UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS

VIVIAN RODRIGUES FREGULIA

CORONAVÍRUS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ITÁLIA

Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Foram, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel (Trabalho de Conclusão de Curso).

Orientador: Fernando Tavares Junior

Juiz de Fora
2022

DECLARAÇÃO DE AUTORIA PRÓPRIA E
AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Eu, VIVIAN RODRIGUES FREGULIA, acadêmica do Curso de Graduação Bacha- relado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, regularmente matriculado sob o número 201673124A, declaro que sou o autora do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado CORONAVIRUS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ITÁLIA, desenvolvido durante o período de 04/2022 e 08/2022 sob a orientação de FERNANDO TAVARES JUNIOR, ora entregue à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) como requisito parical a obtenção do grau de Bacharel, e que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraido, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daquelas cujos dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, firmo a presente declaração, demonstrando minha plena consciência dos meus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação dos direitos autorais.

Desta forma, na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Juiz de Fora a publicar, durante tempo indeterminado, o texto integral da obra acima citada, para fins de leitura, impressão e/ou download a título de divulgação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas e ou da produção cientifica brasileira,a partir desta data.

Por ser verdade, firmo a presente.

Juiz de Fora,_____de_____de_____.

_____

VIVIAN RODRIGUES FREGULIA

CORONAVÍRUS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ITÁLIA

RESUMO

A pandemia causada pelo COVID-19 trouxe desafios para diversos setores da sociedade em todo o mundo. Os países adotaram estratégias diferentes para tentar estancar a contaminação pelo vírus e todas as mazelas decorrentes da sua propagação. O presente trabalho tem como objetivo analisar o gerenciamento da pandemia por parte dos governos do Brasil e da Itália e, também, observar quais estratégias foram adotadas nas regiões italianas da Lombardia e Vêneto, e nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo para o enfrentamento ao vírus. O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica multidisciplinar utilizando portais de acesso livre e gratuito para a seleção dos artigos que embasam o presente trabalho. Conclui-se que a falta de ação coordenada do governo federal brasileiro potencializou os efeitos negativos da pandemia, e nos casos do estado de São Paulo e do Rio de Janeiro, as estratégias traçadas não foram suficientes para conter o alastramento do vírus . Na Itália, o foco no âmbito hospitalar e emergencial não foi a melhor estratégia, trazendo sérias perdas, especialmente para a região da Lombardia. Enquanto em Vêneto é possível ver que a forma de planejamento e engajamento comunitário se mostrou muito efetivo e eficaz.

Palavras-chave: COVID-19. Brasil. Itália.

1 INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, uma pneumonia de causa desconhecida foi detectada em Wuhan, na China. Apenas em 11 de fevereiro de 2020 o mundo tomou conhecimento da causa após a OMS declarar o aparecimento de um novo coronavírus, o COVID-19. Dia 18 de março de 2020 já somavam mais de 214 mil casos confirmados no mundo todo, então, em 30 de março de 2020 foi declarada a pandemia global. O vírus se espalhou rapidamente pela Ásia e chegou a Europa, depois aos Estados Unidos (Jardim, V. C. & Buckeridge, M. S., 2020, p. 157, apud Chinazzi et al., 2020).

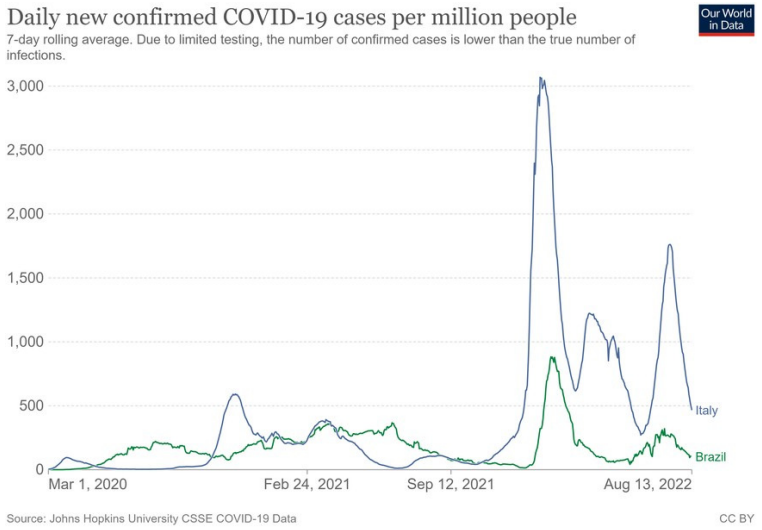
A Covid-19 é causada pelo patógeno SARS-CoV-2, e pode se manifestar de forma leve ou mais grave, podendo levar à morte. A transmissão se dá pelo contato com as gotículas que são expelidas quando uma pessoa infectada tosse ou espirra. Alguns dos sintomas mais comuns são: febre, tosse, coriza e dor de garganta (Santos, G. P. & Vitório,
S. C., 2021, pág. 342, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Cada indivíduo infectado leva à infecção de 1,5 a 3,5 novos indivíduos (Jardim, V. C. & Buckeridge, M. S. , 2020, p. 157). Qualquer pessoa pode contrair o vírus, porém, existe uma parcela de pessoas que configuram grupos de risco, são pessoas com condições de saúde pré-existentes, como diabéticos, obesos e asmáticos. Segundo a OMS (2020) as formas de prevenção à doença são: lavar as mãos com água e sabão frequentemente, usar álcool em gel, cobrir a boca aotossir e espirrar e manter a distância de pelo menos 1 metro das outras pessoas.

Atualmente a Itália e o Brasil estão entre os 10 países com o maior número de casos acumulados de COVID-19[1], tendo respectivamente 21.428.602 e 34.096.935 casos. Quanto ao número de mortes, infelizmente, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial com 680.786 mortes acumuladas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos que tem mais de um milhão de óbitos registrados. Já a Itália ocupa o oitavo lugar com 173.701. Quanto a porcentagem da população vacinada, ambos os países estão em posições muito baixas no ranking mundial, contudo, a Itália está a frente do Brasil, os dois tem respectivamente79,62% e 77,016%.

De acordo com os dados do site Our World in Data, quando olhamos os números de casos diários (**Gráfico 1**) relativos à população a Itália chegou a uma taxa de 588,23 por milhão de habitantes em 18 de novembro de 2020. No entanto, nos primeiros meses de 2022 a taxa cresceu espantosamente, chegando a 3.062,53 por milhão em 16 de janeiro. No Brasil, inicialmente, a maior taxa de casos diários relativos à população foi em 28 de julho: 221,69 por milhão de habitantes. Posteriormente, a taxa se tornou ainda mais expressiva, chegando a um pico em 22 de junho de 2021, contabilizando 367,03 por milhão de habitantes. No entanto, os primeiros meses do ano de 2022 também foi marcante para o Brasil no que diz respeito ao aumento de casos diários, em 31 de janeiro o número relativo foi de 880,83 por milhão de habitantes. Os números de mortes diárias relativos à população evidencia como a primeira onda da pandemia na Itália foi a que mais ceifou vidas, como poderemos ver no **Gráfico 2**. O Brasil teve o maior pico de mortes relativas em abril de 2021, mas em números absolutos, o país ultrapassou a Itália em maio de 2020 (**Gráfico 3**).

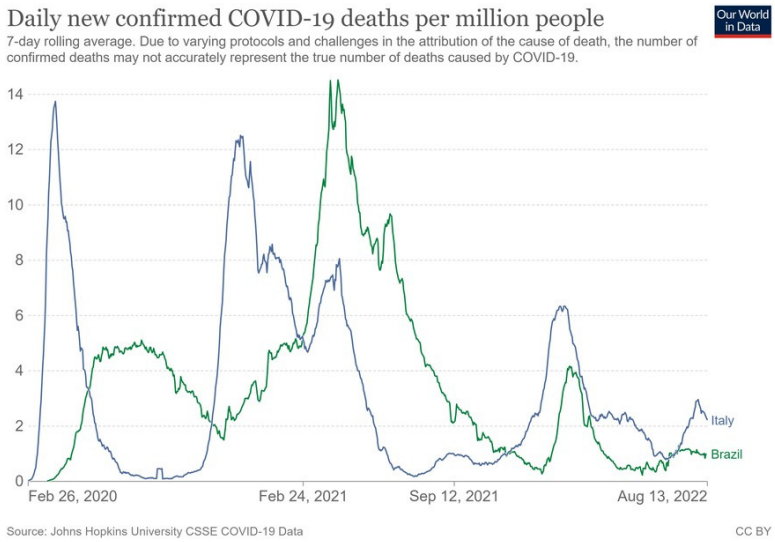
[1] Disponível em: https://covid19.who.int/table - Acesso em: 13 ago. 2022

Gráfico 1 – Novos casos diários confirmados de COVID-19 por milhão de pessoas



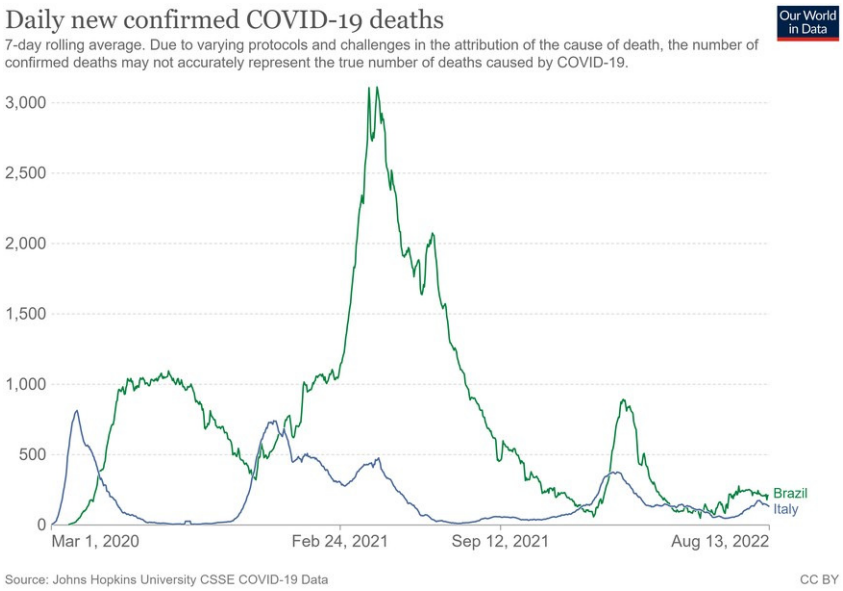
Our World in Data, 2022

Gráfico 2 – Novas mortes diárias confirmadas por COVID-19 por milhão de pessoas



Our World in Data, 2022

Gráfico 3 – Mortes diárias confirmadas por COVID-19



Our World in Data, 2022

2 ESTRATÉGIAS DE COMBATE AO CORONAVÍRUS NA ITÁLIA

2.1 O início da pandemia na Itália

A Itália foi um dos primeiros países a ser atingido pelo vírus após seu surgimento na China. Ao fim de janeiro de 2020 dois turistas chineses testaram positivo para o vírus em Roma, o que levou à declaração de estado de emergência nacional. Ao final de fevereiro haviam três focos da doença no território italiano: Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Logo a doença se espalhou para o resto do território e, então, foi decretado o fechamento de escolas e universidades no início de março seguido de um lockdown parcial. Dia 22 demarço foi iniciado o lockdown total em todo o país.

