



análise de arranjos institucionais e desafios de coordenação no contexto da Covid-19: estudo de caso dos municípios de São Paulo e Blumenau

Julia Arias Lara Leite

Bacharela em Direito pela Universidade de São Paulo e mestranda em Administração Pública pela Universidade de Columbia. Gestora pública, foi assistente técnica na Secretaria Municipal de Gestão de São Paulo

João Vítor Krieger

Bacharel em Direito pela Universidade Regional de Blumenau. Gestor público, é diretor na Secretaria Municipal de Gestão Governamental da Prefeitura de Blumenau

Saul de Carvalho Isaias

Graduado em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Gestor público, foi assistente técnico na Secretaria Municipal de Gestão da Prefeitura de São Paulo

Cinthia Assis

Graduada em Engenharia de Alimentos pela Universidade Federal de Goiás e pós-graduada em Gestão Pública pelo Insper. Gestora pública, é diretora na Prefeitura Municipal de Blumenau

Cibely Martins

Bacharela em Direito pela Universidade Federal de Viçosa e licenciada em Letras Português pela Unopar. Gestora pública, é gerente de Programas e Projetos de Governo na Secretaria Municipal de Gestão Governamental da Prefeitura de Blumenau

Resumo: Este artigo analisa os arranjos institucionais para o enfrentamento à pandemia de Covid-19 em diferentes entes federativos brasileiros por meio do estudo de caso de medidas adotadas pelos municípios de São Paulo (SP) e Blumenau (SC). Tendo por base a estrutura de gestão da saúde pública no Brasil em âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas diferentes instâncias de tomada de decisão e coordenação, bem como o efeito do atual contexto político-administrativo no país, busca-se compreender como o arranjo institucional e os modelos em que estão inseridos os municípios de São Paulo e Blumenau têm relação com a definição das medidas adotadas para o enfrentamento à pandemia. O estudo mostrou similaridades entre os casos quanto à testagem e gestão de leitos hospitalares, mas diferenças no planejamento e na estruturação de planos de contingência, monitoramento de risco, e a definição de medidas de fechamento ou abertura. Conclui-se que arranjos com instâncias mais descentralizadas de tomada de decisão e coordenação podem causar disputas e desalinhamentos entre diferentes entes federados.

Palavras-chave: Covid-19. Arranjos institucionais. Estudo de caso. Políticas públicas. Relações intergovernamentais.

Abstract: This article analyzes the institutional arrangements for tackling the Covid-19 pandemic in different public entities in Brazil

through the case study of measures adopted by the municipalities of São Paulo-SP and Blumenau-SC. Based on the public health management structure in Brazil under the Sistema Único de Saúde (SUS) in its different instances of decision-making and coordination, as well as on the effects of the current political-administrative context in the country, we aim to understand how the institutional arrangement and models in which the municipalities of São Paulo and Blumenau are integrated are related to the definition of the measures adopted to face the pandemic. The study showed similarities between the cases regarding testing and management of intensive care units and hospital beds, but differences in planning and structuring of contingency plans, risk monitoring, and the definition of closing or opening measures. We conclude that arrangements with more decentralized instances of decision-making and coordination can cause disputes and misalignments between different federated entities.

Keywords: Covid-19. Institutional arrangements. Case study. Public policy. Intergovernmental relations.

1 Introdução

A comunidade global não estava preparada, tanto em relação a recursos materiais quanto à tomada de decisões sob pressão e com escassez de informações disponíveis, para implementar as medidas para conter o alastramento da Covid-19 (do inglês *Coronavirus Disease 2019*), causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (Sars-CoV-2). Em outubro de 2020 a pandemia já contabilizava mais de 37,9 milhões de casos e mais de 1 milhão de óbitos em todo o mundo (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2020)¹.

Além dos esforços necessários de coordenação e cooperação internacional, a dimensão da pandemia e o cenário de incerteza implicaram desafios críticos para os países, especialmente

considerando o papel de governos regionais e municipais em desenvolver medidas de resposta por meio de suas redes locais de assistência em saúde, mas também em razão dos impactos econômico, fiscal e social (OCDE, 2020a).

No Brasil, que até meados de outubro de 2020 contabiliza mais de 5 milhões de casos confirmados e mais de 150 mil óbitos decorrentes da Covid-19 (BRASIL, 2020a), a atuação do Estado frente à pandemia constitui-se de um processo decisório complexo, assimétrico, com dificuldades administrativas, desigualdades marcantes e forte dependência política e financeira de estados e municípios em relação ao governo federal (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Uma constante da conjuntura do país com relação ao enfrentamento da pandemia é o embate entre governantes dos diversos entes federativos, que acarreta sérias consequências em detrimento da efetividade no enfrentamento da pandemia. A crise sanitária no país tomou proporções maiores porque o sistema federativo não lhe deu respostas que seriam adequadas, considerando que “os entes federativos (Estados, Distrito Federal e Municípios) viram-se na contingência de agir, no enfrentamento da pandemia, sem a necessária coordenação do órgão central (a União) ou sem a observância de parâmetros comuns por este estabelecidos” (MEDINA, 2020, n.p.).

As mudanças de gestão no Ministério da Saúde levaram a um maior protagonismo dos governos locais frente à crise. Para entusiastas do ideal federativo, o caminho de ouro da federação seria o respeito à descentralização, cuja essência prioriza soluções locais, mais próximas dos problemas concretos (DUQUE, 2020). Contudo, esse desalinhamento de diretivas no combate à pandemia acabou gerando frequentes divergências nas tomadas de decisão de enfrentamento por parte dos estados e municípios, situação exemplificada em inúmeros eventos anedóticos, como a reabertura parcial de um

shopping localizado entre os municípios de Votorantim e Sorocaba, que teve metade de suas lojas abertas e a outra metade, fechadas (PORTAL G1, 2020).

Assim, quando pensamos em sistema federativo como o Brasil, a discussão não deveria residir sobre a decisão de centralização *versus* descentralização das medidas de enfrentamento, mas sim priorizar a coordenação e a definição clara de papéis, incentivando a atuação de conselhos e instâncias intergovernamentais. Em se tratando de saúde pública, e ainda mais no contexto de uma crise, é fundamental ter alinhamento e coordenação entre os diferentes níveis da Administração Pública para a obtenção de melhores resultados.

O presente artigo tem como objetivo realizar uma análise da influência dos arranjos de governança nacional, regional e local, com seus desalinhamentos e contradições, na gestão da crise de saúde pública causada pela Covid-19 por meio do estudo de caso de dois municípios brasileiros de diferentes portes: São Paulo (SP) e Blumenau (SC).

2 Gestão da saúde pública no Brasil

Segundo a Constituição Federal (CF) de 1988, no artigo 18, a República Federativa do Brasil “compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos” (BRASIL, 1988). O modelo de federalismo brasileiro é baseado no princípio de autonomia da participação política, caracterizada pela capacidade de auto-organização e normatização própria, autogoverno e autoadministração (MORAES, 2002, p. 270).

Além do elemento de coordenação em lugar da subordinação como característica da participação dos entes federados, o Estado brasileiro tem também como traço característico a inclusão do município como sua parte integrante, compartilhando o exercício da soberania entre três ordens jurídicas diferentes e com a mesma autonomia da União e dos estados-membros

(FERRARI, 2011, p. 210). Trata-se de um modelo que passou a preconizar o equilíbrio entre a coordenação e autonomia como características centrais, especialmente pós-redemocratização (ABRUCIO *et al.*, 2020).

Esse arcabouço do federalismo brasileiro permite elucidar o contexto normativo-jurídico pelo qual o Estado brasileiro vai efetivar o Direito à Saúde por meio de suas políticas sociais e econômicas, que, para os fins deste artigo, corresponde ao enfrentamento à pandemia. Os artigos 23, inc. II, e 24, inc. XII, da Constituição, por exemplo, estabelecem a competência concorrente entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios de cuidar e legislar sobre a saúde; e o artigo 198 indica que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, cuja organização se dá de forma descentralizada e com direção única em cada esfera de governo. A competência, portanto, é compartilhada por todos os entes federativos e descentralizada, sujeita à disciplina legislativa hierarquizada.

