

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO GOVERNO BOLSONARO

DESMONTE, RESILIÊNCIA
E REFUNDAÇÃO

organização

Carlos Aurélio Pimenta de Faria
Luciana Leite Lima

JACARTA

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DO GOVERNO BOLSONARO

DESMONTE, RESILIÊNCIA
E REFUNDAÇÃO

organização

Carlos Aurélio Pimenta de Faria

Luciana Leite Lima

© dos autores
1ª edição: 2024

Direitos reservados desta edição:
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Coleção CEGOV
Transformando a Administração Pública

Revisão: Luciana Leite Lima, Giordano Benites Tronco

Projeto Gráfico: Joana Oliveira de Oliveira, Liza Bastos Bischoff, Henrique da Silva Pigozzo

Capa e diagramação: Giordano Benites Tronco

Impressão: Gráfica UFRGS

Apoio: Reitoria UFRGS

Os materiais publicados na Coleção CEGOV Transformando a Administração Pública são de exclusiva responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial e total dos trabalhos, desde que citada a fonte.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

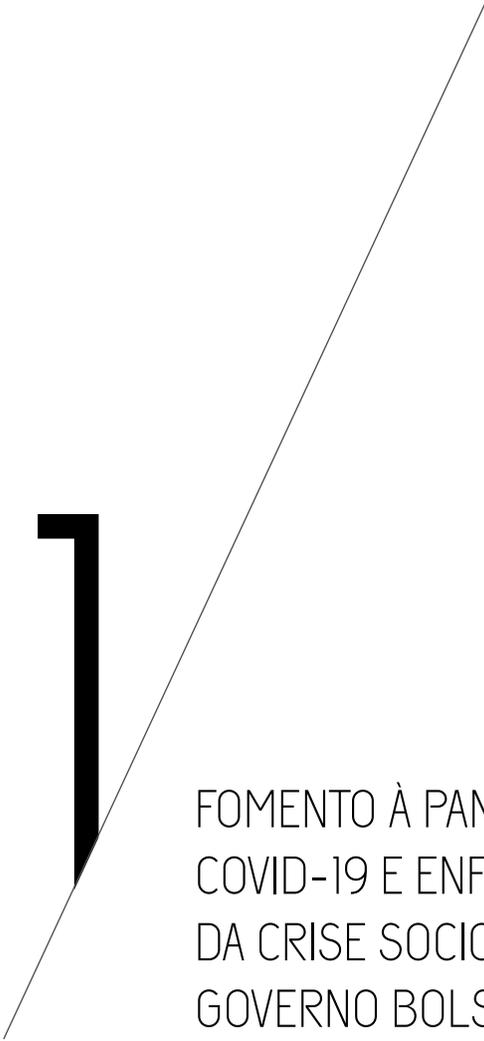
P769 As políticas públicas do governo Bolsonaro : desmonte, resiliência e refundação / Organizadores : Carlos Aurélio Pimenta de Faria, Luciana Leite Lima. — Porto Alegre : Jacarta Produções, 2024.
291 p. ; 16x23 cm.

Bibliografia no final de cada capítulo.
ISBN 978-65-991391-5-4

1. Políticas públicas. 2. Desmonte 3. Brasil. I. Faria, Carlos Aurélio Pimenta de. II. Lima, Luciana Leite. III. Título.

CDU 35

Deliane Souza dos Santos — CRB 10/2439



1

FOMENTO À PANDEMIA DE COVID-19 E ENFRENTAMENTO DA CRISE SOCIOECONÔMICA NO GOVERNO BOLSONARO

SORAYA VARGAS CÔRTEZ

Doutora em Social Policy and Administration pela London School of Economics and Political Science, com estágio pós-doutoral na Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid. É professora titular do Departamento de Sociologia e dos Programas de Pós-Graduação em Sociologia e em Políticas Públicas da UFRGS.

