidade nacional e subnacionais no início e durante o período mais crítico da pandemia foi notável. Foi possível verificar a ocorrência de ações de enfrentamento pelos estados de forma bem articulada com outras instâncias de poder, estratégias colaborativas mais do que conflituosas entre os estados nordestinos no enfrentamento a pandemia, também que a pandemia deixou como desafio maior para estados, a necessidade eminente de planejar novas políticas de garantia de direitos à população idosa. Mas na contramão dessa cooperação entre estados, houve uma ineficaz e conflituosa coordenação entre Governo Federal e os estados da região, evidenciando a combinação de crise econômica e político-ideológica (Reis, 2022).

Considerando que a coordenação dos esforços de enfrentamento da crise da COVID-19 dependia fortemente de como se estabelecem as relações intergovernamentais

e da efetividade dos mecanismos de coordenação federativa implementados no SUS, coordenação esta, que deveria justamente garantir o equilíbrio entre a autonomia dos entes e a interdependência entre eles (Vieira e Servo, 2020), muitos autores consideram que houve uma atuação dissonante do governo federal e os demais unidades federativas, onde a ausência de coordenação nacional fez com que gestores estaduais buscassem adotar estratégias que atendiam às suas necessidades políticas, sociais e econômicas locais (Kerr et al, 2020; Xavier et al, 2022).

Tais resultados corroboram com estudos que demonstram que a política negacionista do Governo Bolsonaro esteve em dissonância com os esforços dos governos estaduais e municipais, dos poderes Legislativo e Judiciário e da sociedade civil (Abranches, 2020). Certamente esse foi o ponto de maior concordância entre os entrevistados, ao afirmaram que o Negacionismo do Governo Federal dificultou a coordenação do cuidado e provocou uma desarticulação entre a Unidade Federal e subnacionais agravando ainda mais a já existente crise política no país.

A complexa rede de cuidado e organização do SUS representou a força no cuidado das populações, apesar da dificuldade em atuar sem diretrizes claras e organizativas do Ministério da Saúde, coordenador por excelência do SUS (Fernandez, de Souza e Carvalho, 2021). A inação do Governo Federal logo no início da pandemia no Brasil, aliada à falta de coordenação integrada dos entes federativos, dificultou a realização das ações necessárias e eficazes ao bom gerenciamento da pandemia, uma vez que os indicadores brasileiros quanto ao percentual de mortes e de contágio foram classificados dentre os piores do mundo (Albuquerque, Sousa e Moraes, 2022; Vieira e Servo, 2020).

Considerações Finais/Conclusão

A pandemia de COVID-19 acelerou e ampliou a crise federativa já existente entre Governo Federal e estados e deixou evidente a falta de coordenação nacional na gestão da crise sanitária. O Governo Federal rompeu com o modelo de articulação intergovernamental e essa ausência de coordenação nacional produziu respostas fragmentadas e ineficientes no combate à pandemia, com uma repercussão mais avassaladora quando analisamos os impactos nas políticas voltadas à população idosa, onde o desenvolvimento de políticas de atenção à saúde e proteção social exige a garantia de instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento de poder.

O Governo Bolsonaro tornou-se um caso paradigmático de como lideranças políticas podem agravar crises de saúde pública ao rejeitar evidências científicas e priorizar interesses políticos imediatistas. Os entes governamentais precisaram confluír para a elaboração e implementação das políticas e estratégias para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, garantindo a alocação de recursos financeiros para isso. Mas durante a pandemia essa coordenação, cooperação e um plano operacional de enfrentamento não veio como esperado do Governo Federal, o que provocou mudança na forma como estados se articularam no enfrentamento à grave crise sanitária, principalmente na atenção à população idosa, isso foi evidente na região nordeste do Brasil.

A pandemia reforçou a cooperação interestadual. Os estados nordestinos amadureceram o arranjo das relações intergovernamentais, focando nas suas próprias relações e se opondo às orientações do governo federal. A política de atenção à saúde da pessoa idosa também precisou de novos arranjos, programas e estratégias para evitar consequências ainda mais graves da pandemia de COVID-19, que se deixou alguma lição, foi a de que as políticas voltadas à pessoa idosa ainda precisam ser fortalecidas e priorizadas no país, com foco para construção de um envelhecimento ativo, com saúde e cidadania.

O Sistema Único de Saúde (SUS), resiliente e com respostas à população durante toda a pandemia, também precisará ser fortalecido. O estudo, no entanto, não conseguiu identificar as mudanças na política nacional voltadas à população idosa e novas pesquisas serão necessárias para investigar o comportamento dos arranjos intergovernamentais em um período pós pandemia e em um novo cenário político nacional.

Referências

ABRANCHES, Sérgio. Presidencialismo de coalizão em transe e crise democrática no Brasil. **Revista Euro Latinoamericana de Análisis Social y Político**, v. 2, n. 3, 2020.

ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José; FRANZESE, C.; SEGATTO, C. I.; COUTO, Cláudio Gonçalves. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020. DOI: 10.1590/0034-761220200354.

ALBUQUERQUE, Cristina; SOUSA, Maria Cecília Camargo; MORAES, Thaís Vilela. Comitês de enfrentamento da COVID-19: problemas de articulação federativa e de participação popular na construção de políticas públicas. **Revista Tribunais Online**, v. 1042, p. 37-54, 2022.

BARRETO, Mauricio Lima; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas de; CARVALHO, Marília Sá; CODEÇO, Claudia Torres; HALLAL, Pedro Rodrigues Curi; MEDRONHO, Roberto de Andrade; STRUCHINER, Claudio José; VICTORA, Cesar Gomes; WERNECK, Guilherme Loureiro. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>.

BISPO JÚNIOR, José Paranaguá de Santana. Resiliência do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: como se fortalecer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 10, 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT097522.

BOSQUEROLLI, Ana Maria; FUJARRA, Beatriz Helena; KESSEY, Gabriela Alves Barroso Rocha. Brasil e o mundo diante da crise econômica e da Covid-19. **PET Economia UFPR**, 2020.

COUTO, Cláudio Gonçalves; ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo e a pandemia de Covid-19 no Brasil: conflitos e cooperação na gestão da crise. **Revista de Administração Pública**, 2020.

FERIGATO, Sabrina; FERNANDEZ, Michelle; AMORIM, Melania Maria Ramos de; AMBROGI, Ilana; FERNANDES, Luísa Maria Mendes; PACHECO, Rafaela. The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10263, p. 1636, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32164-4.

FERNANDEZ, Marcos; DE SOUZA, Silvio; CARVALHO, Rodrigo. As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados. **Reflexión Política**, v. 23, n. 48, p. 98-109, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29375/01240781.4232>.

GRANEMANN, Sara. Crise econômica e a Covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00305.

KALACHE, Alexandre; NERI, Alda Figueiredo; LIMA, Luiz de; PEREIRA, Luiz Antonio; SOUZA, Camila Mariane de. Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da pandemia Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, Rio de Janeiro, 2020.

KERR, Lígia; KENDALL, Carl; SILVA, Ana Amélia Medeiros da; AQUINO, Estela Maria Leão et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 2, p. 4099-4120, 2020.

MAZUCHELLI, Larissa Picinato; SOARES, Maria Fernanda; NORONHA, Doralice; OLIVEIRA, Maria Vitória Bessa. Discursos sobre os idosos, desigualdade social e os efeitos das medidas de distanciamento social em tempos de covid-19. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 3, 2021.

NUNES, Benedito Pereira; SOUZA, Ana Sílvia Siqueira; NOGUEIRA, Juliana; ANDRADE, Flávia Barreto; THUMÉ, Elaine; TEIXEIRA, Doralice Severo da Cruz. Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00129620.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Inclusão de pessoas idosas no planejamento de emergências: perspectivas durante e após a pandemia de COVID-19. *Relatório Década do Envelhecimento Saudável*, 2023.

REIS, Ana Flávia. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. **Revista Katálysis**, v. 25, n. 2, p. 392–403, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e82854>.

SAMOUEI, Reza; KEYVANARA, Mohammad. Identificando estratégias para lidar com o envelhecimento populacional da perspectiva de especialistas em sistemas de saúde: Um estudo qualitativo. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 11, p. 210, 2022.

SANTOS, Gilberto Barbosa; SILVA, Cláudia Vieira Pacheco; PACHU, Claudia Oliveira. Impacto da pandemia de Covid-19 na saúde de idosos: uma revisão narrativa. In: ENVELHECIMENTO HUMANO: Desafios Contemporâneos - Volume 2. Editora Científica Digital, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37885/201202434>.

SILVA, José Francisco; DAY, Célia Borges; BANDEIRA, Andréa Gomes. Vulnerabilidade da pessoa idosa frente à Covid-19: uma aproximação do serviço de saúde comunitária. **Physis**, v. 34, 2024. DOI: 10.1590/S0103-7331202434048pt.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Angelo. Effects of Federalism on Social Policies in a Comparative Perspective: Argentina and Brazil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 14, n. 3, p.327-345, 2020.

SOUZA, Carlos; FONTANELLI, Fabiana. Antídotos institucionais do federalismo brasileiro: a Covid-19 mudou a dinâmica federativa? In: AVRITZER, Leonardo; KERCHÉ, Fábio; MARONA, Marjorie (Orgs.). **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. São Paulo: Autêntica, 2021. p. 287-303.

SOUZA FILHO, Zildo Alberto de; NEMER, Camila Rodrigues Barbosa; TEIXEIRA, Elizabeth Neves; NASCIMENTO, André Luiz Machado das; MEDEIROS, Márcia Helena Machado; PANARRA, Horácio Pires; LIMA, Bruna Alessandra Costa e Silva; GIGANTE, Paula Andreza Viana; OLIVEIRA, Vanessa Calmont Gusmão. Fatores associados ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 por pessoas idosas com comorbidades. **Escola Anna Nery**, v. 25, esp., 2021. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0495.

TEIXEIRA, Francisco Antônio; PAULA, Carlos Eduardo Azevedo de; QUEIROZ, Ana Maria; MELO, Daniel Queiroz de; SILVA, Gabriela Monteiro Viana. A evolução da Covid-19 e incidência nos óbitos da população idosa: defesa do isolamento horizontal. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v. 11, n. 3, p. 167-182, 2020. DOI: 10.6008/CBPC2179-684X.2020.003.0012.

THINLEY, Sonam. Saúde e cuidados de uma população envelhecida: Alinhamento dos sistemas de saúde e sociais para atender à necessidade. **Journal of Health Management**, v. 23, n. 1, p. 109-118, 2021.