As normas relativas à saúde abrangem²: leis federais sobre segurança social, de competência privativa da União; normas gerais da União com competência concorrente dos demais entes; eventuais leis delegadas estaduais; e normas suplementares dos estados e municípios (FERRARI, 2011, p. 472-473). A doutrina constitucional propõe a “preponderância do interesse” como critério para embasar e encontrar a solução que atenda de modo mais efetivo ao interesse comum. Pode-se inclusive destacar o papel do município, “porque o governo local é, potencialmente, o mais indicado para conhecer as necessidades e executar as atividades adequadas à população” (FERRARI, 2011, p. 473).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado por meio de importantes lutas e mobilizações da sociedade civil, tem a sua estrutura jurídica-institucional definida a partir de diretrizes nacionais de distribuição de recursos e

normatização, dando autonomia política, administrativa e financeira a Estados, Distrito Federal e Municípios (FRANZESE; ABRUCIO, 2013). A articulação interfederativa é um dos elementos de organização do SUS, conforme o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que estabelece Comissões Intergestores com a finalidade de pactuar e organizar o funcionamento de ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Nesse sentido, a representação entre gestores de diferentes entes se dá, por exemplo, em âmbito do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Um olhar para políticas desenvolvidas anteriormente e que representam produtos do planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa em âmbito do SUS leva, por exemplo, ao Plano Diretor de Desenvolvimento de Capacidades Básicas, voltado à implantação e ao aperfeiçoamento das capacidades básicas de vigilância em Saúde com pactuação pelas três esferas de gestão do SUS (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020). O país também conta com Política Nacional de Vigilância em Saúde, conforme a Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2018), tendo como um dos princípios destacados o de conhecimento do território, cooperação e articulação intra e intersetorial.

A atuação coordenada da vigilância sanitária em território nacional em fase de resposta a uma situação de crise, do ponto de vista técnico e organizacional, se revelou fundamental em casos anteriores, como em 2015, quando o país foi epicentro de uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional no caso da *chikungunya*, evento também que coincidiu com a emergência da epidemia pelo vírus *zika* e as epidemias de dengue (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

No início da pandemia em solo nacional,

a distribuição de competências dos entes federados para enfrentamento à Covid-19 foi objeto de disputa. Em março, foi interposta uma Ação Direta de Inconstitucionalidade³ (BRASIL, 2020b), alegando que certas alterações realizadas pela Medida Provisória nº 926/2020 (BRASIL, 2020c) à Lei Federal nº 13.979/2020 (BRASIL, 2020d) interferiam no regime de cooperação entre os entes federativos, dado que atribuía à União a competência exclusiva para estabelecer as medidas de isolamento, quarentena, interdição de locomoção, de serviços públicos e atividades essenciais.

Após decisão liminar, em 15 de abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou que as medidas adotadas pelo governo federal para o enfrentamento à Covid-19 não afastam a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, devendo ser resguardada a autonomia dos entes federativos. Assim, a atuação dos entes não deveria ser pautada por uma disputa de competência, mas sim pela colaboração e cooperação na tomada de decisões e implementação de medidas em nível local.

3 Contexto político-administrativo na estratégia de enfrentamento à pandemia no Brasil

A pandemia da Covid-19 é uma crise de saúde pública de imensa complexidade, que afeta múltiplos setores, sendo uma doença de expressiva gravidade. Dessa forma, o enfrentamento bem-sucedido dessa doença depende de uma diretriz estratégica e de uma boa estrutura de governança, que possibilitem a atuação coordenada e articulada dos órgãos dos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), bem como de todos os níveis federativos (União, estados, municípios e Distrito Federal), com o funcionamento adequado de mecanismos de monitoramento e transparência.

Em auditoria realizada pelo Tribunal de

Contas da União (TCU) em junho de 2020, no entanto, constatou-se a “ausência de diretriz estratégica [do governo federal] de combate à disseminação e ao tratamento mais adequado para a doença [...], como denota a saída de dois ministros da Saúde num intervalo de um mês, durante a maior pandemia deste século” (BRASIL, 2020e, p. 9).

Este contexto na esfera política não seria, a princípio, uma condicionante absoluta da capacidade do Estado de enfrentamento à pandemia. Contudo, como será explorado no presente artigo, interferências negativas da esfera política foram fatores determinantes na ausência de coordenação e alinhamento em âmbito nacional no combate à Covid-19.

Nos primeiros meses de enfrentamento da pandemia, o Ministério da Saúde ainda manteve um papel na coordenação da crise, destacando-se principalmente pela mobilização para a organização do sistema de vigilância epidemiológica, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância à Saúde e com a participação da Fundação Oswaldo Cruz, uma das principais instituições mundiais de pesquisa em saúde pública, contando com créditos orçamentários adicionais aprovados pelo Congresso Nacional (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde tomou uma das primeiras medidas estruturantes em 22 de janeiro de 2020, ao ativar o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV), conforme o Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Uma semana depois, foram publicados o primeiro Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2020g) sobre a Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, com informações sobre indicadores de casos e notificações, o Guia de Vigilância Epidemiológica e o Plano de Contingência Nacional para Infecção pelo Novo Coronavírus (BRASIL, 2020g).

Essa sequência de medidas revela alguns

dos primeiros passos do SUS na estruturação da Vigilância Epidemiológica para a Covid-19, com o intuito de estabelecer uma resposta coordenada do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e da Rede de Serviços de Atenção à Saúde com base em evidências técnicas e científicas nacionais e internacionais, com objetivos específicos de mitigar a transmissão do vírus para profissionais de saúde e contatos próximos, bem como evitar que os casos confirmados evoluíssem para o óbito, por meio de suporte clínico.

Esse trabalho de articulação e enfrentamento deu-se de forma momentânea. Em que pese o combate à Covid-19 se tratar de um problema intergovernamental complexo, o presidente Jair Bolsonaro optou por um caminho de maior radicalização. A exoneração do então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, que teve protagonismo na gestão do SUS nos primeiros meses de 2020, foi um momento emblemático nesse contexto.

A lógica do federalismo sob a visão da gestão do presidente Jair Bolsonaro preza pela compartimentalização, pressupondo uma divisão rígida de funções entre níveis de governo; possui vocação autocrática, ambicionando a concentração de poder na esfera da União; bem como confrontadora, fomentando embates constantes “contra adversários reais ou imaginados” (ABRUCIO *et al.*, 2020, p. 6), o que é em grande medida incompatível com organização do SUS a partir da articulação interfederativa.

A postura do atual presidente, desde o início da pandemia, mostrou-se conflitante com diretrizes sanitárias. Em 26 de janeiro de 2020, o regente comentou estar preocupado com o assunto, mas sem ver razão para alarde, uma postura que voltaria a se repetir com alguma variação ao longo do primeiro semestre de 2020. (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020). Esses primeiros gestos, em uma narrativa de caracterização da Covid-19 como uma crise de saúde ou um problema sem importância, baseado em uma polarização ideológica que pressupõe

uma falsa dicotomia entre priorização da saúde *versus* economia, marcam o início de divergências nas estratégias de enfrentamento à pandemia por entes federativos distintos, que muitas vezes entraram em embates. Em linhas gerais, essa divisão entre o governo federal e governantes estaduais e municipais se desdobrou em uma corrente de “(i) defensores de medidas de isolamento social e de recuperação gradual da economia por meio de políticas anticíclicas ou (ii) críticos da efetividade do isolamento social e partidários da manutenção plena das relações econômicas mesmo durante a pandemia” (ALVES, 2020, p. 166).

Em decisão de agosto de 2020, no âmbito do mesmo processo de auditoria citado anteriormente, o TCU constatou que o governo federal ainda não havia priorizado a adoção de estratégias para a redução de contaminação e de mortes pela Covid-19, o que fica evidenciado pelo fato de que, “dos R\$ 286,5 bilhões já gastos até 31/7/2020 no enfrentamento dos efeitos da pandemia, o governo destinou R\$ 22,06 bilhões para ações de combate direto à doença, menos de 8% do total” (BRASIL, 2020h, p. 23).

Além do impacto que esse cenário de conflito causa no estabelecimento de políticas eficientes e articuladas contra a crise (ALVES, 2020), a discrepância de discursos nos diferentes níveis da federação sobre as medidas a serem adotadas e sua importância gera também muita incerteza para os cidadãos, não restando claro quais seriam as medidas mais adequadas a serem seguidas para combater a disseminação da doença (BRASIL, 2020e).

Apesar da decisão do STF relativa à Medida Cautelar na ADI 6341/DF reconhecer a competência concorrente de estados e municípios para estabelecerem medidas para o enfrentamento à pandemia, é necessário que estes trabalhem junto ao governo nacional para garantir uma implementação efetiva das medidas em solo nacional (OCDE, 2020b), sobretudo em um país de dimensões continentais como é o Brasil.