E-mail: cortes.soraya@gmail.com

INTRODUÇÃO

O presente capítulo trata do modo como o governo Bolsonaro enfrentou a crise provocada pela pandemia de COVID-19 e suas consequências. A pandemia foi um evento focalizador que surgiu “de forma repentina e imprevista”; afetando “um grande número de pessoas” e sobre o qual o público, decisores políticos e especialistas em políticas públicas foram informados praticamente ao mesmo tempo (Brasil, Capella e Ferreira 2021). Em situações como essa, decisores e gestores públicos são compelidos a agir para responder rapidamente à crise, ao desastre inusitado que se abate sobre o país (Boin 2009; Christensen, Laegreid e Rykkja 2016; Drabek 2017; Mattedi 2017). Durante a pandemia, as medidas adotadas pela maioria dos governos nacionais podem ser agregadas em quatro grandes grupos: contenção sanitária, rigor no cumprimento de medidas sanitárias, saúde e suporte econômico (Chae *et al.* 2023). No entanto, o conteúdo das ações dos governos em cada uma dessas áreas variou bastante entre os países. A ação do governo federal no Brasil, liderado por um extremista de direita, destacou-se pelos seus efeitos destrutivos, ao subordinar o cuidado com a saúde da população a outros objetivos (Falkenbach e Greer 2021). Frente à pandemia, líderes de extrema-direita tenderam a negar a gravidade da epidemia ou mesmo a sua existência, a demandar rápido retorno à normalidade para salvar a economia e a encontrar culpados pela crise (Béland *et al.* 2021; Falkenbach e Greer 2021). Bolsonaro foi um dos protagonistas dentre os dirigentes extremistas a conduzir as políticas de enfrentamento da crise desta forma. Mesmo com o aumento das infecções e mortes, durante os sucessivos picos da pandemia no país ele persistiu na negação da gravidade da doença e da epidemia, na difusão da ideia de que as vacinas eram ineficazes, pouco testadas ou perigosas, ao mesmo tempo em que atribuía a culpa da crise aos governadores, ao Supremo Tribunal Federal (STF), ao Congresso Nacional, à mídia tradicional e à China.

Negada por Bolsonaro, a pandemia, desde o final de 2019 – quando o novo coronavírus foi reconhecido como uma ameaça à saúde pública na cidade de Wuhan, na China – até o dia 12 de abril de 2023, foi responsável pela morte de 6.897.025 pessoas no mundo, 700.556, no Brasil (WHO 2023). Com 325 mortes por COVID-19 por 100 mil habitantes em 28 de fevereiro de 2023, o país ocupava a posição 21^a no ranking daqueles com maior número de óbitos pela doença no mundo (Our World in Data 2023). Embora menos letal do que outros coronavírus, como SARS-CoV-1, MERS-CoV, o vírus, que veio a ser chamado SARS-CoV-2, se espalhou rapidamente devido a sua transmissão ocorrer por meio de aerossóis provenientes de fluídos respiratórios, o que facilita a infecção. A pandemia colocou em xeque os sistemas de saúde dos países, premidos pelo aumento de internações, particularmente em unidades de terapia intensiva enquanto o aumento exponen-

cial de mortes produziu em alguns países, colapso funerário.

As primeiras respostas para enfrentamento da doença foram de contenção sanitária, particularmente importantes em 2020, primeiro ano da pandemia, quando não havia imunização contra a COVID-19. Eram medidas não farmacológicas, visando impedir que o vírus se espalhasse. Consistiam em ações tradicionais no controle de epidemias: distanciamento social, isolamento social e detecção dos infectados, rastreamento dos casos positivos e de seus contatos. Paralelamente foram implementadas ações de saúde visando o atendimento dos infectados com manifestação grave da doença, cujo número crescia exponencialmente e medidas no sentido de evitar o colapso do sistema de saúde, com ampliação de leitos hospitalares e construção ou abertura de hospitais de campanha, aquisição de equipamentos, como respiradores mecânicos, além de recrutamento e treinamento de profissionais. Em dezembro de 2020, foi produzida a primeira vacina contra a infecção sintomática, doença severa e morte por COVID-19 e, desde então, várias novas vacinas surgiram com boa eficácia contra a doença. O processo de imunização se disseminou pelo mundo embora em ritmos de vacinação e proporções de vacinados diferenciadas intra e entre os países. Até o dia 12 de abril de 2023, havia 5.101.789.580 pessoas com vacinação completa (duas doses ou dose única), sendo que 170.770.578 no Brasil, o que correspondia a 80% da população do país (WHO 2023; Ministério da Saúde 2023).