2.2 O sistema de saúde italiano

Para entender a estratégia aplicada no território italiano é preciso entender seu sistema de saúde. Segundo Finco, M., & Bitencourt, D., em "Saúde pública: fundamentos para uma comparação entre os sistemas nacionais de saúde da Itália e do Brasil", o atual sistema italiano (Servizio Sanitario Nazionale ou SSN) foi criado em 1978. O sistema é baseado em três princípios: universalidade, igualdade e equidade. Para entender sua criação, temos que citar a Constituição Italiana, que entrou em vigor no ano de 1948. O direito à saúde é citado no artigo 32 como direito fundamental do indivíduo e de interesse da coletividade, ou seja, o direito a saúde é um bem público, entendido como um direito da coletividade - do Estado junto dos indivíduos e, é de interesse destes que a saúde seja protegida e promovida. Sobre a constituição Italiana, Finco, M., & Bitencourt, D. pontuam:

> "La Carta bilancia, da un lato, i principi di uguaglianza (ricevere cure è un diritto di tutti) e libertà (individuale) (ESPOSITO, 2017, p. 8) e, dall'altro, tanto la va- lorizzazione di un diritto fondamentale irrinunciabile (che è compito dello Stato tutelare), quanto la portata di tale intervento pubblico (cioè le prestazioni che è lecito aspettarsi di ricevere)." (Finco, M., & Bitencourt, D., 2020, pág. 145)[1]

Segundo os autores o objetivo da implementação do SSN em 1978 (através da lei n.833) era de criar uma sistema público para substituir os fundos mútuos (modelo de asseguração social dedicado a diferentes profissões que funcionava até então) através do fornecimento de cobertura universal para tratamentos que fosse justo e sustentável do ponto de vista financeiro. Devido às crescentes demandas da coletividade o sistema passou a visar não somente a cura e a reabilitação, mas também a prevenção dos pa- cientes. O sistema é idealizado através de ligações; da coordenação em conjunto com órgãos, centros, instituições e serviços ativos no setor social e sanitário; e da participação de associações de voluntariado. O Estado que fornece o financiamento, programação nacional, uniformização dos níveis de assistência e o poder de encaminhar e coordenar as regiões. No nível local e municipal o planejamento do território é feito pelos mesmos e as provisões de serviço são feitas através das Unidades Sanitárias Locais (USL), onde ficam os "médicos de base" que podem ser escolhidos livremente pelos cidadãos, a tarefa destes é de acompanhar continuamente o paciente e encaminhá-lo - quando necessário - para outro nível de assistência.

Em 1992 foi feita uma reforma que reviu as competências regionais e locais, aumen- tando o papel do primeiro. As USL também sofreram alterações, passaram a se chamar ASL (Empresas Sanitárias Locais), o que iniciou o processo de "coorporativização" do setor, que basicamente foi a implementação de critérios - como eficácia, eficiência, econo- mia, cumprimento das restrições orçamentais, uso otimizado de recursos etc. - que são utilizados no setor privado. Em 1993 mais uma reforma no sistema de saúde alterou o funcionamento, dessa vez foi introduzido o "ticket sanitário", que é um valor pago pelos usuários/pacientes pela prestação de serivço realizada (algumas pessoas são excluídas de pagar: indigentes, doentes crônicos, idosos entre outros). O ticket é calculado com base na renda e as condições de saúde. Em 1999 mais uma reforma aconteceu com objetivo de garantir a universalidade, reduzir as distinções e ampliar as possibilidades de escolha de tratamentos, além de reforçar as responsabilidades da regiões a fim de incrementar osrecursos financeiros.

O LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) foi introduzido em 2001, no mesmo ano que o artigo V da constituição foi reformulado dando ainda mais peso às obrigações das regiões. O LEA definiu os benefícios mínimos a serem assegurados a nível nacional, passando a garantir acesso ao SSN também

[1] "A Carta equilibra, de um lado os princípios de igualdade (receber cuidados é um direito de todos) e liberdade (individual) e, do outro lado, tanto a valorização de um direito fundamental irrenunciável (que édever do estado proteger), quanto o alcance de tal intervenção pública (isso é, os serviços que se esperareceber)"

aos estrangeiros. A saúde pública foi repartida em três grandes níveis: assistência sanitária coletiva em ambiente de vida e trabalho (profilaxia de doenças infecciosas e parasitárias e cuidados higiênicos dos alimentos, entre outros); assistência distrital (serivço domiciliar, consultório familiar, serviço para saúde mental, serviço para a reabilitação dos deficientes, estruturas residenciais, comunidades terapêuticas, etc.); e assistência hospitalar (pronto socorro, recuperação, reabilitação, etc.).

De acordo com o texto de Finco, M., & Bitencourt, D. o SSN recebe seu financiamento por meio de diversas fontes:

- Entradas próprias, receitas dos 'tickets' de saúde e receitas derivadas das ativida- des *intramoenia* (serviço prestado fora dos horários normais, em estrutura pública ambulatorial, mediante o pagamento de uma tarifa por parte do paciente);
- Coparticipação por parte das regiões - com base no estatuto especial - e das Províncias Autônomas de Trento e Bolzano;
- Imposto Regional sobre as Atividades Produtivas (IRAP);
- Imposto sobre Renda de Pessoas Físicas (IRPEF);
- Financiamento por parte do Estado para necessidades de saúde não cobertas poroutras fontes através do Imposto sobre Valor Acrescentado (IVA);
- Imposto Especial de Consumo sobre Carburantes;
- Fundo Sanitário Nacional.

A cota italiana da despesa pública com saúde em relação ao PIB é de 7%, sendo que o orçamento recebeu um incremento quase que constante: em 2001 o financiamento era de 71,3 milhões e passou para 114,474 milhões de euros em 2019 (Finco, M., & Bitencourt, D., 2020), no entanto, esse aumento foi quase todo na primeira década do século, em 2010 era equivalente à 113,1 milhões de euros, ou seja, a taxa de aumento médio foi de 5% ao ano, superando à do PIB. Entre os anos de 2010 e 2013 o sistema de saúde italiano sofreucortes, e depois voltou a crescer de maneira contida. Finco, M., & Bitencourt, D. concluemque:

> "Se si guarda dunque all'ultimo ventennio nel suo complesso, l'incremento totale della spesa è stato inferiore a quello dell'inflazione41. Questo naturalmente rappre- senta un problema, nella misura in cui al crescere dei costi, per potervi fare fronte, si dovrebbe idealmente accompagnare un aumento proporzionale della spesa." (Finco, M., & Bitencourt, D., 2020, pág. 163)[2]

Os dados do Relatório VII RBM-Censis sobre a Saúde Pública, Privada e Intermedi- ada apontam que a despesa italiana é significativamente inferior à despesa dos outros 14 países europeus analisados (-37%). O que veio aumentando nos últimos anos foi o papel das asseguradoras privadas de saúde, o que corresponde a uma elevada despesa paga pelas famílias às empresas privadas (o chamado "out of pocket"). Na Itália essa modalidade de despesa com saúde é três vezes maior que em comparação com a França e duas vezes a respeito do Reino Unido. Segundo o relatório citado anteriormente, mais de 50% dos que recorrem à saúde privada o fazem por causa da pouca acessibilidade.

2.3 Estratégia do Governo Federal

De acordo com o texto de Martin Bull "*The Italian government response to Covid-19 and the making of a prime minister* ", dia 21 de janeiro de 2020 foi confirmado pela OMS o surto epidemiológico de Coronavírus em Wuhan e, no dia seguinte, o Ministério da Saúde da Itália já havia convocado uma força-tarefa para gerenciar a situação dentro do próprio país. No entanto, dia 21 de janeiro o Ministério já havia emitido um pronunciamento afirmando que, de acordo com a OMS e o Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças, a probabilidade do vírus se introduzir na Europa era 'moderada' e que, seguindo as recomendações da OMS, seria introduzida a checagem da temperatura de passageiros e rastreamento de destinos posteriores no Aeroporto de Roma para voos chegando deWuhan.

O vírus, no entanto, chegou através de Milão, no dia 23 de janeiro, através de turistas chineses. A confirmação de que era o Coronavírus só veio no dia 31 de janeiro. Foi então que o governo italiano decretou estado de emergência nacional, ativando o Departamento de Proteção Civil (coodernado por Angelo Borrelli), junto da orientação de um Comitê Técnico Científico de especialistas (CTS). O "paciente zero" italiano foi descoberto não por causa dos protocolos de testagem implementados (que era somente para quem chegava da China ou quem teve contato com pessoas que estiveram na China), mas sim pela intuição da anestesista Annalisa Malara ao suspeitar que um homem de 38 anos em Codogno, Lombardia, poderia ter COVID-19.

[2] Se olharmos então o ultimo 20 anos em seu conjunto, o incremento total da despesa foi inferior ao da inflação. Isso naturalmente representa um problema, na medida em que cresce os custos, para poder fazerfrente, se deve idealmente acompanhar um aumento proporcional da despesa.

Após a confirmação do diagnóstico dia 21 de fevereiro, o surto na região foi confirmado pelo CTS. Sendo assim, restrições de mobilidade foram impostas nos dez municípios afetados na Lombardia.

Rapidamente ficou evidente que, a limitação no trânsito de pessoas nas áreas do primeiro surto de COVID-19 confirmado, não seria suficiente para contê-lo. Especialmente porque outro surto foi confirmado na província de Vo' na região de Vêneto. Foi preparado pelo Ministério da Saúde um lockdown total nas áreas afetadas. Essa ação era sem precedentes durante tempos de paz na Europa, o que foi inegavelmente um choque para as pessoas que estavam acostumadas com o exercício de suas liberdades democráticas (Martin Bull, 2021, p.2 apud Ignazi, 2020; Celotto, 2020). Vale notar que, as áreas afetadas até então, são o centro da zona manufatureira italiana.

O governo se dividiu entre o Ministro da Saúde Roberto Speranza, severo e comba- tivo, e Conte, que era mais cuidadoso e pensava nos impactos econômicos do lockdown. Dia 23 de fevereiro foram instituídas às "zonas vermelhas" nas regiões da Lombardia e Vêneto. Nessas zonas foram fechados escolas, universidades, museus, teatros, entre outros, bem como eventos públicos e privados foram proibidos. Somente às atividades comerciais consi- deradas essenciais foram mantidas. Dia 25 de fevereiro essas medidas foram estendidas para todas às seis regiões do norte da Itália.

Devido à rapidez ao instituir essas decisões, a polícia não estava preparada para fiscalizar o movimento das pessoas. Durante dois dias, apenas as estradas principais foram fiscalizadas e, diante do pânico, as pessoas fizeram várias viagens clandestinas e apenas algumas multas foram aplicadas. Nos dias seguintes à instituição do lockdown nas zonas vermelhas foi ficando mais evidentes que o vírus já havia escapado e estava se espalhando pelo norte da Itália. No dia 1º de março foi criada a "zona amarela" (nas regiões de Emilia Romagna, Lombardia e Vêneto, e nas províncias de Pesaro, Urbino e Savona). No dia 4 de março todas as escolas e universidades do país foram fechadas.

A chamada "zona vermelha" teve que ser expandida, dia 8 de março foi preparado um decreto para incorporar toda a região da Lombarida e mais 14 províncias em outras regiões do norte - o que equivale à 16 milhões de pessoas, um quarto da população italiana. O decreto vazou para a imprensa horas antes de entrar em efeito e provocou um deslocamento em massa, com pessoas lotando trens e estradas para tentar "fugir" para o sul antes do início do lockdown.