A ausência de um alinhamento em nível nacional prejudica a efetividade das medidas adotadas, uma vez que a indefinição de um curso de ação pode levar cada gestor local a adotar diferentes respostas tendo em vista a adoção de prioridades díspares, “sem considerar os efeitos de suas ações nas circunscrições vizinhas ou mesmo no setor privado, o que pode levar a externalidades negativas” (BRASIL, 2020e, p. 10). Ademais, é necessário ressaltar que, em se tratando dos governos locais dos 5.570 municípios brasileiros, estes possuem capacidades díspares para responder à crise da Covid-19, que depende de inúmeros fatores como alocação de serviços públicos, tamanho da população, estruturas de regulamentação, capacidade fiscal e infraestrutura existente.

Os problemas de articulação interfederativa no enfrentamento à pandemia resultantes do contexto político-administrativo do Brasil podem ser observados a partir dos arranjos institucionais formados para estabelecer e implantar as estratégias de combate à pandemia adotadas pelos municípios.

Arranjos institucionais são conjuntos de iniciativas e medidas tomadas por entes da Administração Pública, articulados por suportes e formas jurídicos diversos. Podem ser entendidos como marcos gerais da ação governamental situados em um ponto intermediário entre o plano “macroinstitucional”, que corresponde ao governo propriamente dito, e o plano “microinstitucional”, correspondente às ações governamentais (BUCCI, 2013, p. 26).

O conceito de arranjo institucional é voltado à descrição do fenômeno decorrente da execução da política pública e sua estruturação é moldada às necessidades que melhor se adequem aos desafios impostos pela realidade. Seu aspecto formal abrange uma norma instituidora, da qual consta a discriminação das autoridades competentes, as decisões previstas para a concretização da política, além do balizamento geral das condutas dos agentes privados

envolvidos, incluindo seus destinatários ou pessoas e entes por ela afetados (BUCCI, 2013).

Por meio dessa noção é possível realizar a análise de um extenso conjunto de normas, atos, procedimentos, processos e instituições que se articularam e se desenvolveram neste período de enfrentamento à Covid-19, levando-se em conta inúmeros aspectos e dimensões jurídicas com impacto direto nas ações governamentais (BUCCI; COUTINHO, 2017). Destaca-se que, ao mesmo tempo em que cada município integra um arranjo institucional amplo, sobretudo se considerando a distribuição de competências e a articulação interfederativa do SUS, ele é também responsável por estruturar seus próprios arranjos internos na resposta à crise, articulando medidas com entes da administração indireta municipal, instituições privadas, lidando com grupos de pressão de diferentes setores econômicos e fazendo interface com a sociedade civil como um todo.

No contexto da pandemia em particular, vemos uma manifestação dos arranjos institucionais em um processo rápido de emergência e transformação ou dissolução. Uma vez que o conhecimento científico sobre o novo coronavírus ainda está em consolidação e que a pandemia evolui em rápida progressão, a ação governamental ocorre por meio de rápidos ciclos de redimensionamento e adoção de planos de ação. Por essa razão, um bom delineamento normativo e prescritivo de plano de ação é insuficiente para enfrentar um grau elevado de imprevisibilidade e uma realidade complexa (MATUS, 2006).

Nesse sentido, analisaremos os casos específicos de São Paulo e Blumenau com um olhar para os arranjos institucionais estabelecidos para a crise da Covid-19, comparando os modelos e os possíveis alinhamentos e contradições evidenciados pelas medidas implementadas por cada município.

4 Análise dos arranjos institucionais e medidas em âmbito municipal no

combate à pandemia nos municípios de São Paulo (SP) e Blumenau (SC)

O primeiro município analisado, São Paulo, é o mais populoso não só do Brasil, mas também do Hemisfério Sul como um todo, com mais de 12,3 milhões de habitantes (IBGE, 2020). A Região Metropolitana de São Paulo é a maior do Brasil, com cerca de 21,5 milhões de habitantes (IBGE, 2020), e reúne 39 municípios do estado de São Paulo, em intenso processo de conurbação (SÃO PAULO, 2011). Uma metrópole com lugar relevante no cenário econômico mundial, é o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul.

Já o município de Blumenau corresponde hoje à terceira cidade mais populosa do estado de Santa Catarina, com uma população estimada de 361.855 moradores (IBGE, 2020), sendo a cidade sede da Região do Vale do Itajaí, uma das seis Regiões Metropolitanas do estado de Santa Catarina. Marcada por um processo recente de urbanização e desenvolvimento de transporte e telecomunicações, as principais atividades econômicas da cidade resultam da indústria de transformação e do setor de serviços (WEBER, 2016).

A comparação dos dois municípios pode, a princípio, parecer desproporcional tendo em vista seus diferentes perfis e as implicações que isso pode representar no enfrentamento à pandemia. Para fins deste artigo, no entanto, a escolha justifica-se com base em indicadores socioeconômicos e fiscais que entendemos comparáveis como um ponto de partida, além de ilustrarem diferenças no modelo de governança e arranjos institucionais presentes em dois estados distintos, enriquecendo a análise.

Ambos os municípios são comparáveis quanto ao aspecto socioeconômico, avaliado por meio do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro, metodologia desenvolvida em 2013 em parceria entre PNUD Brasil, o IPEA e a Fundação João Pinheiro (PNUD, 2013), adaptada para a realidade municipal a

partir das três dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano — longevidade, educação e renda. Blumenau e São Paulo tinham um IDHM avaliado como “muito alto” e bastante próximos na escala, respectivamente 0,806 e 0,805 a partir dos dados dos censos 1991, 2000 e 2010 (PNUD, 2013).

Do ponto de vista fiscal, as despesas e receitas *per capita* de ambos os municípios são comparáveis, tendo como referência o anuário “Multi Cidades – Finanças dos Municípios do Brasil”, publicado em 2020, que consolida informações de receita e despesa dos 100 maiores municípios do Brasil, utilizando os balanços anuais divulgados pela Secretaria do Tesouro Nacional e outras fontes de dados. Nesse quesito, em que pese a diferença do montante de receita e despesa total, os municípios escolhidos possuem valores aproximados *per capita*. A receita total *per capita* de São Paulo é de R\$ 4.292,66 e a de Blumenau, R\$ 4.181,06; ao passo que a despesa total *per capita* de São Paulo é de R\$ 4.278,53, já a de Blumenau é R\$ 4.253,74 (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2020).

Poder-se-ia discorrer mais profundamente sobre as diferenças entre os municípios, mas optamos por justificar a comparação partindo das duas dimensões citadas e por permitirem a descrição do contraste na definição de uma agenda de política pública e o planejamento e execução da ação governamental. Esse olhar será ilustrado na capacidade de formar e utilizar estruturas de governança e arranjos institucionais para estabelecer medidas de enfrentamento e políticas públicas para a pandemia.

4.1 A interlocução com o governo do estado para planejamento de resposta à crise

Em São Paulo, desde janeiro de 2020, antes mesmo do primeiro caso confirmado no Brasil, houve uma integração de esforços entre o Governo do Estado de São Paulo e a Prefeitura Municipal. O município participou de

reuniões junto a autoridades do estado de São Paulo para estruturar o enfrentamento da crise (SÃO PAULO, 2020a), e iniciou a estruturação das ações de vigilância e assistência, divulgação de estratégias de prevenção, estruturação de canal para notificação de casos suspeitos e capacitação de profissionais da Saúde (SÃO PAULO, 2020b).

Em 31 de janeiro, o estado de São Paulo instituiu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública Estadual (COE-SP), composto por autoridades estaduais e municipais, bem como por representantes de instituições técnicas da área da saúde, como o Instituto de Infectologia Emílio Ribas, o Instituto Adolfo Lutz, Instituto Butantã e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a fim de assessorar a Secretaria de Estado da Saúde na adoção de medidas de prevenção e enfrentamento à Covid-19, conforme a Resolução SS nº 13/2020.

Em 23 de fevereiro de 2020, foi diagnosticado o primeiro caso de Covid-19 em São Paulo, e, três dias depois, este foi confirmado pelo Ministério da Saúde como o primeiro caso brasileiro da doença (SÃO PAULO, 2020c). Em 26 de fevereiro, o governo estadual criou o Centro de Contingência do Coronavírus por meio da Resolução SS nº 27/2020, reunindo especialistas na área de saúde das redes pública e privada, com participação da Prefeitura de São Paulo para apoiar o trabalho do COE-SP, e, dois dias depois, apresentou em coletiva de imprensa um modelo de plano hospitalar para enfrentar a pandemia (SÃO PAULO, 2020d, 2020e).