TURECK, Fernando; CHIORO, Arthur; TOFANI, Luís Fernando Nogueira; LIMA, Carolina Loyelo; VIEIRA, Amanda da Cruz Santos; ANDREAZZA, Rosemarie. Inovações produzidas na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024296.07022023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Revista Saúde em Debate**, v. 44, especial 4, p. 12-34, 2020.

XAVIER, Diego Ricardo; SILVA, Eliane Lima e; LARA, Flávio Alves; SILVA, Gabriel R. R. E.; OLIVEIRA, Marcus F.; GURGEL, Helen; BARCELLOS, Christovam. Involvement of political and socio-economic factors in the spatial and temporal dynamics of COVID-19 outcomes in Brazil: A population-based study. **Lancet Regional Health Americas**, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100221>

ZHANG, Shuo; YANG, Zhen; LI, Zhuo-Ning; CHEN, Zhen-Lin; YUE, Shi-Jun; FU, Rui-Jie; XU, Ding-Qiao; ZHANG, Sai; TANG, Yu-Ping.. As pessoas mais velhas são realmente mais suscetíveis ao SARS-CoV-2? **Aging and Disease**, v. 13, n. 5, p. 1336-1347, 2022. DOI: 10.14336/AD.2022.0130.

5.3 Artigo 3: O Consórcio Nordeste e a articulação política durante a pandemia de Covid-19: federalismo brasileiro e a crise política do Governo Bolsonaro.

Resumo

O objetivo deste artigo foi analisar as estratégias e cooperação entre os estados da região Nordeste, especialmente relacionadas à atuação do Consórcio Nordeste no enfrentamento da pandemia por COVID-19 em meio à crise política do Governo Bolsonaro. Realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa, com análise dos 24 Boletins do Comitê Científico do Consórcio Nordeste para o COVID-19, publicados entre abril de 2020 e abril de 2022 e a análise do discurso feita a partir de dez entrevistas semiestruturadas, entre janeiro e março de 2024, com gestores das políticas de saúde e da assistência social de três estados nordestinos. Os resultados demonstraram que a pandemia de COVID-19 explicitou a necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde do país, que o Governo Federal colaborou para a sua debilitação durante a emergência sanitária, acalorando um debate político envolvendo os governos subnacionais e proporcionando o cenário para um rearranjo das relações federativas no Brasil.

Palavras – chave: COVID-19, Consórcio Nordeste, federalismo

Abstract

The objective of this article was to analyze the strategies and cooperation between the states of the Northeast region, especially related to the actions of the Northeast Consortium in confronting the COVID-19 pandemic amid the political crisis of the Bolsonaro government. A qualitative approach was used to analyze the 24 Bulletins of the Scientific Committee of the Northeast Consortium for COVID-19, published between April 2020 and April 2022, and the discourse analysis was carried out based on ten semi-structured interviews, between January and March 2024, with managers of health and social assistance policies from three northeastern states. The results demonstrated that the COVID-19 pandemic highlighted the need to strengthen the country's Unified Health System, which the Federal Government collaborated in weakening during the health emergency, heating up a political debate involving subnational governments and providing the scenario for a rearrangement of federative relations in Brazil.

Keywords: COVID-19, Northeast Consortium, federalism

Introdução

Para uma melhor compreensão dos impactos da crise sanitária de COVID-19, que encontrou como cenário, a já existente crise política no Brasil, é necessário primeiramente refletirmos sobre o modelo de organização política no país, um modelo na qual há o compartilhamento matricial da soberania, que, por conseguinte, deve garantir a autonomia dos governos e a interdependência entre eles, o Federalismo (Arretche, 2012 e Couto, 2019).

Fenômeno múltiplo que, dependendo do contexto e da configuração institucional, pode ter efeitos diferenciados nas políticas sociais, sendo necessária uma cooperação, uma contínua negociação e barganha para gerar consensos que alinhem objetivos nacionais compartilhados com a autonomia subnacional (Grin e Abrucio, 2018).

O Federalismo pode ser entendido por diferentes perspectivas. Mostrando-se como um limitador da política social ao dispersar o poder de inibir políticas universais e equitativas (Loureiro, 2014), ou não sendo em si um obstáculo para implementação de políticas sociais, apesar de, pelas consequências do compartilhamento do poder, é recorrente a sua associação ao impedimento de políticas voltadas para o bem-estar social (Obinger, Leibfried e Castles, 2005), ou seja, existem impactos positivos ou negativos dependem de configurações institucionais específicas, sendo recomendado relacionar diferentes tipos de federalismo com diferentes características assumidas pelas políticas sociais nos países (Soares e Machado, 2020, Arretche, 2012).

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, nosso melhor exemplo de coordenação federativa, se formou um arranjo de relações intergovernamentais fundamentado na concepção de federalismo cooperativo, que é uma construção política para tratar das relações entre todos os níveis de governo em torno de agendas comuns, se apresentando como um desenho muito robusto de repartição coordenada de responsabilidades e financiamento, com alta integração entre os entes federativos, capaz de construir capacidades na área de saúde e de reduzir desigualdades (Arretche, 2012).

O modelo de Federalismo no Brasil transformou-se rapidamente e torna-se pauta importante para entender o porquê, no contexto de uma grave crise política e sanitária,

estados e municípios brasileiros, mesmo com autonomia política, financeira e administrativa garantidas pela Constituição, exigirem uma coordenação nacional, e por que a interdependência entre os entes federados pode fazer a diferença no enfrentamento a crise na saúde pública (Soares e Machado, 2020; Abrucio et al., 2020).

Para Abrucio et al (2020), as relações intergovernamentais já estavam em processo de mudança antes da pandemia da COVID-19, porém seus efeitos se intensificaram durante a crise sanitária, quando a necessidade de um papel coordenador da União ficou mais evidente.

Entendendo que no contexto de uma pandemia, onde governo nacional e subnacionais precisariam confluir para a elaboração e implementação das políticas e programas, e definir a alocação de recursos financeiros, o cenário brasileiro se apresentava grave. As relações entre os poderes se tornavam ainda mais tensas, com disputas de posições políticas, de cunho ideológico focados na saúde e economia do país.

De um lado a ideologia negacionista do Governo Bolsonaro, noutra a intensificação dos movimentos de articulação política entre estados da região Nordeste. O movimento entre os estados nordestinos brasileiros, que já vinha se organizando como uma resposta a diversas situações econômicas e sociais e a polarização política do país, passa a se apresentar de forma mais contundente; o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento do Nordeste.

Formado em 2019 pelos nove estados da região brasileira o Consórcio Nordeste, representava uma iniciativa inovadora no federalismo brasileiro. Com o objetivo de promover a cooperação interestadual e fortalecer o desenvolvimento regional, o Consórcio avançou em diversas áreas, como saúde, ciência e tecnologia, e gestão de recursos Clementino (2024). Seu surgimento está intimamente ligado à busca por maior autonomia regional e à articulação para enfrentar desafios comuns, como desigualdades sociais e econômicas históricas. Segundo Clementino (2024), a identidade regional consolidada e a crise política no país impulsionaram o fortalecimento dessa parceria interestadual, apoiada por lideranças políticas bem articuladas, criando soluções conjuntas como compras públicas compartilhadas e políticas coordenadas para o desenvolvimento sustentável.

O objetivo deste artigo foi analisar as estratégias e cooperação entre os estados da região Nordeste, especialmente relacionadas à atuação do Consórcio Nordeste no enfrentamento da pandemia por COVID-19 em meio à crise política do Governo Bolsonaro. O pressuposto teórico inscreve-se pelo princípio de que a pandemia de

COVID-19 explicitou a necessidade de fortalecimento do Sistema Único de Saúde do país, no entanto, o Governo Federal colaborou para a sua debilitação durante a emergência sanitária, acalorando um debate político envolvendo os governos subnacionais e proporcionando o cenário para um rearranjo das relações federativas no país.

Materiais e Métodos

Realizou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa, com análise dos 24 Boletins do Comitê Científico do Consórcio Nordeste para o COVID-19, publicados entre abril de 2020 e abril de 2022 e a análise do discurso feita a partir de dez entrevistas semiestruturadas, entre janeiro e março de 2024, com gestores das políticas de saúde e da assistência social de três estados nordestinos.

A análise documental foi um dos métodos usados no presente estudo, por possibilitar o exercício de reconstrução de um recorte da história da estruturação e atuação do Consórcio Nordeste. Segundo Cellard (2008), o método permite apresentar um corte longitudinal e maturação social, ou não, das instituições e da sociedade.

Os documentos foram organizados por data da sua emissão a fim de realizar a leitura flutuante e a constituição do corpus. Em seguida, buscou-se levantar categorias e a frequência destas (Minayo, 2014).

O cruzamento da análise de documentos e os resultados das entrevistas com gestores estaduais da saúde e da política de assistência social dos três estados nordestinos nutriram as reflexões apresentadas no presente artigo. Foram incluídos na análise, entrevistas feitas com seis informantes-chave que atuaram como gestores da saúde e quatro da assistência social, sendo três do estado do Ceará, três do Rio Grande do Norte e quatro da Paraíba. Para participarem, os sujeitos da pesquisa precisaram ter atuado como gestores das políticas da saúde ou da assistência social durante os anos de 2020 a 2022, período mais grave da pandemia de COVID-19.

Após a análise, as informações das entrevistas que apresentaram consistência em qualidade e densidade foram compiladas e agrupadas por temas identificados, permitindo visualizar seus elementos analíticos. Durante a análise foram extraídos códigos, de acordo com o propósito do estudo, e sistematizados em software Atlas T.I Version 7. Os códigos semelhantes foram então, colocados em categorias independentes em termos de conteúdo.

Quanto aos aspectos éticos, este estudo faz parte de pesquisa aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Ceará, em 18 de junho de 2021 sob o parecer número 4.790.275.

Resultados e discussão

O Consórcio Nordeste adotou inúmeras iniciativas para a contenção da pandemia de COVID-19. Algumas das ações foram a compra coletiva de medicamentos, insumos hospitalares e respiradores mecânicos; o envio de carta ao embaixador da China no Brasil, solicitando auxílio com material médico-hospitalar e a criação do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus composto por renomados especialistas nacionais para assessorar o Consórcio e monitorar a pandemia. O Consórcio atuou indicando diversas recomendações científicas para auxiliar a tomada de decisão dos governadores em suas respostas à COVID-19. É importante destacar esta iniciativa de criação do Comitê, pois a nível nacional essas orientações não vieram de forma contundente.