Ficou claro que lockdowns regionais não seriam efetivos, pois, as unidades de cuidado intensivo ao norte já estavam chegando a sua capacidade máxima, e o governo se preocupava com o que poderia acontecer nas regiões pobres ao sul do país, onde o sistema de saúde era menos robusto. Por isso foi tomada a decisão de impor o lockdown a nível nacional (o decreto "stai a casa") que entrou em efeito dia 11 de março - nesse momento já haviam mais de 12 mil casos e mais de 800 mortes. A partir de então as pessoas eram obrigadas a ficarem em casa, enquanto os comércios e varejos deveriam ficar fechados. A intenção originalmente era para que esse lockdown nacional durasse até dia 3 de abril, porém, ficou claro que não seria suficiente para controlar o número de novos casos. Então, no final de março houve um estreitamento do lockdown: foram fechadas todas as indústrias e negócios considerados "não essenciais" e multas ainda mais severas foram introduzidas para quem burlasse as normas. O governo nacional e os regionais foram concedidos poderes ilimitados para impor restrições nas áreas necessárias.

O lockdown ao nível nacional foi estendido no dia 1º de abril para 13 do mesmo mês, e então dia 10 de abril foi estendido até 3 de maio. Até que em 4 de maio houve uma queda nos novos casos confirmados (apesar do número de mortes crescente) que possibilitou a redução das restrições, abrindo caminho para uma "nova normalidade" que foi chamada de fase 2 da pandemia, caracterizada pela regulamentação do comportamento individual (uso de máscara obrigatório, distanciamento social em todos os locais públicos, auto isolamento, etc.) e restrições nos espaços de trabalho e locais de lazer. No dia 18 de maio, no entanto, um decreto permitiu que os trabalhos e atividades de lazer reabrissem e viagens dentro das regiões foram permitidas. Em 3 de junho houve uma retomada no trânsito entre regiões enas viagens internacionais.

Durante as estações da primavera e verão de 2020 a Itália viu os casos aumenta- rem lentamente (principalmente após a metade de agosto), apesar da complacência da população para com as regras. O sistema de teste e rastreamento estava funcionando bem e o governo estava vigilante quanto às normas necessárias para controlar a situação. O país estava controlando melhor que os outros países europeus a segunda onda, que começou durante o início do outono. No entanto, a Europa se tornou novamente o centro da pandemia, e houve uma alta constante nos casos confirmados de infecção pelo vírus. Porém, o governo sabia que seria difícil convencer as pessoas a voltarem para o lockdown como foi feito em março. O autor explica que:

> "The government was aware that moving back towards lockdown would be even more challenging than it had been the previous March, because of 'Covid fatigue' (the greater difficulty of ensuring public compliance), fears for the economy over a further shutdown and the mental health of many people, and there was a conten- tious debate both at national level and between the national and regional levels. In order to avoid a blanket national lockdown, the government adopted a regional approach based on the 'R' number (rate of infection) in each region alongside 21 other factors (including the number of intensive care unit beds and how close each was to capacity)." (Martin Bull,

2021, pág. 153)[3]

Então, dia 3 de novembro foi decretado que haveriam 3 níveis de restrições: amarela (toque de recolher após às 22 horas, fechamento de museus e teatros); laranja (adicio- nalmente bares, restaurantes, e afins, permaneceriam fechados funcionando apenas com delivery até às 22 horas, além de algumas limitações de deslocamento); e vermelho (lock-down total, exceto indústrias e escolas, deslocamento banido). No dia 17 de novembro, os casos ainda estavam aumentando, então, o governo concedeu às regiões o poder de aplicar os níveis de restrições às províncias de forma individualizada.

Ao final do ano de 2020 uma vacina havia sido desenvolvida e outras estavam em desenvolvimento. As mortes somavam mais de 74 mil, a Itália teve uma das taxas de caso-fatalidade mais altas da Europa e do mundo (3,4%). Além disso, o ISTAT (Instituto Italiano de Estatísticas) e o Istituto Superiore di Sanità (Instituto Superior de Saúde), constataram que, desde o primeiro caso de COVID-19 descoberto em 20 de fevereiro até o final de março, as mortes por todos os tipos de causas subiram em média 38% (comparando o período de 2015 à 2019 ao ano de 2020) (Martin Bull, 2021, pág. 153, apud Bocci, 2020).

Apesar dos esforços do governo italiano, devido às altas taxas de mortalidade durante a pandemia, foram iniciadas investigações criminais sobre a efetividade da resposta governamental e a qualidade das decisões tomadas. O primeiro ponto que foi questionado foi a prontidão para gerir uma pandemia em larga escala. Martin Bull detalha:

> "The Minister of Health, Roberto Speranza, gave public assurances (on 22 January and again on 31 January) that the Italian National Health Service (Servizio sanitario nazionale, SNN) was 'very strong' and able to deal with 'any eventuality,' expressing 'absolute serenity' about the robustness of the health infrastructures. This both overestimated the state of readiness and underestimated the severity of the virus, in three senses. First, the health service and care home system had undergone a decade of cuts since the recession of 2008 (Totolo 2020: 105–6; Saitta 2020, 13–14) which had left seven regions (all in the south of the country) on a national watch list in terms of their capacities to deliver health care (European Commission 2019, 9). And the subsequent overwhelming of the health service in Lombardy (one of the rich, northern regions) confirmed this (see also Toth 2021)." (Martin Bull, 2021, pág. 155)[4]

O autor continua listando os tópicos que foram questionados durante a investigação:

> ."The head of the department, Borrelli, was a civil servant (a tax advisor), who had little knowledge of medical and related emergency logistical needs in a pandemic (Bonini et al. 2020). Stocks of personal protective equipment (PPE) were found to be inadequate with few, if any, producers in Italy (De Lorenzo and Indini 2020, ch., 9). At the height of the crisis (18 March) a special Covid-19 Commissioner (Domenico Arcuri, then CEO of Invia, a national investment and development agency run by the Ministry of the Economy) was appointed to manage the Covid-19 emergency – a sure sign of concern about Borelli's performance until then. Third, Italy's pandemic plan (currently the focus of preliminary investigations by prosecutors) had not, it seems, been updated properly since 2006 (Tornago 2020; Giuffrida 2020). In short, even without the benefit of hindsight of what the pandemic would bring, it is difficult to understand Speranza's 'absolute serenity' about Italy's state of readiness." (Martin Bull, 2021, pág. 155)[5]

2.4 Estratégias Regionais (Lombardia e Veneto)

Utilizando o texto "*Comparing strategies against COVID-19: Italy and Switzerland* " de Cepiku,

---

[3] O governo estava consciente que tornar ao lockdown seria ainda mais difícil que em março, devido a 'fatiga do Covid' (uma dificuldade maior de conseguir que o público seguisse as normas), o medo pela economia sob um novo fechamento, a saúde mental das pessoas, e havia um debate controverso a nível nacional e entre o nível nacional e regional. Para evitar um lockdown geral, o governo adotou uma medida regional baseada no número "R" (rate of infection - taxa de infecção) em cada região junto de outros 21 fatores (incluindo o número de UTIs e o quanto essas estavam perto da capacidade máxima)

[4] O Ministro da Saúde, Roberto Speranza, deu garantias (em 22 de janeiro e novamente dia 31 de janeiro) que o Serviço de Saúde Nacional (Servizio sanitario nazionale, SSN) era "muito forte" e apto a lidar com "qualquer eventualidade", expressando "absoluta serenidade" sobre quão robusto eram as infraestruturas de saúde. Isso tanto superestimou o estado de prontidão e subestimou a severidade do vírus, de três formas. Primeiro, o serviço de saúde e cuidados domiciliares sofreu décadas de cortes desde a recessão de 2008 (Totolo 2020: 105-6; Saitta 2020, 13-14) o que levou sete regiões (todas no sul do país) à lista nacional de vigilância em termos de prestação de serviços de saúde (Comissão Europeia 2019, 9). E a subsequente sobrecarga dos serviços de saúde da Lombardia (uma das regiões ricas do norte) confirmou isso (ver também Toth 2021).

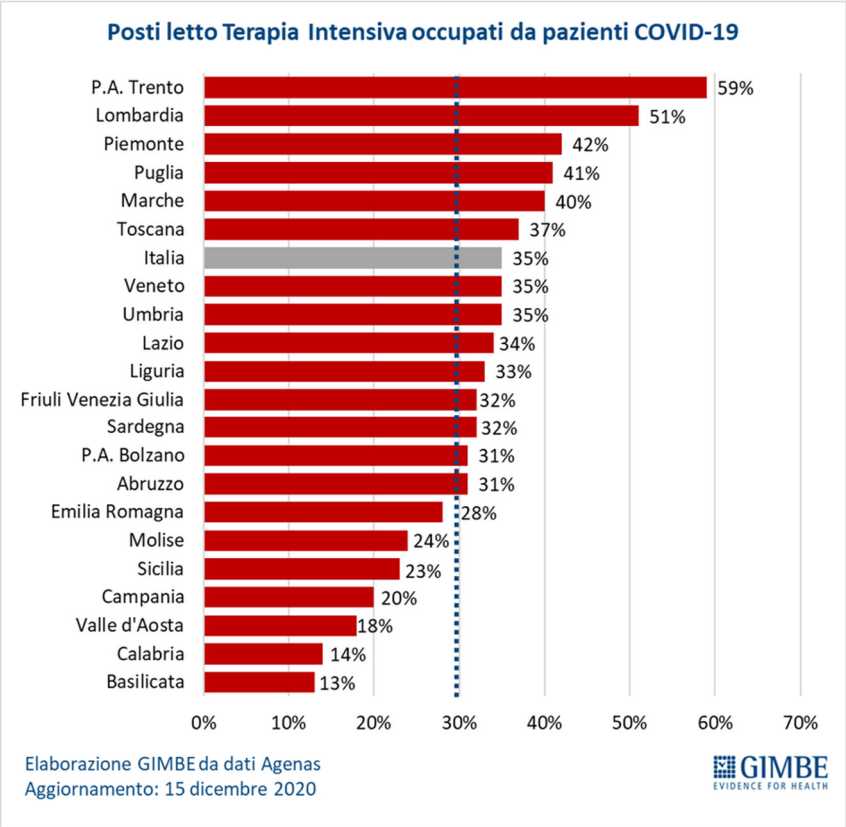
[5] O chefe de departamento, Borrelli, era um servidor público (consultor fiscal), que tinha pouco conhecimento médico e relacionado com as necessidades logísticas de uma pandemia (Bonini et al. 2020). Estoques de EPIs foram constatados como inadequados, com poucos, ou nenhum, produtor situado na Itália (De Lorenzo Indini 2020, ch., 9). No alto da crise (18 de março) um comissário especial do COVID-19 (Domenico Arcuri, então CEO da Invia, uma agência nacional de investimento e desenvolvimento administrada pelo Ministério da Economia) foi indicado para gerenciar a emergência do COVID-19 - um sinal definitivo sobre a preocupação com relação à performance de Borrelli até então. Terceiro, o plano de pandemia italiano (atualmente o foco das investigações preliminares dos procuradores) não tinha, aparentemente, sido devidamente atualizado desde 2006 (Tornago 2020; Giuffrida 2020). Ou seja, mesmo sem o benefício de prever como seria a pandemia, é difícil entender a 'absoluta serenidade' de Speranza sobre a prontidão da Itália.