É, portanto, perceptível desde o início da crise que houve uma centralização das medidas por parte do Governo do Estado de São Paulo, em alinhamento com a Prefeitura de São Paulo, na tomada de medidas para o enfrentamento à Covid-19. Isto ocorre devido a uma série de fatores, como a significativa dimensão, população e importância econômica da capital e o fato de ambos os entes federados serem governados

pelo mesmo partido político na ocasião, tendo um forte alinhamento ideológico.

Em 14 de março, o estado de São Paulo determinou a suspensão de eventos de grande porte e das aulas na rede estadual, recomendando às outras autoridades e à rede privada de ensino que tomassem medidas análogas, por meio do Decreto Estadual nº 64.862/2020 (SÃO PAULO, 2020f). Em seguida, o município de São Paulo publicou o Decreto Municipal nº 59.283/2020 (SÃO PAULO, 2020g), em 16 de março, declarando estado de emergência na cidade e adotando diversos protocolos de combate à doença, como suspensão gradual das aulas e operacionalização do ensino a distância, processos de triagem de casos suspeitos, ampliação do número de leitos, medidas de distanciamento social no serviço público, fechamento de equipamentos de cultura e esporte, limitação de pessoas em velórios e readequação da frota de transporte público, sem, contudo, decretar a quarentena.

Em 22 de março, a quarentena foi decretada pelo governo do estado, com o Decreto Estadual nº 64.881/2020 (SÃO PAULO, 2020g), suspendendo o atendimento presencial ao público em estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços, e também o consumo local em bares, restaurantes. Posteriormente, a quarentena foi prorrogada por atos de mesma natureza, sucessivamente editados. No dia seguinte, o município regulamentou a quarentena na capital por meio do Decreto Municipal nº 59.298/2020 (SÃO PAULO, 2020i) com referência expressa ao Decreto Estadual, o que reforça o alinhamento entre os entes.

O Governo do Estado de Santa Catarina, por sua vez, decretou em 17 de março a situação de emergência em todo o território catarinense por meio do Decreto Estadual nº 515/2020 (SANTA CATARINA, 2020a), que estabeleceu medidas gerais e específicas de enfrentamento e instituiu o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde.

A cidade de Blumenau, a princípio, assim como as demais do estado de Santa Catarina, decretou medidas em consonância com o governo estadual, apesar de diferença partidária e o distanciamento na interlocução entre os dois entes federados no caso catarinense. O município decretou suas primeiras medidas para enfrentamento à pandemia em 15 de março (BLUMENAU, 2020a), mas foi no dia 17 de março, por meio do Decreto nº 12.589/2020 (BLUMENAU, 2020b), que se intensificou as restrições a um conjunto de atividades de forma residual ao decreto estadual, estabelecendo prazos provisórios que variam inicialmente de 7 a 30 dias conforme o tipo de atividade, de forma similar. De início, estabeleceu-se um conjunto de medidas para o enfrentamento à pandemia, tais como: a dispensa de licitação para aquisição de bens e serviços, prorrogação automática de contratos ou convênios com vencimento durante o período de situação de emergência, controle de acesso nas principais entradas do município, proibição de circulação e visita em unidades de internação e terapia intensiva (UTI) dos hospitais da cidade.

Em 1º de junho de 2020, o Governo do Estado de Santa Catarina publicou um “Plano de Gestão Compartilhada” entre estado e municípios por meio do Decreto nº 630/2020 (SANTA CATARINA, 2020b). Aos municípios foi atribuída a deliberação sobre “funcionamento de atividades públicas e privadas, de acordo com as informações técnicas produzidas pelas autoridades sanitárias federal, estadual e municipal, bem como com as recomendações sanitárias e epidemiológicas do COES”, com exceção de algumas determinações sobre transporte interestadual de passageiros, aulas presenciais nas unidades da rede pública e privada de ensino e outras unidades de competência do estado, e eventos esportivos (SANTA CATARINA, 2020c, p. 4-8). Como apoio nas tomadas de decisão regionalizadas, o governo do estado construiu um instrumento de avaliação de risco

epidemiológico-sanitário dividido em risco moderado, alto, grave e gravíssimo.

Contudo, observou-se um cenário de intensificação da instabilidade político-administrativa ao longo dos primeiros meses de pandemia entre o Governo do Estado de Santa Catarina e os municípios. Em que pese o teor dos primeiros decretos estaduais já delegar aos municípios a competência para decidir sobre o fechamento ou não de determinadas atividades, os municípios não receberam com caráter normativo ou vinculante aos boletins semanais do COES/SC, que informam a matriz de risco atualizada das regiões de saúde, e as consequentes diretrizes sanitárias. Diante da instabilidade e descentralização de decisões, o Ministério Público de Santa Catarina (MPSC) demonstrou-se ativo durante todo o enfrentamento da pandemia no estado, a exemplo da Ação Civil Pública nº 5057977-49-2020.8.24.0023 proposta que teve por objeto restabelecer a obrigação constitucional do estado de Santa Catarina na condução da política pública de saúde relacionada à situação de emergência de saúde pública decorrente do coronavírus. Em decisão liminar de 6 de agosto de 2020, o juiz titular da 2ª Vara da Fazenda Pública da Comarca da Capital deferiu parcialmente tutela provisória para impor ao estado novas diretrizes no comando das ações de combate ao coronavírus em Santa Catarina. Em resposta, o estado de Santa Catarina sustentou o cumprimento da decisão, uma vez que conferiu ao COES/SC a atribuição de, por meio da edição de portaria, regulamentar a implementação automática de medidas de enfrentamento à pandemia. (SANTA CATARINA, 2020d)

Em entrevista ao veículo de comunicação catarinense NSC Total no mês de julho, o governador de Santa Catarina comentou a existência de insatisfação dos municípios diante de restrições duras e genéricas de parte do governo do estado. Questionado sobre omissões de sua parte, o governador afirmou: “Não

é omissão do estado e nem do governador, mas sim que cada um assuma a responsabilidade que é devida pelo cargo, pelo ônus público que resolveu assumir. Como eu assumi. Agora é a vez dos municípios, se não sozinhos, de forma consorciada, tomar as decisões e não ter medo de tomar as decisões” (BOSCHI, 2020).

O MPSC questionou em especial “a ausência de previsibilidade das medidas necessárias em cada nível de risco epidemiológico, falta de clareza sobre o fluxo do processo decisório a partir das indicações geradas pela matriz de avaliação de risco potencial”, além do papel do estado de Santa Catarina que não estava contemplado pelo Decreto, a não ser o de mero apoiador das medidas eventualmente adotadas pelos gestores locais. Não estaria claro o fluxo decisório de como se daria a decisão regionalizada ou o compartilhamento de responsabilidade por parte do estado (SANTA CATARINA, 2020d, p. 9).

Meses depois, em 17 de setembro, a Assembleia Legislativa de Santa Catarina aprovou pedido de *impeachment* contra o governador e sua vice, agravando esse cenário de instabilidade.⁴

A diferença nas ações tomadas pelos estados de São Paulo e de Santa Catarina, com consequências na gestão de crise de seus municípios, é evidente. O estado de São Paulo estava inserido em um arranjo institucional cujo modelo de coordenação pode ser classificado como centralizado, ainda que em forte alinhamento com a Prefeitura da capital, ao assumir a coordenação da resposta à crise. O estado de Santa Catarina, por sua vez, agiu sob um modelo descentralizado, pois delegou aos municípios a competência de adotar medidas sanitárias quanto ao funcionamento de atividades públicas ou privadas em seus territórios, dado que as recomendações do COES não possuíam caráter vinculante.

4.2 Políticas de enfrentamento: medidas de

testagem, monitoramento e reabertura

A progressão da adoção de medidas restritivas pelos municípios de São Paulo e Blumenau, com suas implicações e desdobramentos, ilustram a dinâmica dos diferentes arranjos institucionais formados nos respectivos âmbitos estaduais. Para os fins desta análise, selecionou-se medidas voltadas ao (i) monitoramento e testagem de pacientes, (ii) gestão da rede hospitalar e (iii) mitigação do distanciamento social e retomada econômica.