Entre 2020 e 2022, a ação dos governos e o medo da infecção determinaram o fechamento temporário de empresas, escolas e serviços públicos e privados excetuando aqueles considerados de primeira necessidade e a proibição da realização de eventos ou atividades que provocassem aglomerações. A consequência foi a contração da atividade econômica; o aumento do desemprego; a perda de renda de segmentos mais vulneráveis da população; danos na aprendizagem, particularmente dos pobres que não puderam acompanhar o ensino remoto; o adoecimento e morte de trabalhadores em saúde em contato diário com a doença e o excesso de trabalho; a violência doméstica exacerbada pelo confinamento entre outros efeitos. Por isso, governos foram induzidos a promover políticas de suporte econômico, que visavam estimular a economia, manter patamares mínimos de renda da população e apoiar empresas para que não demitissem trabalhadores ou fechassem as portas.

Medidas de contenção sanitária, de estímulo e controle de rigor no cumprimento de recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), de fortalecimento dos sistemas de saúde, de promoção da vacinação e de suporte econômico foram adotadas na maior parte dos países, variando, porém em intensidade, escopo e abrangência (Chae *et al.* 2023; Lowy Institute 2021). No caso brasileiro, a pandemia alterou o debate público e a agenda governamental nos três níveis

de governo que constituem a federação brasileira, uma vez que foram necessárias respostas rápidas para contê-la e mitigar os seus efeitos. Como é bem sabido, as respostas dos governos dependem em grande parte das capacidades construídas historicamente em cada área de política pública. Porém, no caso brasileiro, o poder de agenda do Presidente é decisivo para a formulação de políticas e de estratégias que alterem a trajetória e a dinâmica das políticas em eventos críticos e desastres de grandes proporções, como foi o caso da pandemia (Figueredo e Limongi 1999; Palermo 2000; Santos 2003).

O Presidente Bolsonaro liderou um governo que se destacou por uma gestão desastrosa da crise gerada pela pandemia. Dentre as características mais marcantes do seu governo frente à crise está a recusa em exercer o papel de coordenador da estrutura federativa, que vinha dando suporte à natureza cooperativa do federalismo brasileiro instituído pela Constituição de 1988 e, mais ainda, o deliberado esforço em desestruturar o arcabouço institucional federativo vigente de implementação de políticas sociais, particularmente na área da saúde (Abrucio *et al.* 2020; Arretche 2007; 2019; Guicheney, Junqueira e Araújo 2018; Simoni Jr., Lazzari e Fimiani 2022). O ímpeto centralizador promoveu o enfraquecimento ou desconsideração de mecanismos federativos cooperativos, inerentes aos processos de formulação e implementação de políticas públicas no país (Côrtes e Santos 2022). As iniciativas centralizadoras e a beligerância contra aqueles que o presidente nominava como ‘culpados’ pela crise – governadores, STF, Congresso Nacional, mídia tradicional e China – expressava que seus objetivos políticos principais, organizados em torno da ideia de construção de um futuro autoritário (Ramos 2020), se sobrepunham à promoção da saúde da população.

O Presidente e seu governo se opuseram às medidas não farmacológicas de contenção da infecção – como o distanciamento social e o uso de máscaras –, confrontaram com discursos e ações os ‘culpados’ pela crise e, quando limitados judicialmente, os acusaram de serem os responsáveis pelo desemprego e o empobrecimento da população, quando não pela própria epidemia (Béland *et al.* 2021). Foram ainda resistentes à compra e uso de vacinas, o que resultou em atrasos na imunização contra a COVID-19. Ademais, fomentou a falsa dicotomia entre salvar vidas ou a economia (INESC 2022, 14). O governo Bolsonaro será lembrado não apenas pela erupção do evento inesperado da pandemia no seu mandato, mas também por ter favorecido a ocorrência de mortes evitáveis (Côrtes e Santos 2022).