Giordano & Meneguzzo, durante o rompante de casos da COVID-19 o governo italiano adotou uma estratégia nacional focada na resposta hospitalar de emergência, deixando a resposta à nível primário e comunitário em segundo plano. Como o sistema de saúde italiano é reginalizado, as respostas regionais à pandemia variaram de acordo com os modelos pré-existentes em cada região. Algumas regiões chegaram a adotar a telemedicina através de incentivos aos médicos recém graduados.

Na primeira fase da emergência da pandemia a resposta de assistência territorial foi negligenciada em termos de comunicação, concentrando o foco nos serviços hospitalares e de emergência, e essa estratégia continuou após o primeiro impacto da nova doença, apesar dos pedidos de diversas associações médicas. Os primeiros casos foram diagnosticados no início de janeiro por clínicos gerais, mas não chegaram aos tomadores de decisões regionais pelo sistema de comunicação, destacando, assim, a fraqueza no sistema de monitoramento epidemiológico. O governo italiano não tirou o melhor proveito de seus CGs no início da crise, dando a eles apenas um papel limitado para evitar a sobrecarga de pacientes suspeitos nos hospitais, sem seguir um protocolo de proteção. Os clínicos gerais que trabalham nas comunidades, também chamados de médicos de família, não estavam equipados com EPIs suficiente para lidar com a demanda da pandemia, por conseqüência da falta de proteção 63 de 176 médicos, infelizmente, vieram a óbito devido à doença.

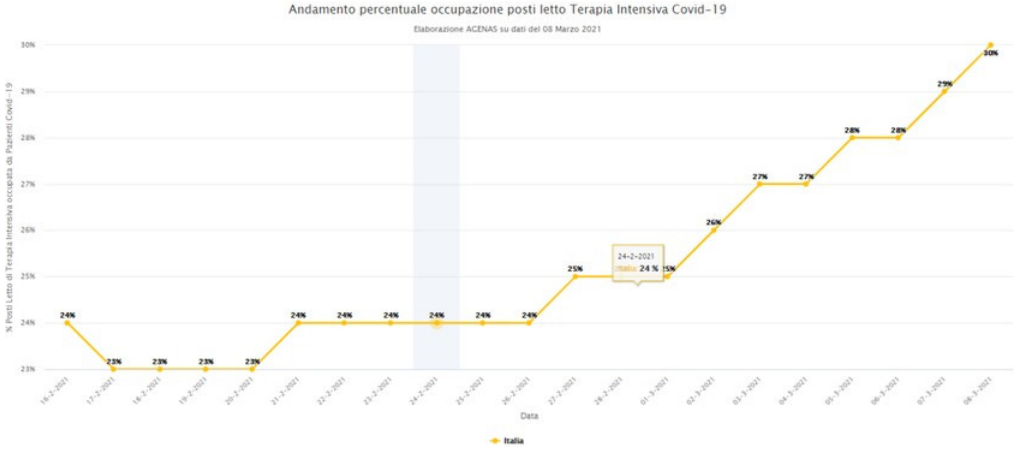
Ao observar nos gráficos abaixo as taxas de ocupação de leitos de UTI dedicados a pacientes da COVID-19 podemos ter uma melhor compreensão de como o sistema de saúde do país administrou o fluxo de casos graves em 2020 e 2021:

Gráfico 4 – Taxa de ocupação de leitos de UTI COVID-19 na Itália - 2020



GIMBE, 2021

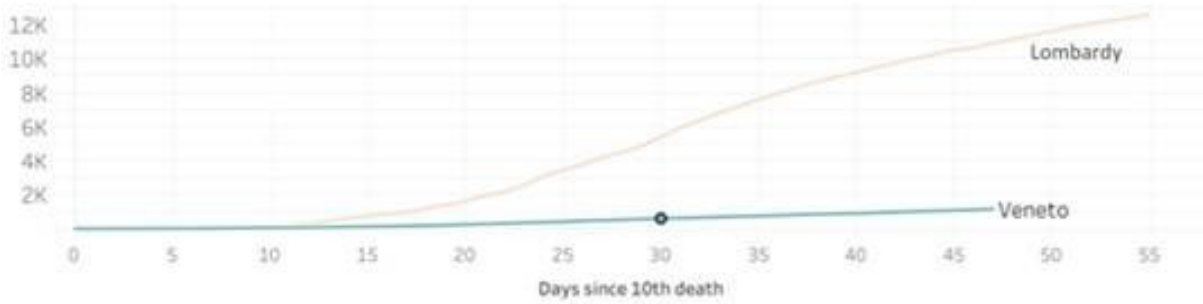
Gráfico 5 – Percentual de ocupação de leitos de UTI COVID-19 na Itália - 2021



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2021

Agora, vamos analisar duas regiões da Itália para podermos entender a nível regional como o gerenciamento dos recursos impacta o ritmo de contágio. As regiões de Vêneto e da Lombardia tiveram a primeira morte por COVID-19 no mesmo dia, porém, como veremos adiante, devido às estratégias adotadas pela região de Vêneto, o crescimento de casos foi muito mais lento que as outras regiões do norte da Itália, como mostrado no gráfico abaixo:

Gráfico 6 – Total COVID-19 fatalities, days after 10°death: Lombardy and Veneto regions



CEPIKU, D.; GIORDANO, F.; MENEGUZZO M., pág. 221

2.4.1 Lombardia

Figura 1 – Mapa da região da Lombardia

Absolut Viajes, 2022

A região italiana da Lombardia tem 9.965.046 habitantes (dados de 2022), é consti- tuída de 12 províncias, tem uma área de 23.863,10 km² e tem a densidade demográfica de 417,59 hab./km². A capital da região é Milão (com 1.371.498 habitantes). Em dezembro de 2019, antes do início da pandemia da COVID-19, a região tinha 10.027.602 habitantes, eem dezembro de 2020 houve uma queda de 0,46%[6].

Segundo Cepiku, Giordano & Meneguzzo, o caso de estudo da Lombardia pode ser resumido na carta escrita pela Federação Regional de Médicos e Clínicos Gerais para o governo regional. São destacados 5 erros cometidos no gerenciamento da crise do COVID-19:

- Não testar pessoas fora dos hospitais, o que enfraquece a credibilidade dos dadosadquiridos;
- Mau gerenciamento de asilos;
- Não prover EPIs para os médicos trabalhando no território, o que trouxe contágio emorte para muitos deles, além de fazer destes vetores de contágio involuntário;
- Falta de ações de saúde pública como isolamento de pessoas com contato a doençae testagem de comunidades de potenciais pacientes e os seus contatos;
- Falha ao governar o território, o que levou a uma saturação das camas hospitalares,sendo assim, mantendo pessoas que poderiam ter sido hospitalizadas em casa.

A carta continua acrescentando que o desastre criado na região (Lombardia) é em grande parte devido a interpretação da situação como um caso de tratamento intensivo de emergência, enquanto, na realidade é uma emergência de saúde pública. A saúde pública e a assistência territorial tem sido negligenciada por muito tempo, esgotando nossa região". Outro problema que ficou evidente foi com relação às pessoas carentes de cuidados constantes como idosos, que, devido ao lockdown, foram abandonados por seus parentes e cuidadores. Apesar do grande alcance da telemedicina, os clínicos gerais são incapazes de acompanhar as necessidades médicas e sociais, que são descarregadas nos serviços de emergência.

> According to doctors operating in Bergamo, one of the hot zones in Lombardy, "in a pandemic, patient-centered care is inadequate and must be replaced by community- centered care where early oxygen therapy, pulse oximeters, and nutrition can be delivered to the homes of mildly ill and convalescent patients, setting up a broad surveillance system with adequate isolation and leveraging innovative telemedicine instruments." (Cepiku, Denita, Giordano, Filippo; Meneguzzo, Marco, 2020, pág. 1, apud Grasselli, Pesenti & Cecconi, 2020; Heymann & Shindo 2020; Nacoti et al.).[7]

[6] Todos os dados foram retirados do site: https://www.tuttitalia.it/lombardia/statistiche/popolazione-andamento-demografico/

[7] De acordo com médicos atuando em Bergamo, uma das zonas mais afetadas da Lombardia "em uma pandemia, cuidados centrados no paciente é inadequado e deve ser substituído pelo cuidado centrado na comunidade, onde terapias antecipadas de oxigênio, oxímetros de pulso e nutrição podem ser enviadas para as casas de pacientes moderadamente doentes ou convalescentes, organizado um sistema de monitoramento amplo e com isolação adequada, alavancado instrumentos inovadores de telemedicina". (Cepiku, Giordano & Meneguzzo, 2021, p. 221 apud Grasselli, Pesenti & Cecconi, 2020; Heymann & Shindo 2020; Nacoti et al., 2020, p.1)

2.4.2 Veneto

Figura 2 – Mapa da região de Vêneto

Wikipedia, 2005

A região de Vêneto na Itália tem um total de 4.854.633 habitantes (dados de 2022), é constituída de 7 províncias, tem uma área de 18.345,37 km², e a densidade demográfica é de 264,62 hab./km². A capital da região é Veneza (com 254.661 habitantes). Em dezembro de 2019 a região tinha 4.879.133 de habitantes, já em dezembro de 2020 houve uma queda de 0,19%[8]. Abaixo temos o gráfico representando as mortes e os nascimentos da região entre 2002 e 2020:

Ainda utilizando o texto "*Comparing strategies against COVID-19: Italy and Switzer- land* " como referência, podemos ver que, a região de Vêneto implementou uma estratégia diferente, baseando-se no envolvimento extensivo dos profissionais de saúde e acadê- micos nas tomadas de decisão sobre o COVID-19. Foram 3 características chaves quediferenciaram a resposta da região de Vêneto:

- Foco no diagnóstico e cuidado em casa, feito por um grupo dedicado de 720 especialistas em prevenção de doenças, divididos em 15 times através da região (realizando checagens regulares aos pacientes). Isso reduziu o peso nos hospitais e minimizou o risco de contaminação por coronavírus no meio médico.
- Testagem extensiva e monitoramento ativo (traçando e isolando em casa e em unidades de saúde). Tais esforços dependeram da colaboração entre hospitais, laboratórios e médicos enviados para todo território. O capital humano e relacional
  compensou o fato de que a testagem e o monitoramento não eram tão avançadostecnologicamente como em Singapura e na Coreia do Sul.
- Uma rede "hub and spoke" de hospitais dedicados para os pacientes de COVID-19 foi estabelecida, o que criou um canal para o processo de entrada e tratamento, reduzindo o risco de infecções entre funcionários de saúde e pacientes.

Além de evitar a abordagem centrada em hospitais, fazendo bom uso de seu bem desenvolvido sistema de saúde comunitária, Vêneto enviou ao terceiro setor, operando no território, normas para serem seguidas de modo a continuar com as atividades de voluntariado dentro do padrão de trabalho da emergência epidemiológica. O objetivo dessas normas eram reforçar a colaboração entre organizações voluntárias e instituições públicas, atraindo novos voluntários para auxiliar o serviço público e, ao mesmo tempo protegendo-os da doença.