4.2.1 Monitoramento e testagem: ações coordenadas e protagonismo dos municípios

Um ponto de partida para olhar para os arranjos institucionais ligados às medidas de testagem diz respeito à mudança de critérios de coleta de exame e testagem feitas na população. Em ambos os casos, pudemos observar a tomada de decisão que ocorreu em instâncias decisórias e de articulação entre estados e municípios – no caso da nota conjunta entre o COSEMS-SC e a Secretaria de Estado, em Santa Catarina; ou em deliberação da Comissão Intergestores Bipartite, em São Paulo. O aumento na demanda provocado pela mudança de critérios, somado à progressão da pandemia, provocou a necessidade de os municípios se organizarem na criação de seus próprios arranjos juntamente aos atores locais.

No início da pandemia, os exames do tipo RT-PCR⁵ no município de São Paulo eram realizados pelo Instituto Adolfo Lutz (IAL). Com o avanço exponencial do número de casos no município e no estado, houve sobrecarga de demanda e a capacidade instalada do Instituto foi ultrapassada, resultando em atraso na confirmação de casos suspeitos e sua consequente notificação. O protocolo de testagem vigente à época priorizava pacientes internados ou graves hospitalizados, óbitos e profissionais da saúde (SÃO PAULO, 2020b).

Em resposta a essa situação, a Secretaria Municipal da Saúde cedeu servidores ao

laboratório, bem como revisou procedimentos de acondicionamento, transporte e entrega de materiais coletados para otimizar o processamento dos testes (SÃO PAULO, 2020b). Em 3 de abril, o município publicou um chamamento público para a contratação de empresas para a realização dos testes (SÃO PAULO, 2020g). Além disso, o Laboratório de Zoonoses do município foi habilitado pelo IAL para realização de testes RT-PCR (SÃO PAULO, 2020b).

Com relação aos testes rápidos, que detectam a presença de anticorpos ao vírus, a orientação inicial do Ministério da Saúde era de que tais testes fossem destinados a um grupo restrito de pessoas, sobretudo aos pacientes sintomáticos e trabalhadores das áreas da saúde e segurança pública. Contudo, com o passar do tempo, o município ampliou os critérios de testagem, passando a abranger pessoas assintomáticas em diversos contextos, como moradores e profissionais de determinados serviços municipais, moradores de aldeias indígenas, dentre outros (SÃO PAULO, 2020b), em consonância com as Deliberações de nº 39 (SÃO PAULO, 2020j) e nº 55 (SÃO PAULO, 2020l) da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo (CIB/SP), constituída por representantes do governo estadual e por secretários municipais de Saúde, publicadas em maio e julho de 2020.

No caso de Blumenau, a análise dos testes RT-PCR coletados no município ocorria por meio do Laboratório Central de Santa Catarina e por laboratórios privados credenciados. Inicialmente, o protocolo de Santa Catarina também priorizava um conjunto específico de pacientes, notadamente os pacientes idosos sintomáticos, profissionais da saúde, gestantes, casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave e pacientes internados, conforme nota técnica conjunta publicada pelo COSEMS e a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2020e). Posteriormente, em revisão publicada no dia 5 de maio,

a mesma nota técnica considerou um novo conjunto de critérios mais amplos de definição de casos suspeitos para coleta, o que resultou em um aumento no número de casos e na demanda de coleta, apesar da introdução de diagnóstico e notificação por critério clínico-epidemiológico.

Nesse sentido, de modo a ampliar a testagem e capacidade de processamento, o município optou pela contratação de laboratório particular⁶, além do investimento com a aquisição de exames RT-PCR para a detecção do coronavírus, a exemplo do Pregão Eletrônico 2020/24, com um valor adjudicado de R\$ 2.288.825,00. Outro exemplo diz respeito ao uso de testes rápidos com determinados segmentos do quadro de servidores do município e segmentos específicos de atividades econômicas, de modo a acelerar também o processo de diagnóstico e isolamento ou retorno ao trabalho nesses casos⁷.

4.2.2 Gestão da rede hospitalar: ações centralizadas nos governos estaduais

Observamos arranjos similares em ambos os estados, em que a Comissão Intergestores Bipartite, conforme Decreto nº 7.508/2011 do SUS (BRASIL, 2011) delibera sobre a ampliação dos leitos clínicos e leitos de UTI, adulto ou pediátrico, para uso da Covid-19.

No caso de São Paulo, as medidas para a gestão de leitos no município foram tomadas em alinhamento com as deliberações da CIB/SP, que, desde o início de abril de 2020, determinou o mapa do conjunto de hospitais e respectivos leitos para o enfrentamento da Covid-19 no estado de São Paulo, atualizando-os periodicamente.⁸

A estratégia de gestão de leitos no município de São Paulo deu-se em diversas frentes. Primeiramente, instituiu-se um controle eletrônico dos atendimentos e demanda de leitos na rede municipal, e, em seguida, o Decreto Municipal nº 59.359/2020 estendeu aos hospitais particulares a necessidade de notificar diariamente a ocupação de leitos, permitindo o seu

acompanhamento praticamente em tempo real, o que direcionou a intensificação de esforços da Atenção Primária nos territórios com maior sobrecarga do sistema hospitalar, gerando uma subsequente redução de ocupação (SÃO PAULO, 2020m). Além disso, a informação sobre a capacidade ociosa de leitos da rede privada viabilizou a contratação de leitos suplementares pelo município. Foram construídos Hospitais de Campanha para atender à demanda por leitos, dois deles municipais, o do Anhembi e o do Pacaembu, e um estadual, o do Ibirapuera (São Paulo, 2020n). Além disso, o município antecipou a entrega de dois hospitais municipais que estavam em obras. Entre 16 de abril e 31 de julho, esse conjunto de ações mais do que triplicou a oferta de leitos no município, passando de 411 para 1.247 no período (SÃO PAULO, 2020b).

No caso de Santa Catarina, considerando que a habilitação de ampliação de leitos é centralizada no governo do estado, a Secretaria de Estado da Saúde desenhou em âmbito macrorregional as unidades hospitalares que possuíam leitos de UTI e seriam referência para casos de Covid-19, assim como a previsão de novos leitos⁹.

O município de Blumenau, assim como outros municípios catarinenses, seguiu o plano de ampliação de leitos do governo do estado, além de instituir uma gestão em nível municipal junto aos hospitais no uso de leitos, a exemplo do que chamaram de “leitos de guerra”, que foram estruturas montadas pelas unidades para situações extremas, que demandaram realocar profissionais e equipamentos de outros setores (NDMAIS, 2020). No entanto, a demanda por novos leitos também foi objeto de disputa, uma vez que a ocupação dos leitos de UTI era compartilhada com habitantes de outros municípios do estado.¹⁰

É importante destacar que para ambas as cidades, houve coordenação por parte dos governos estaduais, sobretudo por meio das

Comissões de Intergestores, na ampliação da capacidade hospitalar.

4.2.3 Medidas de suspensão e retomada de atividades econômicas

Em 29 de maio de 2020, o Governo do Estado de São Paulo publicou o Decreto Estadual nº 64.994/2020 (SÃO PAULO, 2020o), instituindo um plano para a retomada gradual de atividades econômicas, o chamado “Plano São Paulo”, que acompanha indicadores do risco de propagação da Covid-19 e da capacidade de resposta do sistema de saúde dos municípios. O Plano prevê a retomada das atividades econômicas conforme quatro etapas de classificação dos municípios, indo da Fase 1 – Vermelha, que representa alerta máximo, das Fase 2 a 4 correspondem a aberturas parciais a depender do segmento econômico, e Fase 5 – Azul, sendo a fase de controle da doença, com liberação de todas as atividades com protocolo.

No dia seguinte, o município de São Paulo publicou o Decreto nº 59.473/2020, regulamentando esse Decreto Estadual e flexibilizando gradativamente a reabertura de alguns serviços não essenciais, a depender da classificação do município nas fases do plano estadual (SÃO PAULO, 2020p). O governo do estado iniciou então o monitoramento da situação dos municípios conforme o Plano, publicando balanços semanais. Em 3 de junho, o 1º Balanço do Plano foi publicado, e nele o município de São Paulo foi classificado na Fase 2 – Laranja, com a liberação de determinadas atividades, priorizadas de acordo com a vulnerabilidade econômica e empregatícia. O município se manteve nesta fase até o 2º Balanço, publicado em 10 de junho, quando foi autorizado o funcionamento de *shopping centers*, galerias, comércio e serviços, com capacidade limitada a 20% e reduzido horário de funcionamento.