O presente estudo apresenta uma abordagem descritiva da ação do Presidente e de seu governo face à crise provocada pela pandemia. A análise é baseada principalmente na literatura sobre: partidos, governos e líderes de extrema direita especialmente a que trata de suas ações durante a pandemia; políticas públicas, sociais e de saúde no governo Bolsonaro, com ênfase no período da pandemia;

discursos de Bolsonaro antes e durante a pandemia; e trajetória da pandemia no Brasil. Também recorre a bancos de dados públicos internacionais e nacionais sobre a pandemia, suas consequências socioeconômicas e ação dos governos na crise.

O capítulo está estruturado em três seções subsequentes a esta introdução. Na primeira, são examinadas as ideias negacionistas que fundamentaram o discurso e as ações do Presidente, negando a gravidade da pandemia, defendendo a volta à ‘normalidade’ e promovendo a disseminação do vírus. Nas ações do governo federal, no decorrer da epidemia essas ideias, nacionalizadas, se combinaram ao federalismo bolsonarista, autoritário, centralizador e pouco afeito a exercer o papel de coordenador no arranjo federativo inaugurado com a Constituição de 1988. Na segunda, é apresentada uma síntese da evolução da pandemia no país e das ações governamentais frente à disseminação da doença. Na terceira, são analisadas as medidas de suporte econômico promovidas pela esfera federal de gestão, nem sempre de iniciativa do Poder Executivo. Como será observado ao longo do capítulo, a negação da pandemia determinou em grande medida, o curso da pandemia e das medidas de suporte econômico.

NEGAÇÃO DA PANDEMIA E FEDERALISMO CENTRALIZADOR

Bolsonaro, assim como outros governos comandados por líderes de extrema direita, subordinou a saúde a seus objetivos maiores (Falkenbach e Greer 2021). Sobre esses objetivos há um razoável consenso na literatura (Backlund e Jungar 2019; Fenger 2018). Partidos e lideranças de extrema direita compartilham a defesa de três princípios fundamentais para a reforma da ação governamental. O primeiro é o nativismo, definido como “uma ideologia que sustenta que os estados devem ser habitados exclusivamente por membros do grupo nativo (“a nação”) e que os elementos não nativos (pessoas e ideias) são fundamentalmente ameaçadores para o estado-nação homogêneo” (Mudde 2007, 22). Essa característica está relacionada à proteção de valores e tradições que consideram como genuinamente nacionais, à defesa da assistência aos verdadeiros cidadãos (chauvinismo assistencialista) e à oposição à imigração, ao Islã, à União Europeia e à China (Backlund e Jungar 2019; Krause e Gibling 2020; Mudde 2007). O segundo é o autoritarismo, definido como “a crença em uma sociedade estritamente ordenada, na qual as infrações à autoridade devem ser punidas severamente” (Mudde 2007, 23). O princípio se refere a questões de lei e ordem, a uma abordagem intransigente no combate

e punição ao crime e ao terrorismo (Abou-Chadi e Krause 2018; Backlund e Jungar 2019; Krause e Giebler 2020; Spanje 2010). O terceiro é o populismo (Kaltwasser e Zanotti 2021; Krause and Giebler 2020; Backlund e Jungar 2019). Esse princípio se caracteriza por uma concepção de ‘povo’ como um sujeito homogêneo e moralmente puro, formado por nativos em contraposição à ‘elite’ moralmente corrupta aliada a inimigos externos (globalistas, comunistas, China, União Europeia, Islã etc.). A democracia deve ser uma expressão da vontade geral do ‘povo’ puro, homogêneo e indiviso. Os líderes políticos populistas incorporam o povo, “de modo que as ações dos primeiros são o reflexo da vontade dos últimos” (Kaltwasser e Zanotti 2021, 43).