Centros de operações locais foram criados ao nível de governo local, onde as necessidades e a prioridade de intervenção foram identificadas, voluntários locais foram recrutados, treinados e fornecidos com EPI. Assim, os 7 centros de serviços voluntários existentes agiram como um link entre voluntários e concelhos locais durante a emergência do coronavírus - majoritariamente através da entrega de comida e máscaras, acompanha- mento de idosos em visitas médicas urgentes, empregando unidades móveis para apoiar os moradores de rua e dependentes químicos, provendo linhas telefônicas para apoio psicológico e, também, apoiando o recrutamento e treinamento de novos voluntários.

[8] Dados retirado do site: https://www.tuttitalia.it/veneto/statistiche/popolazione-andamento-demografico/

3 ESTRATÉGIAS DE COMBATE AO CORONAVÍRUS NO BRASIL

3.1 O início da pandemia no Brasil

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi identificado dia 26 de fevereiro, em um morador de São Paulo de 61 anos que esteve na Lombardia duas semanas anterior à data da identificação. A primeira confirmação de morte pela doença veio somente dia 17 de março, 6 dias após a OMS ter declarado a pandemia global. A primeira morte foi também no estado de São Paulo, onde um senhor de 62 anos com histórico de diabete, hipertensão e hiperplasia prostática, ficou internado por 4 dias antes de vir a óbito. No entanto, a *posteriori*, foi retificado o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde onde ficou constando que a primeira morte foi dia 12 de março, onde uma mulher de 57 anos foi internada no bairro Tatuapé um dia antes de vir a óbito.

3.2 O sistema de saúde brasileiro

Para entendermos o desenrolar da pandemia no Brasil é preciso entender seu sis- tema de saúde. Segundo Finco, M., & Bitencourt, D. (2020) em "Saúde pública: fundamentos para uma comparação entre os sistemas nacionais de saúde da Itália e do Brasil", a Cons- tituição brasileira de 1988 é imprescindível para entender como o direito à saúde tomou forma no Brasil. O movimento dos anos 70 denominado "Reforma sanitária" foi importante para a consolidação do direito à saúde: foi a partir dele que o conceito de "saúde coletiva" foi colocado em pauta, bem como a preocupação com a "mercantilização" da medicina e da ineficiência da mesma (Finco, M., & Bitencourt, D., 2020, p. 150, apud FLEURY TEXEIRA, 1988, p. 196-197). Sendo assim a saúde foi moldada baseada em uma nova configuração da relação entre os entes federais e em formas de participação concretas, e no controle social a partir de mecanismos de articulação entre os três níveis de governo (apud FLEURY TEXEIRA, 1999). Como consequência da Reforma sanitária, o direito à saúde na Constitui- ção tem um forte caráter "anti mercantilístico", mesmo tendo possibilidade de participação da iniciativa privada (art. 119).

As disposições relativas ao direito a saúde na constituição estão contidas na sessão II da parte dedicada a segurança social. A saúde vem definida como "direito de todos e dever do estado" (art. 196) ou seja, a assistência sanitária pública (estatal) vem garantida a todos

- tanto aos ricos quanto aos pobres, tanto aos cidadãos brasileiros, quanto aos estrangeiros. Segundo os autores, é essa passagem que abre a brecha para a "judicialização" da saúde:

> Il fatto che la salute sia un "dovere" dello Stato finisce per legittimare e incoraggiare il ricorso alle vie giudiziarie. In Brasile tale fenomeno è particolarmente rilevante: la giudizializzazione della salute (judicialização da saúde), se da un lato è conse- guenza della possibilità di una effettiva rivendicazione del diritto alla salute – tanto nella forma di riparazione dei torti subiti quanto in quella dell'accesso a terapie e farmaci –, dall'altro può portare all'aumento delle disuguaglianzesociali, mettere in discussione distinzioni acquisite come quella tra diritto individuale e interesse, accrescere l'ipertrofia del diritto. Tale fenomeno rappresenta insomma una contrad- dizione tipica del Welfare State: la politica è chiamata ad intervenire senza che si sappia come e con quali risorse, mentre le amministrazioni e le istituzioni sanitarie pubbliche devono fare i conti con bilanci insostenibili (Finco, M., & Bitencourt, D.,2020, pag. 151, apud CORSI; MARTINI, 2018).[9]

O artigo 197 define "de relevância pública" as "ações e serviços sanitários", estabelecendo que o poder público é encarregado da regulamentação, fiscalização e do controle destes. Segundo os autores isso deve advir do interno daquela que o artigo 198 define como "rede regionalizada e hierarquizada" que dá forma a um "sistema unitário", organizado segundo o princípio de "descentralização", "serviço integral" ao cidadão (dando prioridade a prevenção, sem negligenciar a assistência verdadeira e apropriada) e de "participação da comunidade". Princípios que encontraram uma expressão no SUS. Além disso, segundo os autores, do poder público é esperado a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde através de uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui o sistema único. O SUS foi criado para garantir a extensão universal do direito à saúde, a ampliação da prestação de serviço, a realização de políticas

[9] O fato da saúde ser um "dever" do Estado legitima e encoraja o recurso às vias jurídicas. No Brasil tal fenômeno é particularmente relevante: a judicialização da saúde, se de um lado é consequência da possibilidade de uma efetiva reivindicação do direito à saúde - tanto na forma de reparação das injustiças sofridas como no acesso à terapias e medicamentos -, do outro pode levar ao aumento da desigualdade social, colocando em discussão distinções adquiridas como aquelas entre o direito individual e interesse, acrescentando a hipertrofia do direito. Tal fenômeno representa, então, uma contradição típica do Welfare State: a política é chamada a intervir sem que se saiba como e com quais recursos, enquantoas administrações e as instituições sanitárias publicas devem fazer a conta com um equilíbrio insustentável.

públicas, além de garantir que a responsabilidade do Estado para com o direito a saúde fosse cumprida. A rede regionalizada e hierarquizada do SUS é composta por agências e departamentos, que tem objetivo de descentralizar o serviço de saúde. Com relação a normatividade, tanto a União, os estados e os municípios podem promulgar normas dentro do seu nível de domínio.

No Brasil, o direito à saúde, como outros direitos sociais, é constitucionalmente vinculado a um investimento anual mínimo, necessário para garantir a prestação de serviços sanitários, conforme disposto no art. 198 § 2 e 3 da constituição, do art. 77 do Ato sobre as disposições constitucionais transitórias (ADCT) e da emenda constitucional n. 29 de setembro de 2000 a Constituição se torna garantidora do financiamento dos direitos sociais, instituindo um "*budget* social mínimo" estabelecido por lei. A União é obrigada a investir anualmente ao menos 15% da própria despesa. A lei n.8142/90 se destaca por ser centrada no transferimento "intragovernalmental" dos recursos financeiros e sobretudo na atividade de participação e controle da comunidade ao SUS: isso é, através do Conselho e da Conferência Sanitária. De acordo com os autores estes instrumentos de democratização da gestão do sistema de saúde tornam possível a coligação entre a vigilância sanitária, participação social e cidadania, sendo assim, Finco, M., & Bitencourt, D. afirmam ser possivel falar de uma "democracia sanitária" que pode ser entendida como uma forma de gestão da saúde pública na qual o poder político vem exercido pelo povo:

> Questi strumenti di democratizzazione della gestione del sistema sanitario rendono possibile il collegamento tra vigilanza sanitaria, partecipazione sociale e cittadi- nanza. In questo senso si può parlare di una "democrazia sanitaria" intesa come "una forma di gestione della salute pubblica in cui il potere politico viene esercitato dal popolo" (Finco, M., & Bitencourt, D., 2020, pag. 153, apud AITH, 2013, p. 149)

O SUS é constituído (art. 4) da união das ações e dos serviços de saúde fornecidos pelos órgãos e pelas instituições públicas federais, estatais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público. De acordo com o texto, ante- riormente, o Ministério da Saúde tratava das ações de prevenção, enquanto o Ministério da Previdência Social tratava dos serviços relativos à cura das doenças. Nesse sentido, os autores afirmam que a criação do SUS representa sem dúvida uma mudança decisiva no que se trata da política de inclusão social de maior alcance da história do país, antes da qual era vigente uma espécie de "Tratado de Tordesilhas", dando vantagem àqueles que possuíam o cartão INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e que, em virtude da contribuição destes à previdência social, se beneficiavam da prestação de serviço assistencial. O SUS pôs fim a tal divisão, precisamente fazendo da saúde um direito de todos (Finco, M., & Bitencourt, D., 2020, pag. 155, apud Mendes, 2013,
p. 27). Os autores ainda adicionam que:

> Limitandoci agli aspetti più essenziali, diciamo che il sistema è caratterizzato da una struttura a rete, "regionalizzata e gerarchizzata" secondo in livelli di complessità crescente. Essa è costituita da agenzie e dipartimenti30, con l'obiettivo di dar vita ad un "processo di decentralizzazione dei servizi di salute" (Finco, M., & Bitencourt,D., 2020, pag. 156, apud CURY, 2005, p. 96).[10]

Com base no artigo 24 § XII da Constituição, tanto a União como aos estados e as municipalidades podem promulgar normas relativas à saúde: os primeiros de endereço geral, e os segundos de caráter suplementar, os últimos de interesses locais. A lei n. 8080 estabelece a competência dos entes: aqueles comuns (art. 15) e aqueles específicos(art. 16-19), sob a bandeira da autonomia de cada esfera de governo e dos serviços de saúde sobre o território (art. 18), enquanto os Estados e a União são chamados a intervir no caso em que os municípios sejam carentes. Sendo assim, o SUS desenvolve funções importantes de proteção social, seja para as famílias, seja para a população carente, devendo assegurar através de ações de prevenção, tratamento e reabilitação - "o exercício da cidadania, das atividades produtivas e da convivência sociopolítica" (Finco, M., & Bitencourt, D., 2020, pag. 156, apud NOGUEIRA PASSOS, 2011, p. 22-23).

Apesar da existência do SUS, pelo Brasil ser um país com sistema misto de saúde, mais da metade dos gastos com saúde é financiado pelo setor privado: entre 2004 e 2014 o valor médio da despesa pública e privada total com saúde em relação ao PIB foi de 9,2%, o gasto privado representa a maior parte dessa porcentagem, sendo que, a participação pública foi de apenas 48,2% (Finco, M., & Bitencourt, D., 2020, pág. 161 apud WORLD BANK 2017, p. 110). Segundo o relatório do Banco Mundial publicado em 2017, o Brasil deve aumentar a eficiência da despesa pública, reduzindo determinados custos, racionalizando os serviços, mas, ao mesmo tempo, continuar garantindo o mesmo nível de prestação. Junto a disparidade dos investimentos público-privados nos gastos com a saúde, se somam os efeitos da Emenda Constitucional n.95 de 2016 (EC 95/16), onde foi introduzido um teto para a despesa pública federal e foi estabelecido o congelamento do orçamento dedicado à saúde por 20 anos consecutivos a partir da promulgação da Emenda.