O status do município no Plano São Paulo mudou apenas no 4º Balanço, publicado pelo estado em 26 de junho, a partir do qual a cidade

ingressou na Fase 3 – Amarela, principalmente em função da redução na taxa de ocupação de leitos de UTI. Nessa etapa, passou a ser permitido também o funcionamento de bares, restaurantes, salões de beleza e academias, com horário e capacidade reduzidos, bem como a observância de medidas sanitárias e de distanciamento. Nos balanços seguintes, até o 11º balanço, publicado em 28 de agosto, o município manteve-se na Fase 3 – Amarela (SÃO PAULO, 2020q).

No início de julho, o Governo do Estado de São Paulo publicou o Decreto nº 65.061/2020 (SÃO PAULO, 2020r), dispondo sobre a retomada gradual das aulas presenciais nas redes estadual e privada, vinculada à classificação dos municípios nas fases amarela ou verde do Plano São Paulo. O Decreto, contudo, não é vinculante para a rede municipal de ensino. Especificamente para direcionar as políticas públicas municipais de educação, o município de São Paulo iniciou um inquérito sorológico voltado para crianças e adolescentes, no qual se comprovou uma prevalência de anticorpos em 16,5% dos alunos (englobando as redes estadual, municipal e privada), com cerca de 66% de assintomáticos. Tendo em vista tais resultados, o município manteve o fechamento das escolas.

No estado de Santa Catarina, as medidas de flexibilização e reabertura foram marcadas pela descentralização e regionalização das decisões, havendo constantes divergências entre prefeitos e secretários municipais presentes na Comissão de Intergestores Regional (CIR) sobre qual caminho a Região de Saúde deveria adotar. Mesmo entre municípios limítrofes se observaram diferenças, especialmente quanto ao momento de novo relaxamento das medidas restritivas¹¹, ainda que o governo tenha construído um instrumento de avaliação de risco potencial, já citado anteriormente.

O município de Blumenau, por exemplo, manteve-se em nível “Grave” (laranja) entre 23 de junho e 13 de julho; e “Gravíssimo”

(vermelho) entre os dias 14 de julho e 4 de agosto, de acordo com as atualizações publicadas semanalmente na matriz de risco do governo do estado. O maior número de casos novos notificados ocorreu nos dias 19 e 25 de julho, com um total de 1.939 casos confirmados segundo a data de coleta (BLUMENAU, 2020c). O município publicou, então, o Decreto Municipal nº 12.738, em 20 de julho, instituindo regime de quarentena para serviços e atividades não essenciais, alternando-se o prazo de vigência inicial entre 7 e 14 dias ou com prazo indeterminado, com ajuste nas regras específicas para segmentos destacados já em decretos anteriores. Conforme o próprio Decreto indica em seu preâmbulo, trata-se do período de maior gravidade da pandemia no município até então, com 95% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva ocupados na cidade e a taxa de 107% de ocupação dos leitos Covid-19 SUS, no âmbito dos municípios que integram a Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí – AMMVI (BLUMENAU, 2020d).

O Decreto do dia 20 de julho, além de representar um ponto de inflexão na evolução da pandemia em Blumenau em razão do decréscimo dos indicadores da pandemia ao longo das semanas seguintes (BLUMENAU, 2020c), também dá indícios do constante dilema enfrentado pelos gestores públicos durante a pandemia, agravado por manifestações de diversos setores econômicos e sociais: a necessidade de retomada econômica *versus* a preservação da saúde e da vida da população. Diante desse conflito, a decisão tomada, em contraste com posicionamento reiterado do presidente Jair Bolsonaro, justifica que “compete ao gestor público, após a respectiva ponderação, optar na medida do possível pela prevalência do direito à saúde, face à sua indissociabilidade ao direito à vida” (BLUMENAU, 2020d, n.p.).

O que se observa é que, diferentemente de São Paulo, as decisões não foram vinculantes conforme classificação de risco, o que inclusive

foi citado em âmbito da Ação Civil Pública. O descompasso entre as medidas correspondentes às faixas de risco mais elevadas e as datas mostra o efeito da não vinculação de medidas restritivas de cada município com a ferramenta indicada pelo estado como balizadora da tomada de decisão (SANTA CATARINA, 2020d).

As medidas de fechamento e reabertura demonstram uma das maiores diferenças de arranjo institucional entre os dois estados, que também indica a centralização como um caminho a ser trilhado quanto à definição das medidas com base em diretrizes claras, coordenadas e previsíveis a partir da situação epidemiológica do município (SANTA CATARINA, 2020d).

5 Conclusão

Após uma breve descrição das competências dos diferentes entes federativos na esfera da saúde pública, buscou-se ilustrar as tensões e a crescente polarização relativa ao tema entre os diferentes níveis federativos. Em um segundo momento, tendo tais conflitos como pano de fundo, buscou-se comparar diferentes arranjos institucionais formados para o enfrentamento da pandemia pelos estados e municípios, ilustrados pelas experiências dos municípios de São Paulo e Blumenau com relação às medidas tomadas relativas à testagem, gestão de leitos hospitalares, bem como imposição de restrições a atividades econômicas e subsequente abertura.

A análise das medidas adotadas pelos municípios demonstrou que houve significativa variação na adoção de medidas de combate à Covid-19, o que é emblematicamente exemplificado pela diferença no arranjo institucional nas decisões de reabertura adotadas pelos dois municípios.

Verificamos que em um arranjo institucional com caráter mais centralizado de coordenação e tomada de decisão, como no caso do município de São Paulo, demonstra-se maior alinhamento nos esforços dos entes federativos, aumentando a capacidade e a agilidade na

implementação de medidas preventivas e mitigadoras da crise de Covid-19, especialmente considerando o contexto de metrópole da capital paulistana.

A configuração de um arranjo institucional com instâncias mais descentralizadas de tomada de decisão e coordenação, por outro lado, não necessariamente significa que o município não consiga enfrentar a pandemia de maneira eficaz, mas representa a assunção de um ônus maior, sobretudo em razão da capacidade operacional e financeira; além de possíveis impactos na população, como desalinhamento de informações (especialmente se usarem outros municípios do mesmo estado como referência), aumento no número de casos e, consequentemente, de óbitos, como observado em Blumenau.

É necessário ressaltar que, independentemente do modelo institucional, não cabe a qualquer ente se eximir da responsabilidade de adotar as medidas de segurança em saúde, uma vez que a competência para tanto é concorrente, nos termos constitucionais. Para além das inúmeras diferenças no contexto dos municípios em questão, sobretudo relativas à dimensão, estrutura e recursos disponíveis, a ausência de um alinhamento dos entes em âmbito nacional, dado que não houve diretrizes estratégicas claras por parte do governo federal ao longo da evolução da pandemia, contribuiu para esse

cenário de incertezas e divergências.

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, marcado por profundas desigualdades, não seria realista esperar que a pandemia se desenrolasse de maneira uniforme em todo o país, nem que as medidas de combate à Covid-19 devessem ser as mesmas, independentemente de particularidades territoriais. Porém, o vácuo dessa liderança nacional contribuiu para que a estratégia de enfrentamento variasse tanto estado a estado, quanto município a município. Ainda, deve-se lembrar que a comparação realizada no presente trabalho trata de apenas dois municípios, com Índice de Desenvolvimento Humano muito alto e com recursos significativos. Outros com menos estrutura, recursos e capacidade de articulação provavelmente ficaram mais desamparados no combate à crise.

Nesse cenário de ausência de alinhamento entre a União e demais entes federativos, a análise comparativa dos casos nos permite inferir que a capacidade de resposta dos municípios tem ligação com o modelo de arranjo em que cada um deles está inserido e pode corroborar com a hipótese de que, embora não seja o único elemento justificador, o modelo escolhido contribuiu para a aceleração mais acentuada dos casos de contágio, ou uma desaceleração mais demorada.

Referências

- ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>. Acesso em: 10 out. 2020.
- ALVES, R. C. B. De 1988 ao COVID-19: ideias sobre o federalismo brasileiro e os efeitos da crise ao direito. *In: CUNHA FILHO, A. J. C. et al. Direito em tempos de crise COVID-19: constitucional*. São Paulo: Quartier Latin, 2020. v. 1.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ASSIS, E. Pomerode retira medidas restritivas contra o coronavírus. **NSC Total**. 7 ago. 2020. Disponível em: <https://www.nscotal.com.br>. Acesso em: 14 out. 2020.