Bolsonaro, na campanha eleitoral de 2018 e durante o seu governo, apresentou propostas baseadas nesses princípios ressignificados, como ocorre em todos os países em que líderes e partidos de extrema direita defendem reformas radicais do *establishment* e do sistema político (Fenger 2018; Heuer 2021; Nygård e Kuisma 2021; Tamaki e Fuks 2020). O nativismo bolsonarista se expressa na ideia de que o ‘povo’, que é uma entidade homogênea, formada pela maioria da população, é composto por “pessoas de bem, trabalhadores, conservadores, cristãos que preservam os valores familiares; que não querem ideologia de gênero nas salas de aula” (Tamaki e Fuks 2020, 114). Os indígenas, por exemplo, não pertencem a esse povo, mas podem vir a integrá-lo se se transformarem em “seres humanos iguais a nós” (UOL 2020). A integração ao ‘povo’ é destino desejado para indígenas e quilombolas, por isso ele afirmava: “Pode ter certeza que, se eu chegar lá (...) não vai ter um centímetro demarcado para reserva indígena ou para quilombola” (Veja 2017). O autoritarismo já era uma característica da defesa que fez da ditadura militar, de torturadores e dos interesses de policiais e militares, ao longo de sua atuação parlamentar. Na campanha presidencial ele afirmava que em seu governo, as Forças Armadas seriam altivas e as polícias civis e militares teriam “retaguarda jurídica para fazer valer a lei no lombo” da “petralhada” e dos “bandidos” do MST e do MTST (Marques 2018). As Forças Armadas e as polícias estarão a serviço do ‘povo’. O populismo se expressa de forma mais cabal na nomeação de Bolsonaro como Mito. Ele não apenas representa ele encarna o ‘povo’ puro, simples, de bem, cristão, que anseia por lei e ordem. Ele se contrapõe às elites moralmente corruptas que estão no controle da grande mídia, dos partidos políticos, das ONGs, das instituições de ensino e dos organismos multilaterais, como a OMS. Para ele, a vontade do ‘povo’ é contrária ao comunismo, ao globalismo, ao *establishment* científico-acadêmico, à ideologia de gênero, às religiões não cristãs e a favor dos princípios morais cristãos, da família tradicional e dos papéis de gênero ‘naturais’. As instituições da democracia liberal, controladas pelos inimigos do ‘povo’, não possibilitariam a expressão da vontade da maioria.

As ideias autoritárias e populistas que fundamentaram as medidas centrali-

zadoras do governo Bolsonaro enfraqueceram o federalismo cooperativo brasileiro e comprometeram a necessária coordenação pactuada que o Ministério da Saúde deveria ter exercido durante a pandemia. O federalismo brasileiro, instituído pela Constituição de 1988 e pela legislação complementar nos anos seguintes, favoreceu a autoridade do governo central ao conferir amplos poderes legislativos à União. Há um relativo consenso na literatura de que, ainda que o poder do nível federal de gestão seja predominante, a federação brasileira pós-Constituição Federal de 1988 é de tipo cooperativo, com a coordenação liderada pelo governo central em uma situação constitucional de muitas competências partilhadas entre os três entes federados (Simoni Jr., Lazzari e Fimiani 2022).

Esse federalismo cooperativo, baseado em dispositivos constitucionais e em mecanismos institucionais de partilha de recursos e pactuação decisória, foi tensionado e desorganizado durante o governo Bolsonaro. Foram constantes os conflitos do governo central com governadores de diversos partidos, bem como a edição, pelo governo federal, de propostas legislativas que visavam limitar a autonomia de decisão sobre gastos dos governos subnacionais (Arretche 2019). Durante a pandemia as tensões se tornaram mais intensas, afetando as bases de como funcionara até então o federalismo e o presidencialismo de coalizão. No federalismo bolsonarista houve participação menor da União na redução de desigualdades territoriais e no apoio a governos subnacionais, além de o governo federal ter adotado postura centralizadora nas questões de impacto nacional (Abrucio *et al.* 2020; Simoni Jr., Lazzari e Fimiani 2022).

Na gestão da pandemia o federalismo bolsonarista combinou-se ao negacionismo. Bolsonaro foi provavelmente o que teve maior destaque dentre os dirigentes políticos que negaram a existência ou a gravidade da pandemia (Falkenbach e Greer 2021). Mesmo com o avanço no número de casos e de mortes ele repetidas vezes afirmou que a COVID-19 não era uma doença grave; dificultou e manipulou a divulgação de informações sobre a incidência de casos e de mortes em decorrência da doença, alegando haver exagero nos dados divulgados pela imprensa; desacreditou as recomendações da OMS e de especialistas em infectologia, virologia e epidemiologia; atacou as instituições brasileiras que participavam na pesquisa e produção de vacinas; colocou em questão a eficácia das vacinas e divulgou versões fantasiosas sobre os seus efeitos como nocivos para a saúde; e promoveu o uso de medicamentos sem eficácia comprovada contra a doença.