---

[10] Limitando-nos aos aspectos mais essenciais, podemos dizer que o sistema é caracterizado de uma estrutura de rede, "regionalizada e hierarquizada" segundo o nível de complexidade crescente. Essa é constituída de agências e departamentos com objetivo de dar vida a um "processo de descentralização doserviço de saúde" (Cury, 2005, p. 96)

3.3 Estratégia do Governo Federal

Usando como referência a linha do tempo, divulgada pelo Jornal Nexo, no dia 7 de fevereiro de 2020, 11 dias após a confirmação do surto de coronavírus em Wuhan por parte da OMS, o presidente sancionou a lei n. 13.979 que endereçava o enfrentamento da COVID-
19. O artigo 2º da lei instrui o isolamento e a quarentena de pessoas e objetos, enquanto o artigo 3º dá a opção das autoridades adotarem o isolamento social; uso obrigatório de máscaras; restrição excepcional e temporária da entrada e saída do país e locomoção intermunicipal e interestadual; entre outras medidas. Além disso, o § 1º do artigo 3º diz que:

> "As medidas previstas neste artigo somente poderão ser determinadas com base em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde e deverão ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública." (Presidência da República, 2020, lein. 13.979)

A primeira pessoa infectada pelo coronavírus chega ao Brasil no dia 26 de fevereiro e a primeira morte acontece 20 dias após a chegada da doença no território, no dia 17 de março. Em 24 de março o presidente Bolsonaro dá declarações criticando as medidas de isolamento social, adotadas pelos governadores, e chamou a COVID-19 de uma "gripezinha". Diante das divergências dentro do Ministério da Saúde, o então ministro, Mandetta, foi demitido dia 16 de abril. Em 5 de maio o Brasil fica fora da plataforma de cooperação criada pela OMS, a ACT *Accelerator* (acelerador de acesso a instrumentos para a COVID-19), seguindo o raciocínio do então presidente dos EUA, Donald Trump, a afirmar que as ações da OMS eram uma ameaça à soberania nacional. Em 9 de maio o Brasil chegou a marca de 10 mil mortes decorrentes do coronavírus, 156 mil casos confirmados desde fevereiro e 10 600 casos confirmados em 24 horas, um recorde até então. O Brasil ocupava a 6ª posição no *ranking* de número de mortos pela doença.

O segundo ministro da Saúde do governo Bolsonaro, Nelson Teich, se demitiu dia 15 de maio após discordar com o presidente sobre a administração de medicamentos (cloroquina e hidroxicloroquina) sem comprovação científica em pacientes com sintomas leves. No mesmo dia, o estado o Amapá se viu obrigado a decretar isolamento total em todos os municípios, após um crescimento de 217% no número de casos de COVID-19, que sobrecarregou o sistema de saúde do estado. Já em junho, dia 6, foi divulgada pelo Ministério da Saúde a mudança nas informações sobre o histórico de infectados, que passou a informar apenas o registro das últimas 24 horas sob a alegação de que o formato anterior não refletia a realidade do país, já que muitas pessoas, já haviam se recuperado da doença. A medida recebeu críticas por ser vista como uma forma de manipulação de dados. Ao final de junho, mais precisamente dia 20, foi aprovado o uso emergencial da vacina Oxford/AstraZeneca, desenvolvida no Reino Unido. E no dia 27 foi estabelecida a cooperação entre a Fiocruz com a AstraZeneca para a produção nacional da vacina.

Julho foi marcado pelo afrouxamento das medidas de proteção. Após sancionar a lei aprovada no Congresso Nacional, no dia 3, Bolsonaro vetou a obrigação do uso de máscara em estabelecimentos comerciais, indústrias, templos e igrejas. O presidente alegou que a medida era uma violação do domicílio. Dia 7 o presidente testou positivo para a COVID-19 após uma série de eventos em que o presidente circulou sem o uso de máscara. Dia 25 de julho foi atingido o pico da primeira onda no território brasileiro, entre 19 e 25 de julho foram registrados 7677 óbitos, o maior número registrado em uma semana até então. Dia 29 do mesmo mês, 1595 mortes foram registradas em 24 horas.

Agosto foi o mês em que o Brasil ocupou o 2º lugar do *ranking* internacional do número de infectados, ficando atrás somente dos Estados Unidos, o Brasil registrou 3 milhões de infecções por coronavírus e 161 mil mortos. No mesmo mês a vacina Coronavac, de origem chinesa, começou a ser testada em voluntários pelo Instituto Butantan. Dia 12 o Tribunal de Contas da União cobrou da Casa Civil da Presidência da República que apresentasse o Plano Nacional de Vacinação dentro do prazo de 15 dias, o relator do processo, Ministro Vital do Rego, criticou a ineficiência do governo federal e apresentou evidências de que menos de 8% do orçamento previsto havia sido investido na aquisição de leitos de UTI, entre outros insumos. No mesmo dia 12, segundo o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde cancelou a operação que tinha como objetivo comprar medicamentos para o 'kit intubação', os motivos para o cancelamento não foram esclarecidos pelo ministério. Dia 14 do mesmo mês aconteceu a tentativa de negociação por parte da Pfizer para vender inicialmente 500 mil doses da vacina para o Brasil para o mês de dezembro, quatro dias depois a oferta subiu para 1,5 milhão ainda em 2020, e em 11 de novembro foi enviada ainda mais uma proposta, porém, sem uma resposta positiva do governo federal, o Brasil perdeu lugar nas negociações.

Utilizando o texto de Francisco Ortega e Michael Orsini "*Governing COVID-19 without government in Brazil*" é possível afirmar que, a governança da pandemia por parte do governo Bolsonaro, causou uma catástrofe no território brasileiro. Os autores descrevem a forma de governar do presidente atual como uma

mistura perigosa de autoritarismo neoliberal, negação da ciência e capacitismo. Ortega e Orsini dizem que a calamidade de uma pandemia sem precedentes, gera impactos na economia e na política, agravando a vida dos cidadãos marginalizados, como as comunidades pretas e indígenas. Um dos motivos para esse agravamento, segundo o texto, é a liderança "errática, desesperada do autoritário presidente Bolsonaro, um líder profundamente inseguro" (Francisco Ortega &Michael Orsini, 2020). Os autores comentam:

> *"This form of governing COVID-19 stands out for its stunning lack of regard for public health, and moreover, the Brazilian President's concerted attempts to undermine public health directives issued at the state and municipal levels, as well as by global health leaders at the World Health Organization (WHO), among others. Bolsonaro is not, of course, alone in dismissing the science that undergirds public health directives, nor is he unique in attacking the WHO, but he is one of the most strident opponents of decision making that is rooted in anything resembling evidence, science or expertise. We suggest that Bolsonaro's brand of governing represents a deepening of what some scholars have referred to as the 'corruption of democracy', a paradoxical move given that Bolsonaro's rise to power was fuelled by his fight against widespread corruption in government, referred to as Lava Jato, or Car Wash (Watts, 2017)." (* Francisco Ortega & Michael Orsini, 2020, pág. 1258)[11]

Em um país onde a autoridade sobre a saúde pública é compartilhada entre governos federais, estaduais e municipais, existe uma discussão sobre quem paga, sobre a provisão de cuidados públicos versus privados, e sobre os financiamentos distribuídos em diferentes níveis de governo. O que surpreende, segundo o texto, é a falta de liderança na saúde pública Para explorar mais esse aspecto da administração da pandemia no Brasil, segue alguns trechos do texto "A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista" de Gilberto Grassi Calil, onde fica clara a posição adotada pelo presidente Bolsonaro logo no início da pandemia:

> As opções políticas tomadas nos primeiros dias de março foram decisivas e determinaram os rumos da pandemia no país, que se consolidaram com o pronun- ciamento nacional de Jair Bolsonaro em 24 de março, de conteúdo explicitamente negacionista. As primeiras medidas oficiais de contenção foram anunciadas no dia 13 de março — quando o país registrava ainda apenas 151 casos e, por- tanto, ainda tinha possibilidades de implantar um plano de contenção efetiva. [. . .] Conforme o relato do ex-ministro Henrique Mandetta (2020, p. 83-84): "Ander- son de Oliveira redigiu então um boletim determinando a proibição de partida e chegada de cruzeiros na costa brasileira. Era consenso entre nós que seria uma irresponsabilidade manter o fluxo de turistas num momento daqueles. Se estávamos orientando fechamentos de bares e restaurantes, o mesmo princípio tinha que ser adotado para navios de cruzeiro. [. . .] O Wanderson preparou o boletim, me mostrou, e eu disse: "Vai em frente, pode bloquear". Menos de duas horas depois da publicação do documento começou uma gritaria promovida pelo lobby do setor de turismo, reclamando dos prejuízos que a medida traria para os operadores de cruzeiros. O presidente Jair Bolsonaro imediatamente me ligou querendo explicações e pedindo que eu cancelasse o boletim. [. . .]. O Ministério da Saúde já enfrentava muitos desafios, e achei que não seria prudente entrar em rota de colisão com o presidente e seus ministros tão cedo". (Calil, G.G., 2021,pág. 37)

O ex-ministro Mandetta ainda acrescenta que, a partir do episódio citado acima, a cada orientação emitida pelo Ministério da Saúde, o presidente se manifestava publicamente no sentido oposto, incentivando as pessoas a não respeitarem as orientações do Ministério (ver Mandetta, 2020, pág. 32). O infectologista Júlio Croda também denuncia as ações controversas do presidente diante da COVID-19:

> "O infectologista Júlio Croda, que ocupava a Diretoria do Departamento de Imuni- zação e Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, foi o primeiro a se demitir, ainda em março, afirmando: "Não quis ser responsável por essa recomendação equivocada contra o isolamento social e por um número importante de óbitos". Em entrevista posterior, Croda apontou a polêmica e censura em torno do Boletim Epidemiológico 5, de 14 de março de 2020, como estopim da crise. Segundo ele, apesar de já ter recebido análises e projeções que justificariam a tomada de medidas rigorosas, em conjunto com a Casa Civil, Bolsonaro censurou as medidas de contenção propostas no Boletim" (Calil, G.G., 2021, pág. 38)

Retornando às ideias do texto de Ortega e Orsini, a forma de governança do pre- sidente brasileiro se destaca pela chocante falta de consideração pela saúde pública e pelas tentativas de descredibilizar as diretivas de saúde pública emitidas pelos estados e municípios, assim como as diretivas da OMS. Os autores