Os temas, recomendações e ações propostas identificadas a partir da análise dos Boletins do Comitê de enfrentamento à COVID-19 do Consórcio Nordeste estão apresentados no Quadro 1. Seus resultados dialogam com os achados das entrevistas com gestores, cujas reflexões serão acompanhadas de identificação, realizada a partir das iniciais de seus cargos (GES para gestor estadual da saúde, GEPS gestor estadual da proteção social), exercidos à época da pandemia, seguido dos números que identificam a ordem da entrevista, quando necessário e a sigla do estado: GES1/CE, GES2/CE, GEPS/CE, GES1/RN, GES2/RN, GES3/RN, GES/PB, GEPS1/PB, GEPS2/PB, GEPS3/PB.

O ponto de maior destaque e unanimidade entre os sujeitos da pesquisa é que o Consórcio é uma **estratégia positiva e foi bem-sucedida durante a pandemia de COVID-19**, primeira categoria a emergir das análises. Como apontam os sujeitos entrevistados, as relações entre os estados do Nordeste se fortaleceram durante a pandemia e o Ceará foi um estado protagonista, conduzindo com liderança as discussões do Consórcio.

Os sujeitos entrevistados reforçam a importância da continuidade do trabalho do Consórcio, retomado nas câmaras técnicas, e que precisa continuar, pois foi uma iniciativa que fortaleceu a região. O Consórcio avançou ao tentar organizar a bancada a conseguir recursos e infraestrutura para o enfrentamento da pandemia. Nesse aspecto funcionou

bem. O monitoramento dos dados da pandemia também foi realizado através de uma ação consorciada da imprensa. O Nordeste demonstrou força para garantir orçamento federal e para forçar o Governo Federal com relação à compra de vacinas.

“A atuação dos governadores, inclusive para cobrança junto ao legislativo, junto ao judiciário, junto ao governo federal, mesmo em uma situação de conflito, ela foi extremamente importante porque isso mostrava a unidade federativa” (GES1/RN)

Emergiu da análise a categoria **fortalecimento das relações intergovernamentais**. Como apontado pelos sujeitos da pesquisa, o Consórcio fortaleceu as relações entre governantes dos estados, numa atitude colaborativa e solidária, importante no sucesso do enfrentamento da pandemia. Isso aumentou o peso da cobrança junto a instâncias federais, que apresentavam uma postura e pensamentos negacionistas desde o início da crise. A análise dos documentos atesta a atuação articulada e colaborativa intergovernamental na tentativa de superar as lacunas deixadas pela ausência de coordenação nacional.

“Pelo Consórcio do Nordeste se comprava melhor, juntos, para se articular, para definir estratégias. Então, isso ajudou demais. Por exemplo, aqueles que tinham maior capacidade e os que estavam em menor condição, acaba que todos se ajudaram. Isso foi fundamental, porque esse consórcio, fez com que o Nordeste tivesse uma barreira e, ao mesmo tempo, se protegesse”. (GES2/CE)

A concepção bolsonarista de federalismo, norteadada por uma visão fortemente centralizadora hierárquica sobre questões com impacto nacional e dualista em relações intergovernamentais, diminuiu a participação da União na redução de desigualdades territoriais e na ajuda a governos subnacionais (Abrucio et al., 2020)

A colaboração entre estados foi outra categoria encontrada na análise. Como apontam os gestores entrevistados, a colaboração e união entre os estados, essa atitude de compromisso com a defesa da vida, a busca de respaldo na sociedade civil dos estados, foi muito importante para enfrentar esse contexto extremamente adverso, e proporcionado por um governo que não coordenou a federação, que não conduziu uma unidade nacional para o enfrentamento da pandemia e que, pelo contrário, dificultou o enfrentamento, negando recomendações da Organização Mundial de Saúde. O primeiro Boletim do Comitê Científico do Consórcio Nordeste já apontava a necessidade de fortalecer a articulação entre as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Segundo o Gestor Estadual da Saúde da Paraíba (GES/PB):

“No Consórcio Nordeste teve a discussão da aquisição de vacinas. O Ministério não querendo fornecer as vacinas, o Consórcio Nordeste se organizou e adquiriu vacinas com recursos próprios, com recursos dos próprios estados para poder organizar esse processo de vacinação”

O Consórcio, como uma articulação dos governadores, teve um papel de promotor da análise da ação de saúde no Nordeste, promovendo atitudes cooperativas. Buscou, inclusive, coordenar a aquisição de equipamentos e insumos durante a crise sanitária. O Boletim nº 14, de 12 de fevereiro de 2021, fez a proposição para definição de uma estratégia unificada de vacinação para a região Nordeste, com vias a negociar com todos os fornecedores de vacinas que apresentassem eficácia e segurança demonstradas.

No entanto, o Consórcio Nordeste não conseguiu provocar a criação de uma política compartilhada maior. A partir daí surge uma nova categoria analítica, se contrapondo aos bons resultados da atuação do Consórcio, os **desafios da atuação do Consórcio**. Segundo os sujeitos entrevistados, ele também passou por uma grave situação, que foi o escândalo da compra dos respiradores. Isso foi um grande problema. Essa iniciativa, que foi conduzida pelo governo da Bahia teve insucesso, e trouxe muito desgaste para o Consórcio e para os estados, para alguns governos, com repercussões do ponto de vista político, muito negativas. Isso veio posteriormente a comprometer essa atuação mais coordenada porque foi utilizada de forma política. Isso acabou por comprometer muito a imagem do Consórcio e levou a intensificação da politização contra os governadores do Nordeste, inclusive em busca de criminalização por parte do Ministério Público Federal. Isso trouxe cicatrizes no próprio movimento de organização do Consórcio Nordeste.

Para o Gestor da Saúde (GES3) da Paraíba:

“Vi alguns representantes do Estado, sendo contrários a algumas definições feitas no Consórcio Nordeste, o que gerou tensão. Houve pontos negativos no sentido de que, muitas ações foram feitas de forma precipitada. E o fato de terem sido feitas dessa forma, muitas vezes gerava problemas relacionados com a não oferta, o que era comprado, por vezes um valor ligeiramente superior. Então esse aspecto foi negativo”.

O **confronto entre governos subnacionais e o Governo Federal** é outra categoria que surge da análise. Confrontos entre o presidente da República, governadores e prefeitos levaram à judicialização do tema, com decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de que todos os entes da federação têm autonomia para tomar providências normativas e administrativas relacionadas à COVID-19. Entretanto, essa decisão não pôs

fim às divergências ou gerou espaço para uma ampliação da coordenação federativa no enfrentamento da pandemia, ao contrário, resultou em graves consequências para o funcionamento do SUS, no atendimento das necessidades de saúde da população brasileira e a efetividade das ações de enfrentamento à doença no país. (Vieira e Servo, 2020). No Boletim de número 5, emitido em abril de 2020, o Comitê Científico divulgou posição contrária à orientação do Governo Federal para uso da cloroquina e hidroxcloroquina em qualquer fase da infecção produzida pelo Coronavírus. Uma atitude contrária às posturas negacionistas do então Presidente Bolsonaro, endurecendo ainda mais o embate entre Governadores do Nordeste e Governo Federal. Mais evidente na pandemia, essas disputas se acirraram, exibindo a descoordenação das ações de saúde, que se agravavam a cada dia. (Oliveira e Fernandez, 2021). A eclosão da pandemia escancarou a proposta do Governo Bolsonaro e exacerbou conflitos entre União e municípios e, principalmente, estados, aumentando a descoordenação intergovernamental (Abrucio et al., 2020).

Enquanto o governo federal minimizava a pandemia, tratando de neutralizar a atuação técnica do seu próprio Ministério da Saúde (Ferigato et al., 2020), optando por ações dissonantes em relação ao trabalho realizado pelos demais entes da federação (Vieira e Servo, 2020) governadores tentaram frear a epidemia, assumindo o protagonismo na política nacional, configurando-se assim, no contexto de crise causada pela pandemia da COVID-19, um rearranjo das relações federativas do país (Abrucio et al., 2020 e Fernández, de Souza e Carvalho, 2021).

Durante a pandemia de COVID-19, o Consórcio ganhou visibilidade ao coordenar ações emergenciais, como a compra conjunta de insumos hospitalares e vacinas, demonstrando a importância da cooperação federativa em momentos de crise. Essa atuação foi amplamente discutida por Fernandez e Pinto (2020), que enfatizaram a relevância do Consórcio em mitigar a omissão do governo federal e criar alternativas para a gestão da saúde pública na região.

Por outro lado, a falta de transparência em algumas dessas ações gerou críticas, como no caso do escândalo relacionado à compra de respiradores. A implementação de medidas de governança e fiscalização tornou-se, desde então, uma prioridade para fortalecer a credibilidade da instituição (Observatório de Regionalismo, 2024).

Mais recentemente, o Consórcio Nordeste ampliou sua agenda com iniciativas voltadas para a ciência e tecnologia. Em 2024, foi lançado o documento "Ciência, Tecnologia e Inovação para os Principais Desafios do Nordeste", que contou com a colaboração de 100 pesquisadores e propôs soluções para áreas estratégicas como energias renováveis, biotecnologia e combate à pobreza (FAPEAL, 2024). Esse esforço reflete a busca por integrar conhecimento científico à formulação de políticas públicas. O Consórcio Nordeste oferece um modelo promissor para o federalismo brasileiro, mas ainda há questões em aberto sobre seu impacto na governança regional e sua capacidade de reduzir as desigualdades estruturais da região (Clementino, 2024).

Quadro 1. Temas, recomendações e ações propostas nos Boletins do Comitê de enfrentamento à COVID-19 do Consórcio Nordeste, 2024.