Da combinação entre federalismo bolsonarista e negacionismo resultaram, por um lado, a tentativa de centralizar as políticas de contenção e fechamento das atividades socioeconômicas e, por outro, os atos do Presidente para conformar as ações do Ministério da Saúde ao negacionismo que ele promovia. Em 20 de março de 2020, a Medida Provisória nº 926 determinou que caberia ao Presidente da Re-

pública elencar os serviços essenciais que não poderiam parar, bem como estabeleceu a necessidade de autorização prévia dos órgãos reguladores para que as medidas restritivas pudessem ser adotadas por governadores e prefeitos (Rodrigues *et al.* 2022). Essa exigência foi questionada perante o STF, que em duas decisões em 9 e 15 de abril de 2020, assegurou que governos estaduais e municipais poderiam adotar medidas de distanciamento social, não dependendo de autorização de órgãos federais. As decisões limitaram a possibilidade de ação unilateral da União para impedir as medidas de contenção promovidas pelos governos subnacionais.

A estratégia presidencial, no entanto, não arrefeceu. Exemplo disso é a tramitação da Lei nº 14.010, de 10 de junho de 2020, de iniciativa parlamentar, que instituiu normas transitórias para a regulação de relações jurídicas de direito privado durante a pandemia. O Presidente vetou vários de seus artigos embora sua elaboração houvesse sido baseada em consensos formados por meio de ampla discussão com membros do STF, do Superior Tribunal de Justiça, com acadêmicos e parlamentares (Costa Filho *et al.* 2020). Com o propósito de forçar a manutenção de atividades presenciais e da ‘normalidade’, os vetos se referiam à possibilidade de realização de reuniões e assembleias remotas, de modulação de obrigações contratuais, de impedimento temporário de concessão de liminares de despejo entre outros. A maior parte dos vetos, no entanto, foi derrubada pelo Congresso Nacional.

Esses são apenas dois exemplos da intensa atividade normativa do governo federal relacionada à COVID-19, que visou atenuar os impactos negativos da pandemia nas atividades econômicas, constituir um modo de gestão da crise que centralizasse as decisões na esfera central, restringir a ação dos níveis subnacionais de governo na regulação da emergência e limitar as iniciativas legislativas do Congresso Nacional sobre a crise. As medidas do governo central baseadas nesses objetivos favoreceram a judicialização na área de saúde, “pois a conformidade dos atos normativos do Poder Executivo com a lei e com a Constituição Federal [foi] (...) frequentemente questionada junto ao Poder Judiciário” (Asano *et al.* 2021, 3). A estratégia institucional de propagação do vírus e de disseminação da COVID-19, promovida pelo governo brasileiro sob a liderança da Presidência da República está documentada em 3.049 normas (Portarias, Resoluções, Instruções Normativas, Medidas Provisórias, Leis, Decretos, Vetos Presidenciais entre outros) relacionadas à COVID-19 editadas no âmbito da União em 2020, que foram analisadas por pesquisadores do Conectas Direitos Humanos e do CEPEDISA da USP (Asano 2021). São normas editadas por autoridades e órgãos federais, atos de obstrução às respostas dos governos estaduais e municipais à pandemia e propaganda contra a saúde pública. A propaganda consistia em “discurso político que mobiliza argumentos econômicos, ideológicos e morais, além de notícias falsas e informações técnicas sem comprovação científica, com o propósito de desacreditar

as autoridades sanitárias enfraquecer a adesão popular às recomendações de saúde baseadas em evidências científicas e promover o ativismo político contra as medidas de saúde pública necessárias para conter o avanço da COVID-19” (Asano *et al.* 2021, 6).