BLUMENAU. **Decreto nº 12.588, de 15 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública [...] (COVID-19) e dá outras providências. 2020a. Disponível em: <http://leismunicipa.is/maxws>. Acesso em: 26 set. 2020.

BLUMENAU. **Decreto nº 12.589, de 17 de março de 2020**. Declara situação de emergência no município de Blumenau e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia [...]. 2020b. Disponível em: <http://leismunicipa.is/upxrw>. Acesso em: 26 set. 2020.

BLUMENAU. **Boletim Coronavírus Blumenau - 15/5/2020**. Prefeitura de Blumenau, 2020f. Disponível em: <https://www.blumenau.sc.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2020.

BLUMENAU. **Decreto nº 12.738, de 20 de julho de 2020**. Consolida e estabelece medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública [...] pelo novo coronavírus [...]. Blumenau, 2020d. Disponível em: <http://leismunicipa.is/kylqo>. Acesso em: 10 out. 2020.

BLUMENAU. **Boletim Coronavírus Blumenau - 20/8/2020**. Prefeitura de Blumenau, 2020e. Disponível em: <https://www.blumenau.sc.gov.br> Acesso em: 10 out. 2020.

BLUMENAU. **Coronavírus: Gráficos**. Prefeitura de Blumenau, 2020. Disponível em <https://blumenau.sc.gov.br/coronavirus/graficos>. Acesso em: 14 out 2020.

BOSCHI, U. C. M. É a vez dos municípios assumirem responsabilidade como eu assumi. **NSC TOTAL**. Florianópolis, 16 jul. 2020. Disponível em: <https://www.nscotal.com.br/>. Acesso em: 10 out. de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/> Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública [...] decorrente do coronavírus [...]. Brasília, DF, 2020d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, [...] de 2020 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - COE nº 01**. Brasília, DF: jan. 2020f. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 Painel Coronavírus**. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 9 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília, DF: ago. 2020g. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br1/>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Brasília, 2014. 44 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br> Acesso em: 13 out. 2020.

ASSIS, E. Pomerode retira medidas restritivas contra o coronavírus. **NSC Total**. 7 ago. 2020. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br>. Acesso em: 14 out. 2020.

BLUMENAU. **Decreto nº 12.588, de 15 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública [...] (COVID-19) e dá outras providências. 2020a. Disponível em: <http://leismunicipa.is/maxws>. Acesso em: 26 set. 2020.

BLUMENAU. **Decreto nº 12.589, de 17 de março de 2020**. Declara situação de emergência no município de Blumenau e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia [...]. 2020b. Disponível em: <http://leismunicipa.is/upxrw>. Acesso em: 26 set. 2020.

BLUMENAU. **Boletim Coronavírus Blumenau - 15/5/2020**. Prefeitura de Blumenau, 2020f. Disponível em: <https://www.blumenau.sc.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2020.

BLUMENAU. **Decreto nº 12.738, de 20 de julho de 2020**. Consolida e estabelece medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública [...] pelo novo coronavírus [...]. Blumenau, 2020d. Disponível em: <http://leismunicipa.is/kylqo>. Acesso em: 10 out. 2020.

BLUMENAU. **Boletim Coronavírus Blumenau - 20/8/2020**. Prefeitura de Blumenau, 2020e. Disponível em: <https://www.blumenau.sc.gov.br> Acesso em: 10 out. 2020.

BLUMENAU. **Coronavírus: Gráficos**. Prefeitura de Blumenau, 2020. Disponível em <https://blumenau.sc.gov.br/coronavirus/graficos>. Acesso em: 14 out 2020.

BOSCHI, U. C. M. É a vez dos municípios assumirem responsabilidade como eu assumi. **NSC TOTAL**. Florianópolis, 16 jul. 2020. Disponível em: <https://www.nscotal.com.br/>. Acesso em: 10 out. de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/> Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública [...] decorrente do coronavírus[...]. Brasília, DF, 2020d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 926, de 20 de março de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, [...] de 2020 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2020c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - COE nº 01**. Brasília, DF: jan. 2020f. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 Painel Coronavírus**. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 9 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília, DF: ago. 2020g. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br1/>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Brasília, 2014. 44 p. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br> Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, 24 mar. 2020. Brasília: STF, 2020b. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5880765>. Acesso em: 13 out 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 1.616/2020-TCU-Plenário**. Processo 016.708/2020-2. 24/06/2020. Brasília: TCU, 2020e. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br>. Acesso em: 7 out. 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 2.092/2020-TCU-Plenário**. Processo 016.708/2020-2. 12/08/2020. Brasília: TCU, 2020h. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br>. Acesso em: 7 out. 2020.

BUCCI, M. P. D. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUCCI, M. P. D.; COUTINHO, D. R. Arranjos jurídico-institucionais da política de inovação tecnológica: uma análise baseada na abordagem de direito e políticas públicas. *In*: COUTINHO, D. R.; FOSS, M. C.; MOUALLEM, P. S. B. **Inovação no Brasil: avanços e desafios jurídicos e institucionais**. São Paulo: Blucher, 2017. p. 313 -340.

DUQUE, M. S. Emergência sanitária constitucional no contexto federativo. **JOTA**, 12 de abr. de 2020. Disponível em: <https://www.jota.info/>. Acesso em: 4 out. 2020.

FERRARI, R. M. M. N. **Direito constitucional**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas: os casos dos sistemas de saúde, assistência social e de educação. *In*: HOCMAN, G.; FARIA, C. A. P. (org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2013. p. 363-388.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS. **Multi Cidades: finanças dos municípios do Brasil**. Vitória, ES: Aequus Consultoria, 2020. Frente Nacional de Prefeitos. V15 (2020).

HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estud. São Paulo**, v. 34, n. 99, 10 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>. Acesso em: 7 out. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portaria nº PR-254, de 25 de agosto de 2020. Divulga as estimativas da População para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2020. p. 71.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 13 out. 2020.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00185220, Jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00185220>. Acesso em: 4 out. 2020.

MATUS, C. O plano como aposta. *In*: GIACOMONI, J., PAGNUSSAT, J. L. (org.). **Planejamento e orçamento governamental: coletânea**. Brasília: ENAP, 2006.

MEDINA, P. R. G. Crise sanitária e desequilíbrio federativo. **Tribuna de Minas**. 29 de jul. 2020. Disponível em: <https://tribunademinas.com.br/>. Acesso em: 14 out. 2020.

MORAES, A. **Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

NDMAIS. COVID-19: Blumenau usa leitos de guerra para garantir atendimento de UTI. **NDmais**, Blumenau, 22 de jul. de 2020. Disponível em: <https://ndmais.com.br>. Acesso em: 15 out. 2020.

OCDE. **The territorial impact of COVID-19: managing the crisis across levels of government**. 2020a. Disponível em: <https://read.oecd-ilibrary.org/>. Acesso em: 13 out. 2020.

OCDE. **As políticas públicas da OCDE para responder ao coronavírus (COVID-19):** políticas de reposta das cidades. 13 maio 2020b. Disponível em: <http://www.oecd.org/>. Acesso em: 13 out. 2020.

OMS. **Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19.** annex to considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int>. Acesso em: 26 set. 2020.

PARAIZO, L.; LAURINDO, J. Impeachment em SC: deputados aprovam pedido para afastar o governador Carlos Moisés. **NSC Total**. 17 set. 2020. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/>. Acesso em: 14 out. 2020.

PNUD. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2020.

PNUD. **Ranking IDHM Municípios 2010**. PNUD, 2013. Disponível em: <https://www.br.undp.org/l>. Acesso em: 11 out. 2020.

PORTAL G1. **Shopping entre duas cidades fica ‘dividido’ entre lojas que podem abrir e outras que precisam ficar fechadas**. 22 jun. 2020. Notícia. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sorocaba-jundiai/>. Acesso em: 9 out. 2020.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto Estadual nº 64.881, de 22 de março de 2020**. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências complementares. São Paulo, SP, 2020g. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br>. Acesso em: 13 out. 2020.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto Estadual nº 64.994, de 28 de maio de 2020**. [...] institui o Plano São Paulo e dá providências complementares. São Paulo, SP, 2020o. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br>. Acesso em: 13 out. 2020.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto Estadual nº 65.061, de 13 de julho de 2020**. Dispõe sobre a retomada das aulas e atividades presenciais, no contexto da pandemia de COVID19 [...]. São Paulo, SP, 2020r. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br>. Acesso em: 13 out. 2020.