Nº e Data	Tema principal	Recomendações de Saúde Pública
Boletim 01 01/04/2020	1. Medidas restritivas para o isolamento social 2. Medidas para diminuir a importação do coronavírus 3. Medidas de mitigação dos efeitos sociais da pandemia 4. Articulação entre as secretarias estaduais e municipais de saúde 5. Tecnologias digitais de monitoramento 6. Intensificar a articulação entre os grupos de pesquisa do NE em diversas áreas	1. Interrupção da cadeia de contágio do novo coronavírus; 2. Implantação nos aeroportos e terminais de ônibus postos de saúde para a testagem dos passageiros e para orientação dos viajantes; 3. Apoio material aos grupos mais vulnerabilizados; 4. Intensificação da articulação entre as secretarias estaduais e municipais de saúde para enfrentamento da pandemia; 5. Implantar uma plataforma digital com informações atualizadas sobre o cenário da doença no Nordeste; 6. Composição de uma rede integrada de pesquisa.
Boletim 02	1. Distanciamento social e medidas restritivas; 2. Criação de sub-comitês temáticos; 3. Uso de máscaras caseiras; 4. Informativo sobre o aplicativo Monitora COVID-19; 5. Microeconomia e o coronavírus; 6. Rede de apoio internacional.	1. Reafirmação da eficiência do distanciamento social e medidas restritivas no combate à pandemia; 2. Criação de 09 de sub-comitês temáticos com o intuito de recrutar outros cientistas nacionais e internacionais para atuarem voluntariamente no fomento à pesquisa e apoio a tomada de decisões dos gestores. 3. Fomento à economia solidária na produção de insumos no combate ao coronavírus.
Boletim 03 09/04/2020	1. Distanciamento social; 2. Uso de máscaras; 3. Hidroxicloroquina; 4. Monitora COVID-19; 5. Site do Comitê Científico	1. Reafirmação da eficiência do distanciamento social e medidas restritivas no combate à pandemia; 2. Reforço ao uso de máscaras, mesmo que sejam de fabricação caseira; 3. Contestação científica do uso indiscriminado de hidroxicloroquina;
Boletim 04 16/04/2020	1. Brigada emergencial de saúde; 2. Restrição de tráfego nas rodovias do Nordeste; 3. Proteção às equipes de saúde; 4. Monitora COVID-19.	1. Restrição de mobilidade no tráfego intermunicipal e interestadual, com exceção aos serviços essenciais, como transporte de alimentos e materiais de saúde; 2. Investimento na aquisição de EPI's aos profissionais de saúde e viabilização de testes rápidos a eles. 3. Implantação imediata do aplicativo Monitora COVID-19, disponibilizado pelo Consórcio Nordeste, e a realização de ampla campanha de comunicação para o envolvimento da população.
Boletim 05 24/04/2020	1. Manutenção do Distanciamento Social; 2. Desinfecção de locais públicos e postos rodoviários; 3. Uso emergencial de ventiladores de salas cirúrgicas;	1. Recomendação do distanciamento social; 2. Recomendação da implementação de um programa de desinfecção de lugares públicos, de veículos de carga e de veículos de passeio por meio de

	<p>4. Monitora COVID-19; 5. Ampliação do aporte financeiro para as Fundações de Amparo à Pesquisa; 6. Uso da Cloroquina e Hidroxicloroquina nos pacientes com coronavírus; 7. Projeto Mandacaru supera a marca de mil colaboradores; 8. Indicação aos agentes de campo.</p>	<p>processo de sanitização preventiva em pontos da cidade com maior circulação pública; 3. Reafirmação da restrição do tráfego não essencial nas estradas; 4. Adaptação de máquinas de ventilação usadas normalmente em salas cirúrgicas para uso contínuo em UTI's; 5. Recomendação contra o uso de Cloroquina e Hidroxicloroquina, em qualquer fase da infecção produzida pelo coronavírus; 6. Recomendação do uso de oxímetros portáteis pelas equipes de saúde de família e agentes de saúde em campo para detecção precoce de comprometimento pulmonar dos pacientes. 7. Reforço ao uso dos testes para COVID-19 por RT-PCR como ferramentas estratégicas ao combate à COVID-19. 8. Recomendação para que a população da região Nordeste baixe o aplicativo MONITORA COVID-19, mesmo nos Estados do Nordeste que têm outros sistemas de telemedicina</p>
<p>Boletim 06 05/05/2020</p>	<p>1. Manutenção das medidas de isolamento social; 2. Critérios quantitativos para lockdown; 3. Centralização das vagas em UTIs; 4. Medidas para implantação das Brigadas de Saúde; 5. Contratação de médicos intensivistas; 6. Proteção às equipes de saúde; 7. - Desinfecção rigorosa de banheiros para prevenir infecção hospitalar; 8. Sala de situação e controle em operação; 9. Recomendações sobre testes para COVID 19 por RT-PCR; 10. Subcomitê de assessoria estratégica.</p>	<p>1. Recomendação do distanciamento social; 2. Recomendação aos Estados que estabeleçam critérios objetivos para decretação de lockdown, associando, a eles, medidas legais, políticas e de segurança que deem sustentação à eventual ocorrência; 3. Recomendação que todos os Estados estabeleçam procedimentos de regulação do acesso aos leitos de UTI a partir de critérios técnicos, clínicos e sanitários, com o objetivo de organizar fila única de acesso da população aos serviços de forma universal e igualitária. 4. Recomendação de medidas para o aumento do número de médicos intensivistas nos hospitais dedicados ao atendimento de pacientes infectados por COVID-19. 5. Recomendação de adoção de medidas de proteção às equipes de saúde, que diz respeito ao estabelecimento de fluxos e protocolos para otimizar o trabalho e prevenção à contaminação. 6. Aumentar a frequência da desinfecção em banheiros de hospitais e outras unidades de saúde. 7. Recomendação do desenvolvimento de programas de formação voltados ao cuidado da população no contexto da pandemia, organizado pelas universidades e gestores de saúde, com foco na promoção e prevenção da saúde nos territórios.</p>

<p>Boletim 07 21/05/2020</p>	<p>1. Aumento dos índices de isolamento social e recomendações específicas para o estabelecimento do lockdown; 2. Uso da cloroquina e da hidroxicloroquina; 3. Sobre os protocolos ambulatoriais para Serviços de Atenção Primária à Saúde; 4. Brigadas Emergenciais de Saúde; 5. Aumento da testagem tanto para Coronavírus como para a dengue; 6. Divulgação para a população dos programas assistenciais federais;</p>	<p>1. Manutenção e ampliação das medidas de isolamento social como única forma eficiente de reduzir o número de contágios e evitar a sobrecarga e o colapso dos sistemas de saúde, sobretudo, no crescente aumento de casos de dengue e chikungunya no Nordeste; 2. Recomendação contra o uso de Cloroquina e Hidroxicloroquina, em qualquer fase da infecção produzida pelo coronavírus; 3. Reitera a orientação do Ministério da Saúde, publicado em 01 de abril de 2020 sobre o protocolo para Serviços de Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (APS/ESF); 4. Enfatiza a recomendação a criação de Brigadas Emergenciais de Saúde; 5. Recomendação de aumentar a testagem da população em toda a região para coronavírus e dengue; 6. Ampliação e disseminação das informações referentes aos programas assistenciais federais existentes, para auxiliar financeiramente a população do Nordeste durante a crise econômica gerada pela pandemia.</p>
<p>Boletim 08 01/06/2020</p>	<p>1. Medidas de isolamento social ainda não devem ser relaxadas; 2. Lançamento da Matriz de Risco unificada para todo o Nordeste; 3. Resumo da Situação de cada Estado e recomendações do C4-NE; 4. Exclusão da cloroquina e hidroxicloroquina dos protocolos de tratamento.</p>	<p>1. Recomenda a manutenção das medidas de isolamento social; 2. Recomendação à remoção da prescrição e uso da cloroquina ou hidroxicloroquina, sozinha ou acompanhada de outras drogas, em qualquer fase do acometimento do SARS-CoV-2; 3. Criação da Matriz de Risco da pandemia de Coronavírus, que teve como o objetivo auxílio na tomada de decisão de gestores por toda a Região Nordeste.</p>
<p>Boletim 09 02/07/2020</p>	<p>1. Diagnóstico do momento da pandemia no Nordeste; 2. Situação atual da Matriz de Risco do Nordeste; 3. Recomendações específicas do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus; 4. Situação específica de cada estado do Nordeste;</p>	<p>1. Recomendação e adoção de rastreio, testagem e isolamento de casos; 2. Implementação de educação em saúde para aumentar o engajamento e adesão às medidas de prevenção e controle, incluindo as medidas de distanciamento social, uso adequado de máscaras e etiqueta respiratória; 3. Realização de campanhas de uso obrigatório para a população em geral sobre o uso de máscaras em espaços extradomiciliares; 4. Imediato estabelecimento das Brigadas Emergenciais de Saúde em todos os estados do Nordeste;</p>

		<p>5. Recomendação do uso de radiação ultravioleta para desinfecção de materiais</p> <p>6. Recomendação para implementação de mecanismos para proteção grupos vulneráveis e populações confinadas, como idosos em residências coletivas, populações prisionais, populações em situação de rua, indígenas, quilombolas, entre outros grupos.</p> <p>7. Recomendação de prestação de apoio às famílias de trabalhadores em áreas essenciais (saúde, policiais, indústrias essenciais, entre outros), em especial no cuidado de seus filhos em idade escolar.</p> <p>8. Definição de regras para redução da densidade de pessoas nos transportes coletivos (aumento da frota, escalas de trabalho iniciando e terminando em diferentes horários, entre outros).</p> <p>9. Estabelecimento de Barreiras Sanitárias nas rodovias;</p>
Boletim 10 11/08/2020	<p>1. Apresentação do Comitê Científico sobre a situação específica da COVID-19 em cada Estado do Nordeste. O texto destacou a total ausência do Governo Federal, em especial do Ministério da Saúde, na coordenação de ações efetivas de combate à pandemia.</p>	<p>1. Recomendava a todos os governadores e prefeitos a intensificação das campanhas de esclarecimento da população e a manutenção da proibição de atividades ainda não permitidas, como as atividades de ensino presencial, as quais, se autorizadas prematuramente, contribuirão para estender o avanço da terrível doença.</p> <p>2. Sugeriu ao estado do Ceará, que possuía um baixo isolamento, permanecer em alerta por conta da alta mortalidade pela doença.</p>
Boletim 11 17/09/2020	<p>1. Recomendações sobre a volta às aulas presenciais;</p> <p>2. Alerta para a questão das vacinas;</p> <p>3. Atualização da situação da COVID-19 em todos os estados do Nordeste.</p>	<p>1. Não recomenda, em hipótese alguma, estudos clínicos de qualquer vacina candidata (experimental), em qualquer fase de testagem, seja qual for a sua origem, sem que estes estudos tenham sido aprovados pela ANVISA e pelo CONEP.</p> <p>2. Elaboração de planos estratégicos de enfrentamento às desigualdades no sistema educacional, dando ênfase às questões da segurança alimentar e psicossociais;</p>
Boletim 12 22/10/2020	<p>1. Riscos para o Nordeste com a segunda onda da epidemia na Europa;</p> <p>2. 2 - Situação da pandemia nos Estados do Nordeste.</p>	<p>1. Implantação em todos aeroportos de estandes sanitários, com equipes de saúde munidas de folhetos informativos, equipamentos de aferição de temperatura e kits de testagem rápida de passageiros provenientes do exterior;</p> <p>2. Obrigatoriedade de quarentena de 14 dias para os turistas que não apresentem atestados que comprovem a ausência de infecção pelo Sars-cov-2.</p>