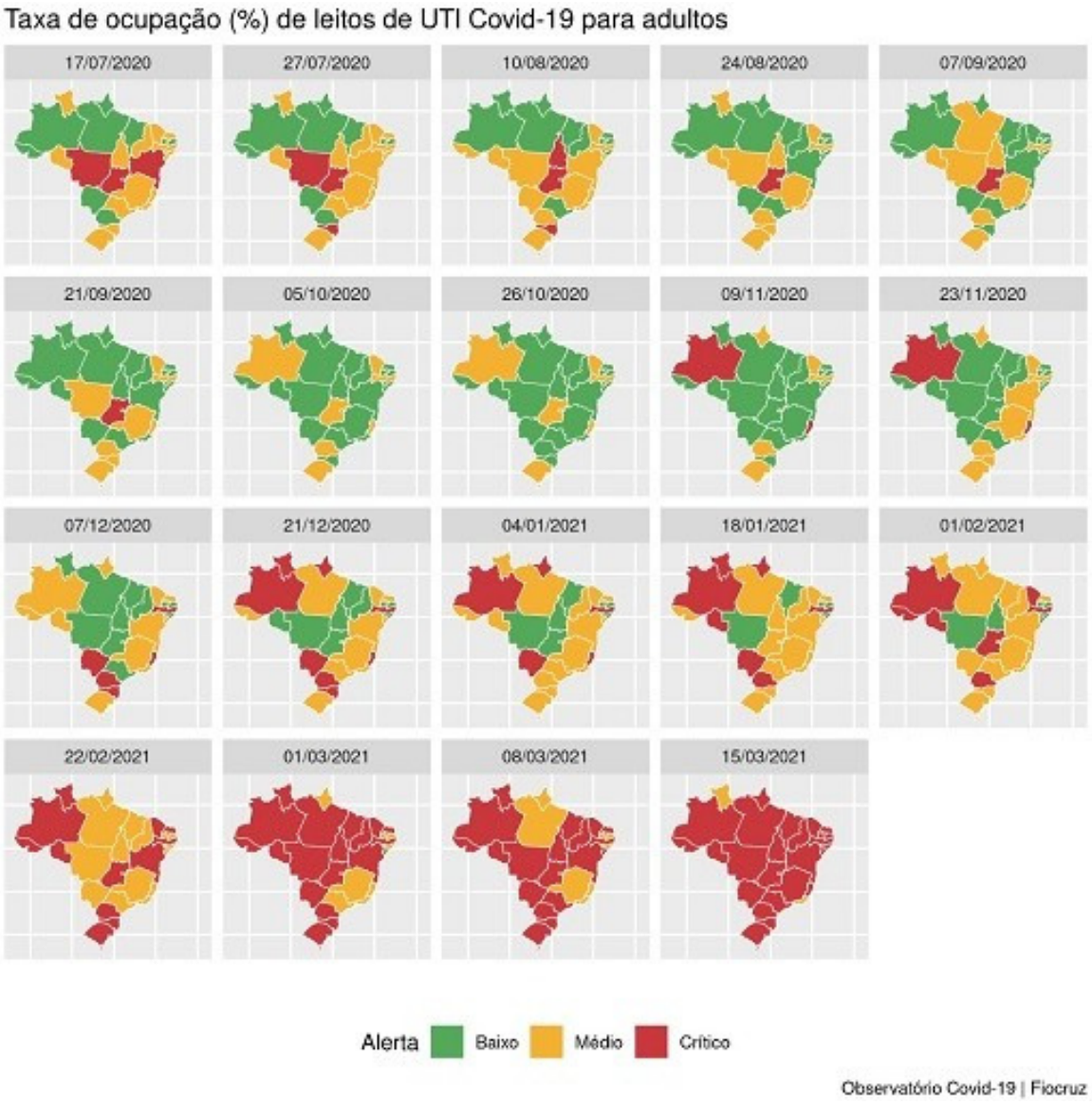
---

[11] Essa forma de governança do COVID-19 se destaca por sua chocante falta de consideração pela saúde pública, e ainda mais, o presidente brasileiro orquestrou tentativas de descredibilizar as diretivas da saúde pública emitidas pelos estados e municípios, assim como as publicadas pelos líderes da saúde global na OMS, entre outros. Bolsonaro não é, obviamente, sozinho em descreditar a ciência que sustenta as diretivas de saúde pública, nem é o único à atacar a OMS, mas ele é um dos mais estridentes oponentes da tomada de decisão que está enraizada em qualquer coisa parecida como evidência, ciência ou especialidade. Nós sugerimos que a marca do governo Bolsonaro representa o aprofundamento do que alguns acadêmicos chamam de "a corrupção da democracia", um movimento paradoxal dado que a subida do Bolsonaro ao poder foi alimentada por sua luta contra a corrupção generalizada no governo, referida como "Lava Jato"(Watts, 2017)

sugerem que o governo Bolsonaro representa o aprofundamento da chamada “corrupção da democracia”, o que é contraditório já que o presidente foi eleito com a suposta missão de lutar contra a corrupção generalizada no governo. Os autores ainda dizem que, se não fosse o suporte fervoroso dos brasileiros ao Bolsonaro, o futuro político do presidente já estaria selado diante das (não) medidas promovidas por ele.

Para refletir sobre a situação do Brasil, podemos observar a taxa de ocupação de leitos de UTI dedicados a pacientes adultos da COVID-19. Dia 16 de março de 2021, foi divulgado o Boletim Extraordinário do Observatório COVID-19 Fiocruz, que chama atenção para a situação crítica do sistema de saúde brasileiro. Segundo os pesquisadores, se trata do maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil. No momento em que o artigo foi escrito, das 27 unidades federativas, 24 estados mais o distrito federal estavam com taxas de ocupação de leitos de UTI COVID-19 para adultos no SUS iguais ou superiores a80%, 15 tinham taxas superiores a 90%. A figura abaixo ilustra as taxas de ocupação porestado:

Figura 3 – Mapeamento da taxa de ocupação de leitos UTI COVID para adultos



Portal Fiocruz, 2021

3.4 Estratégias Regionais (São Paulo e Rio de Janeiro)

3.4.1 São Paulo

Figura 4 – Mapa do Estado de São Paulo

SP-Turismo, 2022

O estado de São Paulo tem 46.649.132 habitantes, uma área total de 248.219,485km² (dados de 2021), e a densidade demográfica é de 166,25 hab/km² (dados de 2010)[12]. O estado de São Paulo publicou no início de 2020 o primeiro plano de contingência ao coronavírus. Foi criado o Centro de Operações de Emergências 2019-nCoV da SES-SP(COE-SP) para assessorar a Secretaria de Estado da Saúde.

Os principais eixos do plano de contingência são: Vigilância em Saúde; Assistência à Saúde; e Comunicação. Foram estabelecidas ações de vigilância epidemiológica e sanitária em portos, aeroportos, fronteiras e recintos alfandegários de São Paulo. No âmbito da Assistência à Saúde o plano determina como objetivos principais prevenir a transmissão de doenças entre os pacientes, profissionais da saúde e visitantes. Para tanto é orientado o estabelecimento de normas e rotinas e da organização do fluxo de pacientes suspeitos. Já no âmbito comunitário, o documento prevê medidas de prevenção rotineiras (como higienizar as mãos, cobrir a boca e o nariz ao espirrar e procurar o serviço de saúde em caso de sintomas respiratórios), já que na época não haviam vacinas ou medicamentos para a COVID-19. Vale notar que, no documento, o uso de máscara não é obrigatório para pessoas assintomáticas de acordo com a orientação da OMS.

O documento ainda destaca a importância da comunicação:

> "As estratégias de comunicação são um importante componente para gerenciar doenças infectocontagiosas, mas são indispensáveis em eventos pandêmicos. A propagação da informação, no momento exato e oportuno, em todos os níveis de gerenciamento de pandemias, é uma das mais eficazes ferramentas para minimizar seus impactos sociais e econômicos, maximizando resultados das ações de controle." (São Paulo, 2020, pág. 24)

Para auxiliar a comunicação, dia 31 de janeiro foi criado um hotsite pelo Governo do Estado de São Paulo, para facilitar e agilizar o acesso aos conteúdos oficiais sobre o vírus. Além disso, foi previsto para os transportes públicos, a elaboração de um projeto de orientação aos usuários. Posteriormente no mês 8 de 2020, foi criado o Plano São Paulo para a retomada da economia, que se baseia em 6 pilares:

- Disseminação da doença (Cenários de evolução da epidemia);
- Capacidade do Sistema de Saúde (Leitos disponíveis, insumos de proteção aos profissionais de saúde e disponibilidade de recursos humanos);
- Testagem e Monitoramento da transmissão (Capacidade de testagem e rastreamento de contato);
- Protocolos e vulnerabilidade econômica (Protocolos de saúde e higiene no trabalho, considerando vulnerabilidade dos setores);

[12] Todos os dados foram retirados do site: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp.html

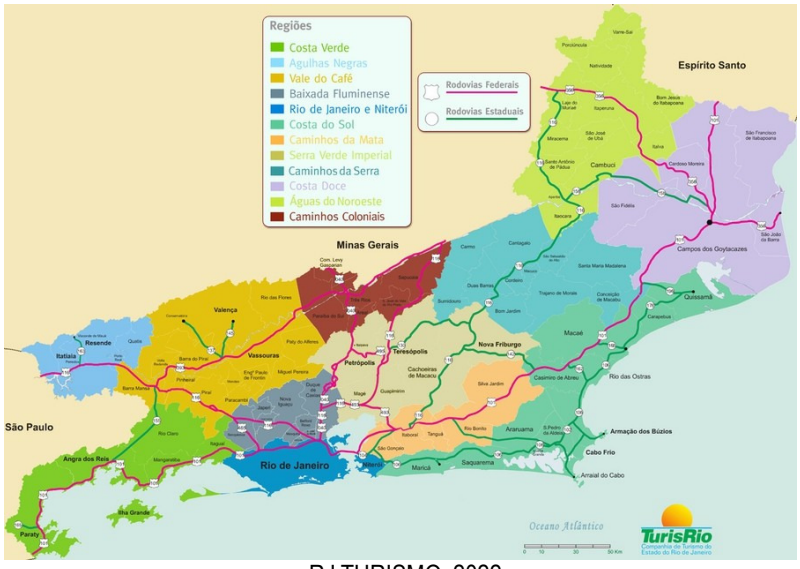
- Comunicação e Transparência (Adesão da população às restrições sociais e conhe-cimento sobre as medidas de higiene);
- Abordagem regional (Definição por região e cidade das medidas da retomada).

Foram estabelecidas 5 fases, sendo a primeira mais rigorosa, permitindo apenas atividades essenciais, e a última a mais branda, retornando a normalidade. O cálculo das fases é feito utilizando os critérios de: capacidade do sistema de saúde (indicado pelo número de leitos de UTI COVID por 100k de habitantes, taxa de ocupação dos leitos de UTI COVID) e evolução da epidemia (indicado pelo número de casos, internações e óbitos). O plano de ação era responder à pandemia dentro de 3 à 6 meses, iniciar a recuperação no prazo de 6 à 12 meses, e entre 12 meses e 3 anos fazer a sustentação da economia. O plano permitiu que fossem criadas zonas por nível de risco, e que as decisões das respostas fossem feitas à nível regional, analisando cada setor da sociedade em suas particularidades.

Segundo o artigo "Análise crítica da política de enfrentamento à COVID-19 no estado de São Paulo" houve grande investimento em ampliação da oferta de leitos de enfermaria clínica e de UTI para os caso de COVID-19, a nível estadual e municipal. O foco do Plano São Paulo na abertura econômica induziu as autoridades a abrirem novos leitos para manter baixas as taxas de ocupação, e como previsto no Plano, houve uma flexibilização das medidas de distanciamento social, porém de forma prematura. O Plano São Paulo prevê a mudança de fase de acordo com o número de internações e taxas de ocupações, e não de acordo com as taxas de infecção e circulação do vírus. O artigo ainda diz que, o Plano não contemplou o planejamento da atuação da Vigilância em Saúde em articulação com a Atenção Básica. Por fim, a falta de coordenação nacional e a desarticulação da gestão estadual e morosidade criaram dificuldades para os municípios.

3.4.2 Rio de Janeiro

Figura 5 – Mapa do estado do Rio de Janeiro



RJ TURISMO, 2022

O estado do Rio de Janeiro tem 17.463.349 milhões de habitantes (dados de 2021), uma área total de 43.750,425km² (dados de 2021), e a densidade demográfica é de 365,23hab/km² (dados de 2010)[13]. O "Plano de Contingência da atenção primária à saúde para o coronavírus no Estado do Rio de Janeiro" foi publico em sua versão 2.0 no dia 27 de março de 2020. O plano se destina aos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) eestabelece 4 níveis de ativação da contingência:

- Nivel zero - Casos notificados ou confirmados no estado do Rio de Janeiro
- Nível I - Transmissão autóctone de Covid-19 no estado do Rio de Janeiro (confirma- ção laboratorial de transmissão do Covid-19 entre pessoas com vínculo epidemioló- gico comprovado. Os casos que ocorrerem entre familiares próximos ou profissionais de saúde de forma limitada não serão

[13] Todos os dados foram retirados do site: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html

considerados transmissão local).