Foi explícito o desagrado de Bolsonaro com as ações do Ministério da Saúde ao início da epidemia, uma vez que elas estavam em consonância com as orientações da OMS. Além de realizar informes televisivos diários sobre a epidemia no país, o Ministério promoveu a decretação dos estados de emergência e calamidade em fevereiro e março de 2020, que estabeleceram normas para o enfrentamento da doença, tais como isolamento e quarentena exames médicos obrigatórios e restrição de circulação dentro e fora do país (Brasil 2020; Congresso Nacional 2020). A exigência do Presidente de total alinhamento dos integrantes do governo ao negacionismo resultou na demissão do Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta em abril de 2020. Um segundo ministro, Nelson Teich, permaneceu no Ministério por apenas 28 dias e renunciou ao cargo por discordar do Presidente. A partir do final de maio de 2020, os ministros seguintes, General Eduardo Pazuello e Marcelo Queiroga, promoveram políticas alinhadas com a orientação presidencial. Com Pazuello, um general sem qualquer experiência na área da saúde, iniciou-se um rápido processo de militarização do Ministério da Saúde, foram destituídos quadros técnicos, adotadas políticas consonantes com a visão negacionista e de confronto público às medidas de contenção implementadas pelos governadores. Com a relativa autonomia dos gestores públicos estaduais e municipais sobre as medidas de distanciamento social, a oposição do governo federal às políticas que seguiam as recomendações da OMS tornou-se ainda mais aguda, bem como a inércia das autoridades de saúde federais na coordenação do enfrentamento à pandemia.

Sob intensas críticas do Presidente e de seus apoiadores, a maioria dos governadores, dentre eles apoiadores do governo federal, procurou enfrentar a disseminação da doença adotando medidas restritivas, como suspensão de aulas nas instituições de ensino e de eventos, fechamento de lojas e restaurantes e estabelecendo que tais medidas deveriam obedecer a critérios relacionados às taxas de infecção e de ocupação dos leitos hospitalares (Rodrigues *et al.* 2022). Vários governadores usaram a prerrogativa legal, compartilhada com o governo federal, de poder decretar estado de emergência e estado de calamidade em suas jurisdições territoriais para promover o distanciamento social e determinar obrigatoriedade de uso de máscaras em locais públicos.

Prefeitos de capitais e grandes cidades também adotaram medidas como uso obrigatório de máscaras faciais e suspensão ou restrição no funcionamento de empresas e órgãos públicos, independentemente do regramento estabelecido pelos governos estaduais. Prefeitos responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde

municipais tiveram de participar, junto com os governos estaduais, na gestão da escassez de leitos e equipamentos. Em cidades pequenas, que não dispunham de hospitais ou cujos hospitais eram de baixa complexidade, foi necessário organizar o encaminhamento de doentes a hospitais localizados em outras cidades, muitas vezes distantes. Devido à omissão do Ministério da Saúde em promover treinamento e oferecer equipamentos de segurança suficientes aos trabalhadores de saúde, nos municípios foi frequente a falha das autoridades em fornecer suporte aos profissionais de saúde da linha de frente para atender pacientes ou identificar os casos que requeriam hospitalização, além da escassez de recursos destinados à atenção básica (Lotta *et al.* 2021).

O negacionismo bolsonarista também se manifestou na defesa pública e constante do chamado ‘tratamento precoce’. Em maio de 2020, logo após sua posse como Ministro interino da Saúde, Pazuello autorizou o uso dos medicamentos de ‘tratamento precoce’ nas redes de saúde pública e privada, sem autorização prévia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), agência reguladora que tem poder de polícia administrativa para intervir no território nacional em casos de epidemias e pandemias. O apoio de Bolsonaro a sua utilização aumentou a procura pelos medicamentos que integravam o ‘tratamento’, “especialmente de prefeitos de cidades do interior (...) que o distribuíram como forma de se associar ao Presidente, demonstrando que estavam no controle da doença” (Rodrigues *et al.* 2022, 249).