<p>Boletim 13 18/12/2020</p>	<p>1. Necessidade de medidas urgentes para frear a segunda onda da epidemia iniciada no Nordeste; 2. Situação da pandemia nos Estados do Nordeste.</p>	<p>1. Recomendação da realização de campanha de comunicação sobre a segunda onda de COVID-19; 2. Renovação das medidas de isolamento social; 3. Renovação das medidas de proteção às equipes de saúdes, testagem e rastreamento de casos e reabertura de leitos e hospitais de campanha; 4. Recomendação do uso, pela população, do Monitora COVID-19; 5. Reforço à implantação de telemedicina e brigadas emergenciais de saúde; 6. Medidas para dificultar a importação do vírus: implantação nos laboratórios de aeroportos capacitados a realizar testes para a COVID-19 por RT-PCR e fornecer resultados em até 4 horas, obrigatoriedade de quarentena de 14 dias para os turistas que não apresentem atestados que comprovem a ausência de infecção pelo Sars-CoV-2, ou que se recusarem a fazer os testes, ou aquele cuja testagem seja positiva para a COVID-19. 7. Recomendação para que o Consórcio Nordeste negocie com todos os fornecedores de vacinas que tenham tido sua eficácia e segurança, que tenham sido aprovadas para uso pela ANVISA, FDA americano e o CDC europeu. 8. Recomenda aos governadores do Nordeste a criação de COMISSÃO NACIONAL EMERGENCIAL DE VACINAÇÃO, formada pelos maiores especialistas brasileiros da área, para atuar de forma independente e assessorar os 27 governadores brasileiros na definição de uma estratégia de vacinação unificada para o país. 9. Elaboração conjunta, pelos 09 estados, planos de contingência para realizar uma campanha de vacinação da Região Nordeste, caso o governo federal não assuma esta responsabilidade a nível nacional. 10. Recomendação que o Consórcio NE solicite oficialmente junto às autoridades federais apropriadas, incluindo, se necessário for, o Supremo Tribunal Federal, o fechamento do espaço aéreo brasileiro com a proibição de partidas ou chegadas de voos internacionais em todos aeroportos da região.</p>
<p>Boletim 14 12/02/2021</p>	<p>1. Ampliação das medidas de prevenção contra a COVID-19; 2. Situação da doença em todos Estados do Nordeste</p>	<p>1. Medidas de contenção do avanço da segunda onda da epidemia: medidas restritivas de distanciamento social; 2. Renovação das medidas de proteção as equipes de saúdes, testagem e rastreamento de casos e reabertura de leitos e hospitais de campanha</p>

		<p>3. Negociação com todos os fornecedores de vacinas que tenham tido sua eficácia e segurança demonstradas em estudos clínicos de fase 3 e que tenham sido aprovadas para uso, quer pela ANVISA, quer por instituições reconhecidas internacionalmente, como o FDA e CDC americanos e europeu.</p>
Boletim 15 15/03/2021	<p>1. Necessidade de manter medidas de prevenção contra a COVID-19; 2. Situação da doença em todos Estados do Nordeste</p>	<p>1. Intensificar campanhas de esclarecimento da população, mostrando a necessidade do uso de máscaras em quaisquer ambientes em que haja aglomeração, distanciamento de 1,5 a 2 m entre as pessoas, higienização e uso de álcool em gel, etc. 2. Necessidade de aumentar o ritmo de vacinação contra a COVID-19; 3. Volta às aulas presenciais, mesmo em menor escala, só deve ocorrer com planejamento que obedeça a todas as normas de segurança sanitária e precedida da vacinação de educadores e demais funcionários das escolas; ° 4. Retorno às aulas presenciais, mesmo em menor escala, só deve ocorrer com planejamento que obedeça a todas as normas de segurança sanitária e precedida da vacinação de educadores e demais funcionários das escolas; 5. Limitar o de pessoas nas lojas, consultórios e escritórios com obrigatoriedade do uso de máscaras e uso de álcool em gel; 6. Fechamento de academias de ginástica, ou limitação do número clientes, dependendo da situação local. 7. Museus, cinemas e teatros, se autorizados a abrir, devem ter assistência reduzida e obrigatoriedade do uso de máscaras. 8. Cultos em templos religiosos proibidos, ou com assistência reduzida e obrigatoriedade do uso de máscaras.</p>
Boletim 16 14/04/2021	<p>1. Recomendações sobre testagem de pacientes em postos de saúde; 2. Melhoria da biossegurança em pontos críticos, e uso de equipamento de ventilação de baixo custo, apresenta informações sobre novas variantes; 3. Situação da doença em todos Estados do Nordeste.</p>	<p>1. campanhas de esclarecimento da população sobre as formas de prevenção da COVID-19; 2. Melhoria da biossegurança no transporte público; 3. Melhoria da biossegurança nas unidades de saúde (UPA, UBS, hospitais, etc) e suas imediações; 4. Melhoria da biossegurança em bancos e casas lotéricas; 5. Informações sobre variantes do SARS-CoV-2. 6. Recomendação sobre equipamento de ventilação mecânica de baixo custo-ELMO</p>

Boletim 17 31/05/2021	<p>1.Necessidade de medidas mais rígidas de isolamento social em pontos críticos;</p> <p>2. Situação da doença em todos Estados do Nordeste</p>	<p>1. campanhas de esclarecimento da população sobre as formas de prevenção da COVID-19;</p> <p>2. Melhoria da biossegurança no transporte público;</p> <p>3. Melhoria da biossegurança nas unidades de saúde (UPA, UBS, hospitais, etc) e suas imediações;</p> <p>4. Melhoria da biossegurança em bancos e casas lotéricas;</p>
Boletim 18 27/07/2021	<p>1. Fortalecimento das atividades de informação e vigilância epidemiológica para reduzir a transmissão do vírus SARS-CoV-2, principalmente diante do espalhamento no País da variante delta</p>	<p>1. Recomendação e adoção de rastreamento, testagem e isolamento de casos;</p> <p>2. Garantir o apoio social aos casos e contatos com dificuldades para cumprir o isolamento e/ou quarentena;</p> <p>3. Adoção de medidas de contenção coletivas quando houver indícios de aumento de transmissão em uma área, buscando verificar o raio de influência dos possíveis aglomerados (clusters) de casos para ampliar a ação de controle a áreas geográficas contíguas;</p> <p>4. Estabelecimentos de fluxos de comunicação ágil nos resultados dos exames com os LACEN e outras unidades de saúde;</p> <p>5. Garantir o acesso e uso de aparatos de proteção e medidas de higiene, em acordo com as normas vigentes, para evitar infecções dos profissionais de saúde envolvidos nestas atividades;</p> <p>6. Incentivar o uso generalizado de máscaras faciais, fornecendo-as para as populações vulneráveis;</p>
Boletim 19 26/08/2021	<p>1. Não-relaxamento das medidas restritivas em face do avanço no Nordeste da variante delta do vírus SARS-CoV-2;</p> <p>2. Situação da pandemia nos Estados do Nordeste</p>	<p>1. Recomenda a continuidade da expansão da faixa etária dos adultos imunizados com as vacinas disponíveis, e em seguida avançar para crianças e adolescentes com a vacina da Pfizer e outras vacinas que tiverem autorização de uso nesta faixa etária, e planejar no curto prazo a imunização dos idosos que tenham tomado a última dose há mais de 6 meses, de preferência com uma vacina heteróloga à inicialmente aplicada. Considerando que o número de idosos com 80 anos ou mais no Nordeste é de cerca de 1,6 milhão, portanto cerca de 2,7 % da população da região, a priorização da dose de reforço para os mais idosos não representará maior atraso no programa de vacinação.</p>

Boletim 20 13/10/2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendações sobre as medidas de prevenção da COVID-19; 2. Apresentação da situação da COVID-19 em todos Estados do Nordeste 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manutenção das medidas restritivas estabelecidas por decreto, com eventuais flexibilizações pontuais, até que a epidemia esteja controlada, com os números de novos casos e óbitos diários semelhantes aos de outras doenças. 2. Recomendação da manutenção do uso obrigatório de máscaras nos transportes coletivos, em bares, restaurantes, hotéis, estabelecimentos comerciais e industriais, teatros e cinemas, escolas, templos religiosos, academias de ginásticas, estádios de futebol, e demais espaços onde há aglomeração de pessoas; 3. Apresentação de passaporte vacinal em restaurantes, cinemas, teatros e todos os eventos que tenham aglomerações e não relaxar as restrições com relação ao número de pessoas em eventos públicos como: festas particulares, bares, restaurante, teatros, cinemas, campos de futebol até que se tenha evidências concretas de um maior controle da pandemia;
Boletim 21 03/12/2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proibição de festividades de final de ano e do Carnaval e medidas para intensificar; 2. Medidas para intensificar a vacinação contra a COVID-19; 3. Breve apresentação da situação da epidemia nos Estados do Nordeste. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intensificação da vacinação; 2. Ampliação do ritmo da vacinação; 3. Manutenção do uso obrigatório de máscaras faciais; 4. Exigência do passaporte de vacina para entrada em cinemas, teatros, estádios de futebol, etc; 5. Utilizar o capital político de governadores e outros atores políticos para estimular a solidariedade internacional com vistas a desenvolver mecanismos que ampliem a vacinação globalmente, em especial nos países africanos; 6. Identificar todas as possíveis barreiras que vêm dificultando a expansão da cobertura vacinal na população (operacionais, hesitação vacinal, etc.) e implementar os mecanismos para superá-las;
Boletim 22 02/02/2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendação do cancelamento dos feriados de Carnaval; 2. Proibição de festas privadas que gerem aglomerações; 3. Ampliação das campanhas de vacinação contra a COVID-19. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendação do cancelamento dos feriados de Carnaval; 2. Proibição de festas privadas que gerem aglomerações; 3. Ampliação das campanhas de vacinação contra a COVID-19; 4. Manter as medidas legais que obrigam o uso de Máscaras, em especial em lugares fechados ou com aglomerações.