SÃO PAULO (Estado). **Decreto nº 64.862, de 13 de março de 2020**. Dispõe sobre a adoção [...] de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19 [...]. São Paulo, SP, 2020f. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Governo de São Paulo lança plano hospitalar para enfrentar novo coronavírus. **Portal do Governo**. 28 fev. 2020e. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/>. Acesso em: 15 set. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Hospital de Campanha do Ibirapuera dá alta a último paciente e homenageia profissionais. **Portal do Governo**. 26 set. 2020n. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/>. Acesso em: 8 out. 2020.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Complementar nº 1.139, de 16 de junho de 2011**. Reorganiza a Região Metropolitana da Grande São Paulo [...]. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2011. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/>. Acesso em: 8 nov. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Panorama Atual do Estado. **Portal Plano SP**. São Paulo, 2020q. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/>. Acesso em: 15 out. 2020.

- ‘ SÃO PAULO (Estado). **Resolução SS nº 27/2020**. 13 mar. 2020. Dispõe sobre o Centro de Operações do Coronavírus e dá providências correlatas. São Paulo, SP, 2020d. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB nº. 39/2020**. 27 de maio de 2020j. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/arquivos/deliberacao-55647.pdf>. Acesso em 15 de out. de 2020.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB nº. 55/2020**. 01 jul. 2020l. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br>. Acesso em: 15 de out. de 2020.
- SÃO PAULO (Município). **Decreto Municipal nº 59.283, de 16 de março de 2020**. Declara situação de emergência no Município de São Paulo e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus. São Paulo, SP, 2020h. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SÃO PAULO (Município). **Decreto Municipal nº 59.298, de 23 de março de 2020**. Suspende o atendimento presencial ao público em estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços. São Paulo, SP, 2020i. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SÃO PAULO (Município). **Decreto nº 59.359, de 15 de abril de 2020**. Estabelece a obrigação dos hospitais localizados no Município de São Paulo de prestar informações diárias necessárias à adoção de medidas para enfrentamento da pandemia [...]. São Paulo, SP, 2020m. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SÃO PAULO (Município). **Decreto nº 59.473, de 29 de maio de 2020**. Estabelece [...] normas para o funcionamento de estabelecimentos de comércio e de serviços [...] e diretrizes para a gradual retomada de atividades [...]. São Paulo, SP, 2020p. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Plano de Ação para Enfrentamento COVID-19**. São Paulo: SMS, mar. 2020a. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 25 set. 2020.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria SMS nº 169 de 2 de abril de 2020**. Constitui Comissão Examinadora da Chamada Pública para contratação de serviços de apoio diagnóstico laboratorial de análises clínicas [...]. 2020s. Disponível em <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 15 out. de 2020.
- SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **COVID-19: As potencialidades de uma rede de atenção consolidada no enfrentamento da pandemia no Município de São Paulo**. São Paulo. Julho 2020b. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em: 4 out. 2020.
- SANTA CATARINA. **Coronavírus em SC: Vale do Itajaí ativará 50 novos leitos de UTI na próxima semana**. Florianópolis, 23 de jul. de 2020f. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/>. Acesso em: 14 de out. de 2020.
- SANTA CATARINA. **Decreto Estadual nº 515, de 17 de março de 2020**. Declara situação de emergência em todo o território catarinense [...] para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19 [...]. [S. l.]: Lei estaduais, 2020a. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br>. Acesso em: 13 out. 2020.
- SANTA CATARINA. **Decreto Estadual nº 630, de 1 de junho de 2020**. Altera o Decreto nº 562, de 2020, que declara estado de calamidade pública em todo o território catarinense [...], para fins de enfrentamento à COVID-19, e estabelece outras providências. São Paulo: LegisWeb, 2020b. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=396305>. Acesso em: 13 out. 2020.

SANTA CATARINA. Ministério Público do Estado de Santa Catarina. **Ação Civil Pública nº 5057977-49-2020.8.24.0023**. Florianópolis, 30 jul. 2020g. Disponível em: <https://www.mpsc.mp.br/>. Acesso em: 13 out. 2020.

SANTA CATARINA. **Plano de Gestão Compartilhada**. Florianópolis, 1 jun. 2020e. Disponível em: <https://www.sc.gov.br>. Acesso em 15 de out. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública- Sars-CoV-2 – COVID19** (atualizado em 30/03/2020). Florianópolis: Polícia Civil do Estado, mar. 2020c. Disponível em: <http://getin.pc.sc.gov.br/covid19>. Acesso em: 14 out. 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº. 002/2020 – COSEMS/SUV/SPS/SES/SC – COE** (Atualizada em 23/03/2020). Dispõe sobre a notificação, investigação, coleta e orientações sobre os casos suspeitos da covid-19 (novo coronavírus Sars-CoV-2). Florianópolis: SES, 2020d. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em 13 de outubro de 2020.

WEBER, A. L. **As ações de responsabilidade social empresarial divulgadas pela indústria de Blumenau/SC à luz dos pressupostos teóricos do desenvolvimento regional sustentável**. 2016. 229p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2016. Disponível em: https://bu.furb.br//docs/DS/2016/361484_1_1.pdf. Acesso em: 30 set. 2020.

Notas

1 Dados atualizados em 13 de outubro de 2020.

2 Conferir Art. 22, inc. XXIII e § único; Art. 24, inc. XII e §§ 2.º e 3.º; Art. 30, inc. II, CF.

3 ADI ajuizada em face de dispositivos da Lei nº 13.979/2020 relativos a isolamento, quarentena, restrição de locomoção (art. 3º, I, II e VI), interdição de serviços públicos e atividades essenciais (art. 3º, § 8º) e de circulação de pessoas e cargas (art. 3º, § 11), bem como quem e de que modo pode determiná-las (art. 3º, §§ 8º a 10). Processo: 0088693-70.2020.1.00.000, Relator Ministro Marco Aurélio, Requerente: Partido Democrático Trabalhista - PDT, Intimado: Presidente da República.4 Trata-se de processo de impeachment motivado por acusação de crime de responsabilidade em razão de equiparação salarial de procuradores do Estado à faixa salarial dos procuradores da Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina (ALESC). Em reportagem sobre o assunto, o veículo de comunicação NSC relata ter havido outros motivos para a decisão, conforme deputados que teriam indicado a falta de comunicação entre o Executivo e Legislativo estadual, e a compra de respiradores que custaram R\$ 33 milhões (PARAIZO; LAURINDO, 2020).

4 Trata-se de processo de impeachment motivado por acusação de crime de responsabilidade em razão de equiparação salarial de procuradores do Estado à faixa salarial dos procuradores da Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina (ALESC). Em reportagem sobre o assunto, o veículo de comunicação NSC relata ter havido outros motivos para a decisão, conforme deputados que teriam indicado a falta de comunicação entre o Executivo e Legislativo estadual, e a compra de respiradores que custaram R\$ 33 milhões (PARAIZO; LAURINDO, 2020).

5 Acrônimo do termo em inglês *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*, que verifica a presença do vírus Sars-CoV-2 no organismo do indivíduo.

6 A nota divulgada pela prefeitura informa que “até esta sexta-feira, dia 15, 2.587 testes foram realizados no município. Blumenau foi uma das primeiras cidades a ampliar a testagem com a contratação de um laboratório particular. O Município também finalizou a compra de mais 15 mil testes, com possibilidade de contratação de até 50 mil kits para testagem do Covid-19” (BLUMENAU, 2020f).

7 Num exemplo de segmento que foi objeto de ação de testagem, o município realizou a ação com funcionários de hotéis, bares e restaurantes, com 3 mil testes disponibilizados inicialmente (BLUMENAU, 2020f).

8 Vide Deliberação CIB nº 23 de 02/04/2020, Deliberação CIB nº 26 de 13/04/2020, Deliberação CIB nº 29 de 24/04/2020 e Deliberação CIB nº 36 de 12/05/2020, dentre outras.

9 Conforme Portaria Nº 568, de 26 de março de 2020 e Plano de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública - SARS-COV-2 – COVID19 (SANTA CATARINA, 2020c).

10 O governo do estado, na ocasião do aumento do número de leitos em Blumenau, anunciou a medida referindo-se à expansão de 50 leitos de UTI no Vale do Itajaí em junho (SANTA CATARINA, 2020f).

11 Em matéria do jornal NSC, em que se relata o relaxamento de medidas no mMunicípio de Pomerode no dia 6 de agosto, destaca-se o contraste das medidas mais rigorosas adotadas em Blumenau em comparação com as tomadas pelas demais cidades (ASSIS, 2020).