- Nível II - Transmissão sustentada de COVID-19 na região metropolitana do estadodo Rio de Janeiro
- Nível III - Quando as ações/atividades orientadas para serem realizadas no nível IIde ativação forem insuficientes como medidas de controle e para a organização da rede de atenção na resposta. Rede de atendimento definida incapaz de atender àdemanda. Ativação pelo Gabinete de Crise.

O documento também define o que são casos suspeitos (apresentação de tosse seca, dor de garganta ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre); casos confirmados de forma laboratorial (caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT- PCR em tempo real); casos descartados (caso que se enquadre na definição de suspeito e apresente resultado laboratorial negativo); e casos curados (Casos em isolamento domiciliar: casos confirmados que passaram por 14 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas e que estão assintomáticos, e Casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica).

No âmbito da organização da assistência local a orientação é de que os casos leves permaneçam em isolamento domiciliar desde o início dos sintomas, evitando comparecer aos serviços de saúde para evitar a transmissão da doença, porém, estes casos devem ser relatados e monitorados pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Ficou como responsabilidade da gestão municipal disponibilizar meios de contato a distância entre os usuários e os profissionais de saúde, por telefone ou e-mail. E aos gestores regionais e locais promover ampla comunicação e mobilização da sociedade, orientar sobre a transmissão, sinais e sintomas, bem como as unidades de saúde que os usuários devem procurar de acordo com as manifestações da doença.

O documento orienta que sejam seguidas as medidas descritas no DECRETO Nº 46.973 para o momento em que o estado do Rio de Janeiro apresentar transmissão comuni- tária. O Artigo 4º do decreto determina a suspensão pelo prazo de 15 dias: da realização de eventos e atividades com a presença de público; atividades coletivas de cinema, teatro e afins; visitação às unidades prisionais, inclusive aquelas de natureza íntima; transporte de detentos para realização de audiências de qualquer natureza; visita a pacientes diagnosticados com COVID-19, internados na rede pública ou privada; aulas. Além disso, o Artigo 5º recomenda a restrição por 15 dias do: funcionamento de bares, restaurantes e lanchonetes e estabelecimento congêneres com capacidade de lotação restringida a 30%, com normalidade de entrega e retirada de alimentos no próprio estabelecimento; fechamento de academias e estabelecimentos similares; fechamento de shopping centers, centros comerciais e estabelecimentos congêneres; frequentar praia, lagoa, rio e piscina pública; operação aeroviária com origem em estados e países com circulação confirmada do coronavírus ou situação de emergência decretada; atracação de navio de cruzeiro com origem em estados e países com circulação confirmada do coronavírus ou situação de emergência decretada.

O portal Fiocruz publicou em novembro de 2020 uma Nota técnica, onde fica claro o colapso do sistema de saúde na capital do estado do Rio de Janeiro. De abril à novembro o município teve um excesso de óbito de 27 mil pessoas, 13 mil causados pela COVID-19 e 14 mil ligados a outras causas. A nota diz:

> "O aumento expressivo de óbitos ocorridos em domicílios (cerca de 4.000 a mais que o esperado para esse período), sem assistência médica e por causas mal defi- nidas (cerca de 1.800 a mais que o esperado), revela um quadro de desassistência geral nos primeiros meses da pandemia, o que não se restringe aos hospitais, mas principalmente à rede de atenção básica e ao sistema de vigilância em saúde. [. . .] Mesmo dentre os casos de Covid-19 que foram internados em hospitais, a maior parte ocorreu fora de UTIs. Esse padrão permanece alto, mostrando a incapacidade de atender a casos graves da doença no município." (pág. 1)

4 CONCLUSÃO

Podemos concluir que é preciso uma ação conjunta, de todos os níveis de governo, junto de organizações e da população, para combater os efeitos da pandemia. Não basta ações isoladas para conter o coronavírus. A liderança ao nível Federal é imprescindível para o sucesso de uma nação contra a doença da COVID-19. Apesar das diferenças entre o Brasil e a Itália, podemos notar como as estratégias de governança determinam o impactoda pandemia nos diversos setores da sociedade.

A falta de uma ação unificada do governo federal brasileiro junto dos governadores e prefeitos permitiu que, apesar dos recursos disponíveis, o SUS entrasse em colapso. À nível estadual, em São Paulo, podemos ver que as medidas estabelecidas no Plano São Paulo tiveram efeito contrário ao esperado, levando à uma abertura precoce e, por consequência, aumento dos casos. No estado do Rio de Janeiro podemos ver, especialmente no município do Rio de Janeiro, como as mortes em domicílios aumentaram devido à

desassistência da rede básica, mesmo com o plano de contingência do estado fosse voltado justamente para o setor da atenção primária de saúde.

Na Itália, apesar de a pandemia de ter sobrecarregado seu sistema de saúde, as medidas de contenção impostas através de restrições e lockdowns, permitiram o manejamento dos casos, evitando o colapso total do SSN, especialmente nas regiões mais pobres ao sul, que tem o sistema de saúde mais vulnerável. O caso da Lombardia demonstra que o foco na assistência hospitalar não é a melhor estratégia para lidar com um problema de saúde pública como a pandemia, acarretando perdas inclusive de médicos da linha de frente ao combate ao COVID-19. Já o caso de Vêneto é um exemplo de como a união dos diversos setores da sociedade de forma organizada pode trazer resultados tangíveis, utilizando da melhor forma os recursos em benefício da comunidade e evitando mortes.

5 REFERÊNCIAS

ABSOLUTVIAJES. ***Lombardia la region mas hermosa y rica de Italia***. Disponível em: <h ttps://www.absolutviajes.com/italia/lombardia-la-region-mas-hermosa-y-rica-de-italia/>. Acesso em: 14/08/2022

AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI. ***Relazione attività AGENAS COVID-19***. Disponível em: <https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/304/701/AGENA S.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2022

BULL, M. ***The Italian government reszponse to Covid-19 and the making of a prime minister***. Contemporary Italian Politics, 13:2, 149-165, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23248823.2021.1914453>. Acesso em: 22 jun. 2022

CALIL, G. G. **A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista**. Serviço Social & Sociedade [online]. 2021, n. 140, pp. 30-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>. Acesso em: 15 jul. 2022

CEPIKU, D.; GIORDANO, F.; MENEGUZZO M. ***Comparing strategies against COVID-19:Italy and Switzerland***. Revista de Administração Pública [online]. 2021, v. 55, n. 1, pp. 215-228. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200424>. Acesso em: 17 abr. 2022

FINCO, M.; BITENCOURT, D. **Saúde pública: fundamentos para uma comparação entre os sistemas nacionais de saúde da Itália e do Brasil**. Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia, [S. l.], v. 48, n. 2, p. 142–170, 2020. Disponível em: <h ttps://seer.ufu.br/index.php/revistafadir/article/view/54482>. Acesso em: 20 abr. 2022.

FIOCRUZ. **Nota técnica 14**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-obitos-em-excesso-dentro-e-fora-de-hospitais-mostram-quadro-de-desassistencia>. Acesso em: 15 ago. 2022

FIOCRUZ. **Observatório COVID-19 aponta maior colapso sanitário e hospitalar da história do Brasil**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-aponta-maior-colapso-sanitario-e-hospitalar-da-historia-do-brasil>. Acesso em: 15 ago. 2022

GIANNOTTI, Elaine et al. **Análise crítica da política de enfrentamento à covid-19 no estado de São Paulo**. Anais do XVII Congresso Paulista de Saúde Pública... Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/76775>. Acesso em: 15 ago. 2022

GIMBE. **Comunicati Stampa**. Disponível em: <https://www.gimbe.org/pagine/341/it/comunicati-stampa?pagina=29>. Acesso em: 15 ago. 2022

IBGE. **Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html >. Acesso em: 15 ago. 2022

IBGE. **São Paulo**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp.html>.Acesso em: 14 de ago. 2022

JARDIM, V. C.; BUCKERIDGE, M. S. **Análise sistêmica do município de São Paulo e suas implicações para o avanço dos casos de Covid-19**. Estudos Avançados [online]. 2020, v. 34, n. 99, pp. 157-174. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/NqSTjy8895pZ PHF8rsg35Wy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 5 ago. 2022

NEXO JORNAL. **O primeiro ano de pandemia no Brasil em 43 eventos**. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/O-primeiro-ano-de-pandemia-no-Brasi l-em-43-eventos>. Acesso em: 11 de ago. 2022

ORTEGA, F.; ORSINI, M. ***Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership***. Global Public Health, 15:9, 1257-1277, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.10 80/17441692.2020.1795223>. Acesso em: 2 jul. 2022

OUR WORLD IN DATA. **COVID-19 Data Explorer**. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-cases>. Acesso em: 14 ago. 2022

PEREIRA SANTOS, G.; COLPANI VITÓRIO, S. **A SINDEMIA GLOBAL DA COVID-19:UMA ANÁLISE SOBRE VULNERABILIDADE SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**. Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília, [S. l.], v. 1, n. 19, p.340–371, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/37 292>. Acesso em: 5 ago. 2022

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei n. 13.979**. 2020. Disponível em: <http://www.planalto. gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm#:~:text=II%20%2D%20quarentena% 3A%20restri%C3%A7%C3%A3o%20de%20atividades,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAni co>. Acesso em: 11 ago. 2022

RIO DE JANEIRO. **Plano de Contingência da atenção primária à saúde para o coronavírus no Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.rj.gov.br/protocolos/atualizacao-plano-de-contingencia-da-aps-para-o-coronavirus-no-estado- do-rio-de-janeiro/>. Acesso em: 15 ago. 2022

RIO TURISMO. **Mapa das Regiões do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http:// www.rio-turismo.com/mapas/regioes.htm>. Acesso em: 15 ago. 2022

SÃO PAULO. **Plano de Contingência do Estado de São Paulo**. Disponível em: <https://w ww.spsp.org.br/2020/02/27/plano-de-contingencia-do-estado-de-sao-paulo-para-infeccao- pelo-2019-ncov/>. Acesso em: 14 de ago. 2022

SÃO PAULO. **Plano São Paulo**. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-conte nt/uploads/2020/08/PlanoSP-apresentacao-v2.pdf>. Acesso em: 14 de ago. 2022

SP TURISMO. **Mapa político de São Paulo**. Disponível em: <http://www.sp-turismo.com/ mapas/politico.htm>. Acesso em: 14 de ago. 2022

TUTTITALIA.IT. ***Popolazione Lombardia 2001 – 2020***. Disponível em: <https://www.tuttitali a.it/lombardia/statistiche/popolazione-andamento-demografico/>. Acesso em: 29 de jul. 2022

TUTTITALIA.IT. ***Popolazione Veneto 2001 – 2020***. Disponível em: <https://www.tuttitalia.it/veneto/statistiche/popolazione-andamento-demografico/>. Acesso em: 29 de jul. 2022

WIKIPEDIA. ***Provinces of Veneto map***. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Provinces_of_Veneto_map.png>. Acesso em: 14 ago. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***WHO Organization Coronavirus Disease (COVID-19)Dashboard***. Disponível em: <https://covid19.who.int/table>. Acesso em: 13 ago. 2022