Boletim 23 15/03/2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cautela na flexibilização de medidas restritivas contra a COVID-19 e campanhas para vacinação; 2. Situação resumida da pandemia nos Estados do Nordeste 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter as medidas legais que obrigam o uso de máscaras, em especial em ambientes fechados ou com aglomerações. 2. Manter as exigências de apresentação de passaporte vacinal em restaurantes, cinemas, teatros e todos os eventos que tenham aglomerações e não relaxar as restrições com relação ao número de pessoas em eventos públicos como: festas particulares, bares, restaurante, teatros, cinemas, campos de futebol até que se tenha evidências concretas de um maior controle da pandemia; 3. Proibir a realização de Carnaval fora de época, pois algumas cidades já estão programando eventos para o mês de abril. 4. Intensificar a vacinação 5. Vacinação contra a gripe do H3N2.
Boletim 24 20/04/2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alerta de que a pandemia não terminou e que a flexibilização exagerada no enfrentamento da COVID-19 e a revogação do estado de emergência pelo Ministério da Saúde são medidas precipitadas e equivocadas; 2. Recomendações sobre vacinação; 3. Apresenta a situação dos estados do Nordeste 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter as medidas legais que obrigam o uso de máscaras, em especial em ambientes fechados ou com aglomerações; 2. Manter as exigências de apresentação de passaporte vacinal em restaurantes, cinemas, teatros e todos os eventos que tenham aglomerações e não relaxar as restrições com relação ao número de pessoas em eventos públicos como: festas particulares, bares, restaurante, teatros, cinemas, campos de futebol até que se tenha evidências concretas de um maior controle da pandemia; 3. Intensificar a vacinação 4. Vacinação contra a gripe do H3N2.

Fonte: elaboração própria das autoras, 2025.

Considerações Finais

Ao contrário do que se esperava, em meio às constantes crises na saúde no país, agravadas fortemente pela pandemia da COVID-19, houve pouca disposição para ação e articulação do então Governo Federal, além de medidas e decisões que apontam para uma descoordenação em diferentes níveis de governo, que resultaria em um dos piores resultados no enfrentamento a pandemia no mundo.

A partir do recrudescimento da agenda neoliberal no governo federal agravou-se o processo de distanciamento do Ministério da Saúde no seu papel de dirigente nacional do sistema de saúde, com conseqüente fragilização dos mecanismos de coordenação do SUS. A crise sanitária provocada pela pandemia acelerou esse processo e explicitou a decisão do então Governo Federal pela inação, negacionismo e afastamento progressivo das unidades subnacionais, que se valeram de estratégias como o Consórcio Nordeste para o enfrentamento da pandemia, seja pela compra de medicamentos e insumos, divulgação de recomendações para a sociedade, dentre outros, relegando o Governo Federal a um papel secundário no enfrentamento à crise.

Do cenário nordestino brasileiro observou-se estados da região em articulação, organizando-se no enfrentamento as crises sanitária e econômica vivenciadas por todos desde o primeiro trimestre de 2020 (Kerr et al., 2020). Apesar de seus avanços, o Consórcio Nordeste enfrentou e ainda enfrenta desafios relacionados à sustentabilidade financeira e à consolidação de práticas de governança transparentes. Além disso, a articulação com o governo federal e outras regiões do país permanece um ponto crucial para maximizar os benefícios dessa cooperação interestadual. Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar decisões políticas no futuro e colaborar no fortalecimento do SUS, principalmente nos estados da região Nordeste.

O Sistema Único de Saúde (SUS), resiliente e com respostas à população durante toda a pandemia, também precisará ser fortalecido. O estudo, no entanto, não conseguiu identificar as mudanças na política nacional voltadas à população idosa e novas pesquisas serão necessárias para investigar o comportamento dos arranjos intergovernamentais em um período pós pandemia e em um novo cenário político nacional.

Referências

- ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José; FRANZESE, Cibele; SEGATTO, Catarina Ianni; COUTO, Cláudio Gonçalves. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, jul./ago. 2020.
- ARRETCHE, Marta T. S. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, Editora Fiocruz, 2012.
- CELLARD, André. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-316.
- CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda. A atualidade e o ineditismo do Consórcio Nordeste". Observatório das Metrópoles. 2024.
- COUTO, Cláudio Gonçalves. Sistema de governo e políticas públicas. Brasília: Enap, 2019. 136 p.
- FAPEAL. *Ciência, Tecnologia e Inovação para os Principais Desafios do Nordeste*. 2024. Disponível em: <https://www.fapeal.br/2024/03/consorcio-ne-recomendacoes-cti/>
- FERNANDEZ, Marcos; PINTO, Hêider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, supl. 2, p. 7-21, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2p7-21>.
- FERIGATO, Sabrina; FERNANDEZ, Michelle; AMORIM, Melania Maria Ramos de; AMBROGI, Ilana; FERNANDES, Luísa Maria Mendes; PACHECO, Rafaela. The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10263, p. 1636, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32164-4.
- FERNANDEZ, Marcos; DE SOUZA, Silvio; CARVALHO, Rodrigo. As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados. **Reflexión Política**, v. 23, n. 48, p. 98-109, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29375/01240781.4232>.
- GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. Quando nem todas as rotas de cooperação intergovernamental levam ao mesmo caminho: arranjos federativos no Brasil para promover capacidades estatais municipais. **Revista do Serviço Público**, edição especial Repensando o Estado Brasileiro, p. 85-122, dez. 2018.
- KERR, Ligia; KENDALL, Carl; SILVA, Ana Amélia Medeiros da; AQUINO, Estela Maria Leão et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 2, p. 4099-4120, 2020.

LOUREIRO, Maria Rita. Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Editora FGV, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p. ISBN 978-85-271-0181-3.

OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

OBSERVATÓRIO DE REGIONALISMO. *Consórcio Nordeste: regionalismo subnacional e diplomacia científica*. 2024. Disponível em: <https://observatorio.repri.org/2021/04/13/consorcio-nordeste-regionalismo-subnacional-e-diplomacia-cientifica/>. Acesso em: 29 mar.2024

OLIVEIRA, Vanessa Elias; FERNANDEZ, Michele. Política de saúde no governo Bolsonaro: desmonte e negacionismo. In: AVRITZER, Leonardo; KERCHÉ, Fábio; MARONA, Marjorie (Orgs.). **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Angelo. Effects of Federalism on Social Policies in a Comparative Perspective: Argentina and Brazil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 14, n. 3, p.327-345, 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Revista Saúde em Debate**, v. 44, especial 4, p. 12-34, 2020.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Tese apresentou em seu objetivo maior o desafio de analisar a política de atenção à saúde à população idosa, do nordeste brasileiro, levando em consideração as relações intergovernamentais estabelecidas no contexto de crise sanitária pela pandemia por COVID-19. Demonstramos que as decisões dos governos estaduais do Nordeste não foram suficientes para mitigar o impacto da morbimortalidade entre as pessoas idosas em consequência da pandemia de COVID-19. Apesar das medidas sanitárias de distanciamento social e vacinação terem conseguido a redução da morbimortalidade da população idosa nos estados da região nordeste. A atenção à saúde, principalmente a hospitalar foi impactada, mas já sentia as consequências do aumento de demanda e insuficientes investimentos, em especial atenção nos estados mais pobres.

Haviam desafios anteriores à emergência sanitária quanto ao acesso e à qualidade da atenção especializada para a população idosa, com imensas desigualdades entre os territórios, que foram ampliados na crise sanitária, comprovando que não possuímos efetivas políticas voltadas para um envelhecimento saudável, muito menos que estávamos preparados para situações críticas.

Também identificamos que a pandemia de COVID-19 acelerou e ampliou a crise federativa já existente entre Governo Federal e estados e deixou evidente a falta de coordenação nacional na gestão da crise sanitária. O Governo Federal, do então Presidente da República Jair Bolsonaro, rompeu com o modelo de articulação intergovernamental e essa ausência de coordenação nacional produziu respostas fragmentadas e ineficientes no combate à pandemia, com uma repercussão mais avassaladora quando analisamos os impactos nas políticas voltadas à população idosa, onde a atenção à saúde e proteção social exige a garantia de mecanismos oficiais de compartilhamento de poder.

O Governo Bolsonaro tornou-se um caso paradigmático de como lideranças políticas podem agravar crises de saúde pública ao rejeitar evidências científicas e priorizar interesses políticos imediatistas. Os entes governamentais precisaram confluír para a elaboração e implementação das políticas e estratégias para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, garantindo a alocação de recursos financeiros para isso. Mas durante a pandemia essa coordenação, cooperação e um plano operacional de enfrentamento não veio como esperado do Governo Federal, o que provocou mudança na

forma como estados se articularam no enfrentamento à grave crise sanitária, principalmente na atenção à população idosa.

A pandemia reforçou a cooperação interestadual entre estados do Nordeste que amadureceram o arranjo das relações intergovernamentais, focando nas suas próprias relações e se opondo as orientações do governo federal. A política de atenção à saúde da pessoa idosa também precisou de novos arranjos, programas e estratégias para evitar consequências ainda mais graves da pandemia de COVID-19, que se deixou alguma lição, foi a de que a políticas voltadas à pessoa idosa ainda precisam ser fortalecidas e priorizadas no país, com foco para construção de um envelhecimento ativo, com saúde e cidadania. O Sistema Único de Saúde (SUS), resiliente e com respostas à população durante toda a pandemia, também precisará ser fortalecido.

Questões como a relação interfederativa entre a União e estados, para além da situação da pandemia, precisam ser vistas entre os Governos, com garantia de melhores ferramentas que dificultem crises como as vivenciadas na recente história política do país.

Identificamos como limitadores da pesquisa a pouca disponibilidade de gestores em participarem da pesquisa, que não deveria ter sido um obstáculo para sua realização, visto que, tais pesquisas subsidiam também o planejamento e a elaboração de políticas públicas. Isso aponta para a necessidade de maior qualificação dos gestores e maiores investimentos em pesquisas na saúde coletiva que impactem nas políticas sociais.

Acreditamos que os resultados desta pesquisa poderão subsidiar decisões políticas no futuro e colaborar no fortalecimento do SUS, principalmente nos estados da região Nordeste e que governos, sejam subnacionais ou nacional, devam priorizar, de fato, a população idosa.

REFERÊNCIAS (TESE)

ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José; FRANZESE, C.; SEGATTO, C. I.; COUTO, Cláudio Gonçalves. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020.

AFONSO, José Roberto; PINTO, Eduardo Grin. A velha falta de prioridade e uma nova tragédia anunciada. **Poder 360**, 18 maio 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2Atrp9R>. Acesso em: 12 jun. 2020.

AGUM, Roberto; RISCADO, Paulo; MENEZES, Maria. Políticas Públicas: conceitos e análise em revisão. **Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12–42, 2015.

ALBUQUERQUE, Maria Virgínia de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Marília Pacheco; FUSARO, Erica Roberta; IOZZI, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055–1064, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>.

ALMEIDA, Leandro Dias de; GOMES, Ricardo Corrêa. Processo das políticas públicas: revisão de literatura, reflexões teóricas e apontamentos para futuras pesquisas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 16, n. 3, p. 444–455, 2018.

ALVES, José Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/envelhecimento-populacional-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu>. 2019.

ARAÚLO, Carmem Emmanuely Leitão; GONÇALVES, Guilherme Quaresma; MACHADO, José Angelo. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 953–963, 2017.

ARRETCHE, Marta T. S. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, Editora Fiocruz, 2012.

AVRITZER, Leonardo; KERCHÉ, Fábio; MARONA, Marjorie (Orgs.). **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

BARRETO, Mauricio Lima; BARROS, Aluísio Jardim Dornellas de; CARVALHO, Marília Sá; CODEÇO, Claudia Torres; HALLAL, Pedro Rodrigues Curi; MEDRONHO, Roberto de Andrade; STRUCHINER, Claudio José; VICTORA, Cesar Gomes; WERNECK, Guilherme Loureiro. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é o Coronavírus? (COVID-19). Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

_____. Lei nº 10.741/2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2003.

_____. Lei nº 14.423. Estatuto da Pessoa Idosa, de 22 de julho de 2022.

_____. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br>. Acesso em: jan. 2023.

BROSCHEK, Johannes; PETERSON, Brooke; TOUBEAU, Simon. Territorial politics and institutional change: a comparative-historical analysis. **Publius: The Journal of Federalism**, v. 48, n. 1, p. 1-25, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/publius/pjx059>.

CALIL, Gustavo Gomes. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social e Sociedade**, n. 140, p. 30-47, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>.

CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 209-224, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>.

CARVALHO, José Alberto Magno; GARCIA, Ricardo A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CEARÁ. Lei nº 17.605, de 6 de agosto de 2021. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ce/lei-ordinaria-n-17605-2021>.

CELLARD, André. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-316.

CLEMENTINO, Maria Luiza Medeiros. A atualidade e o ineditismo do Consórcio Nordeste. *Boletim Regional, Urbano e Ambiental (IPEA)*, n. 21, p. 165-174, 2019. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9702/1/BRUA21_Opiniao1.pdf.

CLOSS, Vera Elizabeth; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, p. 443-458, 2012.

COUTO, Cláudio Gonçalves. **Sistema de governo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2019. 136 p.

CRODA, Júlio Henrique Rosa; GARCIA, Leonor Pacheco. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, 2020.

DE LIMA, Lara Carvalho Vilela; BUENO, Cléria Maria Lobo Bittar. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, jul./dez., 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FERNANDEZ, Marcos; DE SOUZA, Silvio; CARVALHO, Rodrigo. As relações intergovernamentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma análise da atuação dos estados. **Reflexión Política**, v. 23, n. 48, p. 98-109, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29375/01240781.4232>.

FERNANDEZ, Marcos; PINTO, Hêider Aurélio. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, supl. 2, p. 7-21, 2020.

FLORÊNCIO, João Pedro Guedes; PAIANO, Roberta; COSTA, Andréa Silva. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 25, p. 1-2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0115>.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Viana Carvalho; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo (Ed.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1097 p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. Quando nem todas as rotas de cooperação intergovernamental levam ao mesmo caminho: arranjos federativos no Brasil para promover capacidades estatais municipais. **Revista do Serviço Público**, edição especial Repensando o Estado Brasileiro, p. 85-122, dez. 2018.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; SANTANA, Rosimere Ferreira. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, e72849, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2020*. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2022/universo-populacao-por-idade-e-sexo>.

JARDIM, Viviane Cristina Fonseca da Silva; MEDEIROS, Bartolomeu Figueiroa de; BRITO, Ana Maria de. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, p. 25-34, 2019.

KALACHE, Alexandre; NERI, Alda Figueiredo; LIMA, Luiz de; PEREIRA, Luiz Antonio; SOUZA, Camila Mariane de. Envelhecimento e desigualdades: políticas de

proteção social aos idosos em função da pandemia Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, Rio de Janeiro, 2020.

KERR, Ligia; KENDALL, Carl; SILVA, Ana Amélia Medeiros da; AQUINO, Estela Maria Leão et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 2, p. 4099-4120, 2020.

LLOYD-SHERLOCK, Peter; EBRAHIM, Shah; GEFFEN, Leah; MCKEE, Martin. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. **BMJ**, 2020; 368:m1052. DOI: 10.1136/bmj.m1052.

LODOVICI, Fernanda Maria; CONCONE, Maria Helena Villas Boas. Cultura, envelhecimento e longeviver: diálogos críticos. In: LOPES, Rosana Glat de Castro; CÔRTE, Bernardo (Org.). **Longeviver, políticas e mercado: subsídios para profissionais, educadores e pesquisadores**. São Paulo: Portal Edições, 2019. p. 64-107. ISBN 978-85-69350-26-2.

LOUREIRO, Maria Rita. Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Editora FGV, 2014.

LOTTA, Gabriela. Federalismo brasileiro e o combate à COVID-19. **Revista Questão de Ciência**, nov. 2020. Disponível em: <http://www.revistaquestaoodeciencia.com.br>.

MENICUCCI, Telma; MARQUES, Ana Maria de Faria. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **Dados [Internet]**, v. 59, n. 3, p. 823–865, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/00115258201693>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p. ISBN 978-85-271-0181-3.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FREIRE, Neyson Pinheiro. Pandemia exacerbada desigualdades na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, Rio de Janeiro, set. 2020.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

NORTHEAST CONSORTIUM. *Painel Coronavírus*. Brasília, DF: DataSUS, 2023. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>.

NUNES, Bruno Pimentel et al. Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, e00129620, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129620>.

OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences. **Cambridge**: Cambridge University Press, 2005.

OLIVEIRA, Vanessa Elias; FERNANDEZ, Michele. Política de saúde no governo Bolsonaro: desmonte e negacionismo. In: AVRITZER, Leonardo; KERCHE, Fábio; MARONA, Marjorie (Orgs.). *Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. 2018.

PRADO, Sérgio. **Cinco ensaios sobre federalismo e a federação brasileira**. Campinas, SP: Unicamp, 2020.

REIS, Ana Flávia. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. **Revista Katálysis**, v. 25, n. 2, p. 392–403, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e82854>.

ROSSI, Rafael de Cássio; SILVA, Simone Aparecida. O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de Covid-19. **Espaço e Economia**, n. 18, p. 327-345, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.13776>.

SANTOS, Gilberto Barbosa; SILVA, Cláudia Vieira Pacheco; PACHU, Claudia Oliveira. Impacto da pandemia de Covid-19 na saúde de idosos: uma revisão narrativa. In: ENVELHECIMENTO HUMANO: Desafios Contemporâneos - Volume 2. Editora Científica Digital, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37885/201202434>.

SILVA, Maria do Rosário de Faria. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serviço Social e Sociedade**, n. 126, p. 215-234, maio 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.066>.

SOARES, Márcia Miranda. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília: Enap, 2018. 112 p.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Angelo. Effects of Federalism on Social Policies in a Comparative Perspective: Argentina and Brazil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 14, n. 3, p.327-345, 2020.

SOUZA, Carlos. **Coordenação de políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018. 72 p.

SOUZA, Carlos. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. 1-14, 2019.

SOUZA, Carlos. **Políticas públicas: uma revisão de literatura**. *Sociologias*, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, Carlos; FONTANELLI, Fabiana. Antídotos institucionais do federalismo brasileiro: a Covid-19 mudou a dinâmica federativa? In: AVRITZER, Leonardo; KERCHE, Fábio; MARONA, Marjorie (Orgs.). **Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política**. São Paulo: Autêntica, 2021. p. 287-303.

TEIXEIRA, Claudia Ferreira; SANTOS, José Soares. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1277-1286, 2023.

TSEBELIS, George. **Veto Players: How Political Institutions Work**. Princeton: Princeton University Press, 2002.

VERAS, Rodrigo Pereira; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. de A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009>.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Revista Saúde em Debate**, v. 44, especial 4, p. 12-34, 2020.

VIEIRA, Rogério Soares; DE SOUZA, Vagner R. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 17, n. 1, p. 14-37, 2016.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

XAVIER, Diego Ricardo; SILVA, Eliane Lima e; LARA, Flávio Alves; SILVA, Gabriel R. R. E.; OLIVEIRA, Marcus F.; GURGEL, Helen; BARCELLOS, Christovam. Involvement of political and socio-economic factors in the spatial and temporal dynamics of COVID-19 outcomes in Brazil: A population-based study. **Lancet Regional Health Americas**, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100221>

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

Como você avalia o enfrentamento da pandemia da COVID-19 pelo governo estadual?

Fale-me sobre os principais desafios relacionados à atenção às pessoas idosas durante a pandemia por Covid-19 no seu estado?

Ainda relacionado à atenção à população idosa, peço-lhe que você cite e comente as principais estratégias na área da saúde ou na defesa dos direitos que o governo estadual realizou durante a pandemia da COVID-19.

Como você avalia os resultados/impactos das medidas tomadas na saúde da população idosa?

Como você avalia a atuação do Governo Federal no enfrentamento a pandemia da COVID-19? Particularmente em relação à política da pessoa idosa, como você avaliaria o papel do Governo Federal? Como julga o apoio da Secretaria Nacional da Pessoa Idosa?

Como você avalia o enfrentamento da Covid-19 pelos estados nordestinos?

Você identifica ações de cooperação entre os estados nordestinos no enfrentamento da pandemia por Covid-19? Teria como apresentar situações/exemplos que evidenciam estas cooperações?

Você identifica conflitos entre os estados nordestinos no enfrentamento da pandemia por Covid-19? Teria como apresentar situações/exemplos que evidenciam estes conflitos, particularmente relacionado à atenção à população idosa?

Quais seriam as implicações dessas relações estabelecidas entre os estados nordestinos na definição de medidas protetivas para a população idosa?

Como você avalia o Consórcio Nordeste durante a pandemia por Covid-19?

No atual momento, você identifica mudanças nas políticas da população idosa em função da pandemia Covid-19? Quais são os atuais desafios da política da pessoa idosa no seu estado?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por mim, Vyna Maria Cruz Leite, como participante da pesquisa intitulada **“Crise Sanitária e (Des) Coordenação Federativa: uma análise das decisões e mudanças nas políticas sociais à população idosa em estados nordestinos no contexto da Covid-19”**.

Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Trata-se de uma pesquisa em desenvolvimento no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, sob orientação da Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo. Você não deve participar contra a sua vontade. O estudo tem por objetivo analisar as decisões e estratégias dos nove estados nordestinos para a atenção à saúde e na defesa dos direitos à população idosa, no contexto da pandemia por covid-19, como também, compreender as mudanças nos padrões de coordenação federativa de políticas sociais no Brasil, no período do Governo Bolsonaro.

Se você concordar em participar, será parte de uma entrevista, no horário e local de acordo com sua disponibilidade, podendo ser em formato virtual. Com sua permissão, a entrevista será gravada e transcrita; posteriormente também será dado um retorno acerca da análise realizada no projeto e as conclusões alcançadas.

Destaco que, a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e que também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Sua participação no estudo não oferece benefícios diretos a você, mas poderá contribuir nas reflexões sobre as relações intergovernamentais na política pública de saúde, considerando principalmente as decisões tomadas para a atenção a população idosa e para o fortalecimento da atenção e da coordenação à saúde desta população, contribuindo na formulação de políticas que assegurem o melhor desempenho na coordenação das políticas sociais do país.

Durante a entrevista você pode se sentir inseguro, ansioso ou constrangido. Para minimizar os riscos, a realização dos procedimentos será de forma virtual, apenas com a presença do entrevistador. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e seu nome não será divulgado em nenhum momento. Garantimos que sua identidade será

confidencial. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto às pesquisadoras envolvidas. Sua participação é voluntária e não contempla custo ou pagamento; também, não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Vyna Maria Cruz Leite

Instituição: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Doutorado em Saúde Pública

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará Brasil - CEP: 60.430-140

Telefones para contato: (85) 99985 4939

O abaixo assinado _____, ____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

(Local), ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

____/____/____

Data

Assinatura (digital)

APÊNDICE C**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS****UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC****TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Os pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado **“Crise Sanitária e (Des) Coordenação Federativa: uma análise das decisões e mudanças nas políticas sociais à população idosa em estados nordestinos no contexto da Covid-19”** comprometem-se a preservar a privacidade dos dados construídos a partir das entrevistas realizadas no contexto do projeto de pesquisa, concordam e assumem a responsabilidade de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, ainda, a fazer a divulgação das informações coletadas somente de forma anônima.

Salientamos, outrossim, estarmos cientes dos preceitos éticos da pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Pesquisador Principal

ANEXO I
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DECISÕES POLÍTICAS E SAÚDE EM CONJUNTURAS CRÍTICAS

Pesquisador: CARMEM EMMANUELY LEITAO ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47152721.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.790.275

Apresentação do Projeto:

Este projeto analisa processos decisórios sobre a política de saúde em conjunturas críticas, particularmente em três variações recentes do cenário político brasileiro, próprias do governo Rousseff (2011-2016), governo Michel Temer (2016-2018) e governo Jair Bolsonaro (2019-2020). A partir da utilização de uma perspectiva institucionalista de análise de mudanças em políticas públicas, o projeto considera a necessidade de analisar as decisões políticas sobre a política de saúde em contextos de elevada instabilidade política, econômica e institucional. Parte da hipótese de que escolhas políticas sobre o Sistema Único de Saúde estão associadas fortemente às escolhas dos grupos que assumem o poder político, e suas coalizões políticas, de modo que elas são invariavelmente contingentes. Também pressupõem que a dissonância institucional acerca do estabelecimento de políticas de cunho universal no país eleva-se em situações críticas que permitiram a ascensão de partidos de direita e extremadireita ao poder. Trata-se de um estudo de caso descritivo, que adota o process-tracing como método. Na análise são considerados fatores endógenos, especialmente o contexto político, e endógenos – regras, atores e coalizões. A contribuição do projeto à literatura sobre os impasses relacionados ao desenvolvimento do SUS, por conseguinte de garantia do direito à saúde, dar-se

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.790.275

em oferecer um tratamento histórico aos processos decisórios relacionados ao tema e ampliar a envergadura comparativa entre variações governamentais de âmbito nacional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar processos de decisões políticas sobre o financiamento da saúde em conjunturas críticas, particularmente em três variações recentes do cenário político brasileiro, próprias do governo Rousseff (2011-2016), governo Michel Temer (2016-2018) e governo Jair Bolsonaro (2019-2020).

Objetivo Secundário:

-Caracterizar a conjuntura política, econômica e social da última década no Brasil a partir de literatura especializada na área; • Identificar e caracterizar diferentes tipos de aproximações e conflitos dos atores políticos selecionados (governos Dilma, Temer e Bolsonaro) com a agenda setorial da saúde, representada pela agenda do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); • Identificar proposições legislativas sobre financiamento da saúde no Congresso Nacional; • Rastrear decisões acerca do financiamento do SUS, especialmente relativas à aprovação da Lei 141/2012 e EC 95, considerando a posição dos partidos analisados e de outros parlamentares, a partir de suas localizações em relação ao governo (oposição ou situação), bem como de outros atores implicados com a política de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo apresenta alguns riscos como invasão de privacidade, ou desconforto que o participante poderá sentir por compartilhar informações pessoais ou confidenciais por casualidade. Nesse estudo, NÃO haverá coleta de sangue, fezes, urina, pele ou qualquer material biológico por meio de procedimentos invasivos que gerem riscos diretos ao participante. Os atores imbrincados à pesquisa serão convidados a participar do estudo e em caso de aceite os participantes serão esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, consentimento livre e esclarecido, de forma autônoma e

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 4.790.275

consciente, com possibilidade de interrupção se houver qualquer possibilidade de desconforto ou recusa, esclarecimento dos riscos e benefícios bem como dos protocolos a serem realizados durante a pesquisa respeitando seus preceitos éticos. Será preservado o anonimato tanto para os discursos obtidos através de entrevistas.

Benefícios:

Não haverá nenhum benefício direto ao(a) Sr(a)., mas é provável que sua participação nos compreender melhor as preferências, capacidades e interação entre os atores na política de saúde em diferentes contextos. A participação do voluntário possibilitará a investigação desses aspectos no âmbito dos governos Rousseff (2011-2016), governo Michel Temer (2016-2018) e governo Jair Bolsonaro (2019-2020).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade

Recomendações:

Divulgar em toda a sua plenitude, os resultados do presente trabalho na perspectiva de uma melhoria das políticas públicas de saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1717476.pdf	19/05/2021 07:14:29		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Carmem.pdf	19/05/2021 07:12:44	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Conjunturas_.pdf	19/05/2021 07:09:45	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
Outros	DESICOES_AUTORIZACAO_DO_LOC	18/05/2021	Nágila Nathaly Lima	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 4.790.275

Outros	_DE_REALIZACAO_DA_PESQUISA.pdf	13:37:14	Ferreira	Aceito
Outros	DESICOES_ROTACIONORTEADOREN TREVISTAS.pdf	18/05/2021 13:35:00	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
Cronograma	DESICOES_CRONOGRAMA.pdf	18/05/2021 13:33:42	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Projeto_Conjunturas.pdf	18/05/2021 13:32:43	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
Declaração de concordância	DESICOES_TERMO_DE_COMPROMIS SO_DADOS.pdf	14/03/2021 19:55:12	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DESICOES_DECLARACAO_DOS_PES QUISADORES.pdf	14/03/2021 19:50:13	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
Orçamento	DECISOES_ORCAMENTO.pdf	14/03/2021 19:31:54	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	DECISOES_CARTA_APRECIACAO_CE P_UFC.pdf	14/03/2021 19:31:33	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DECISOES_TCLE.pdf	14/03/2021 19:30:31	Nágila Nathaly Lima Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 18 de Junho de 2021

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

ANEXO II

Publicado pela Revista Cadernos de Saúde Pública em fevereiro de 2025 (Cad. Saúde Pública 2025; 41(2): e00183023, doi: 10.1590/0102-311XPT183023)

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ARTIGO

Decisões dos governos estaduais e os impactos na atenção à saúde de pessoas idosas na pandemia de COVID-19 no Nordeste brasileiro

Decisions of state governments and the impacts on health care for older adults during the COVID-19 pandemic in the Brazilian Northeast

Decisiones de los gobiernos de los estados y los impactos en la atención sanitaria para las personas mayores en la pandemia del COVID-19 en el Nordeste de Brasil

Vyna Maria Cruz Leite ¹
 Alberto Neves Ramos Jr. ¹
 Anderson Fuenes Ferreira ¹
 Nicolas Gustavo Souza Costa ²
 Carmen Emmanuella Leitão Araújo ¹

Resumo

Durante a pandemia de COVID-19, políticas de atenção à saúde para a população idosa ganharam relevância em todo o mundo. Com número de óbitos atingindo marcadamente essa população, torna-se importante analisar os impactos na atenção à sua saúde. O objetivo do artigo foi analisar a relação entre padrões de morbimortalidade relacionada à COVID-19 em pessoas com 60 anos ou mais de idade e medidas de prevenção e controle implementadas, a saber, distanciamento social e início da vacinação específica contra COVID-19, por estados da Região Nordeste do Brasil entre fevereiro de 2020 e setembro de 2022. Trata-se de estudo descritivo de série temporal fundamentado em dados dos estados da Região Nordeste. Os resultados apontam para elevado padrão de morbimortalidade da população idosa antes a pandemia de COVID-19 e crescimento acentuado após a emergência sanitária em todos os estados. Há certa homogeneidade entre as medidas de enfrentamento à pandemia adotadas pelos estados nordestinos. Houve incremento do número de internações com evolução para óbito em virtude da doença, mesmo após rigorosas medidas de contingência, distanciamento e início da vacinação. Concluiu-se que há uma relevante relação entre medidas sanitárias de distanciamento social e vacinação e redução de morbimortalidade da população idosa nos estados da Região Nordeste. Entretanto, as decisões dos governos estaduais da região não foram suficientes para mitigar o impacto da morbimortalidade entre as pessoas idosas em consequência da pandemia de COVID-19.

Idoso; COVID-19; Pandemia; Mortalidade; Políticas Públicas

Correspondência
 V. M. C. Leite
 Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará,
 Rua Professor Costa Mendes 1608, Bloco Edifício 5 andar,
 Fortaleza, CE 06430-140 Brasil.
 vynafita@gmail.com

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.

doi: 10.1590/0102-311XPT183023

ANEXO III
COMPROVANTE DE SUBMISSÃO REV. SAÚDE E SOCIEDADE

Saúde e Sociedade

SAÚDE e SOCIEDADE

**Relações intergovernamentais e a saúde da população idosa
frente as crises política e sanitária de COVID-19 no Brasil**

Journal:	Saúde e Sociedade
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Research Article
Keyword:	federalismo, relações intergovernamentais, pandemia, Covid-19, pessoa idosa

SCHOLARONE™
Manuscripts