À defesa de medicamentos sem eficácia somava-se o constante questionamento à segurança das vacinas, que estavam em fase inicial de produção em empresas farmacêuticas internacionais, ao longo de 2020 e a resistência à compra e à utilização de vacinas contra a COVID-19 em 2021. Os questionamentos, que foram constantes ao logo de todo o seu governo, dirigiam-se até mesmo aos imunizantes da Oxford/Astrazeneca e da Butantan/Sinovac, cujo desenvolvimento se realizava em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição federal e o Instituto Butantan, vinculado ao governo do estado de São Paulo. Seu ataque mais ácido era contra a CoronaVac, imunizante produzido pela companhia biofarmacêutica Sinovac, da China. Afrontava, desse modo, o governador de oposição de São Paulo, pois o Instituto Butantan participava no desenvolvimento da vacina e se alinhava à parcela do movimento internacional de extrema direita que acusava a China de ter desenvolvido o vírus em laboratório. Embora ao início de 2021 houvesse escassez de vacinas no mundo, pois foram inicialmente destinadas majoritariamente à Europa Ocidental e América do Norte, o Ministério da Saúde resistiu a organizar e coordenar um Plano Nacional de Vacinação e somente o fez, tardiamente, pressionado pela opinião pública, governadores, prefeitos, parlamentares e integrantes do poder judiciário (Rodrigues *et al.* 2022).

O Ministério da Saúde omitiu-se também em fornecer assistência técnica e financeira aos estados e municípios, responsáveis diretos pela alocação dos leitos nos hospitais de campanha, criados no período e nos hospitais públicos e privados contratados pelo SUS, os quais correspondiam a 56,5% dos leitos de hospitais privados (Matarazzo e Zoca 2022). Premidos pelo agravamento da epidemia escassez de leitos e equipamentos e pela resposta lenta do Ministério, governadores tomaram a iniciativa de importar diretamente equipamentos médicos (máscaras, quites de testes, ventiladores e afins), prática não usual no sistema de saúde brasileiro (Rodrigues *et al.* 2022). O que se tornou mais um motivo de atrito entre os governos federal e estaduais.

A visão de que indígenas e quilombolas deveriam ser integrados ao ‘povo’ brasileiro deve ter influenciado nas ações, ou inação, do governo federal em relação a esses grupos. A Lei nº 14.021 (Brasil 2020a) de iniciativa parlamentar, tratava de medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da COVID-19 nos territórios indígenas e estipulava medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à pandemia. Os vetos presidenciais ao Plano Emergencial para Enfrentamento à COVID-19, criado pela Lei, tratavam, por exemplo, de ações que o poder público deveria executar para garantir a essa população “acesso universal a água potável”; “distribuição gratuita de materiais de higiene, de limpeza e de desinfecção de superfícies para aldeias ou comunidades indígenas, oficialmente reconhecidas ou não, inclusive no contexto urbano”; “elaboração e distribuição (...) de materiais informativos sobre os sintomas da COVID-19 (...); “oferta emergencial de leitos hospitalares e de unidade de terapia intensiva (UTI)”; “aquisição ou disponibilização de ventiladores e de máquinas de oxigenação sanguínea”. Considerando a vulnerabilidade dos grupos populacionais a serem protegidos pela Lei, os vetos indicam a intenção de favorecer o seu adoecimento e morte. Os vetos a esses artigos e a outros, foram derrubados pelo Congresso Nacional (Agência Senado 2020), mantendo-se, contudo, o veto ao dispositivo que previa uma dotação orçamentária emergencial para garantir a saúde indígena em um contexto em que os gastos com a saúde desses povos já tinham sofrido grande redução no primeiro semestre de 2020 em plena pandemia (INESC 2022).

A preocupação central do governo federal foi com o impacto da COVID-19 sobre a economia expresso em manifestações públicas do Presidente, ações e normas que minimizavam a gravidade da epidemia e que eram contrárias ao distanciamento social, à vacina, ao uso de máscara e promoviam o uso de medicamentos ineficazes (Béland *et al.* 2021). A estratégia institucional de propagação do vírus esteve combinada a outra, discursiva, de culpabilizar o Poder Judiciário, particularmente ao STF, o Congresso Nacional, governadores e prefeitos, a OMS, à China pelas consequências socioeconômicas e sanitárias da crise provocada pela

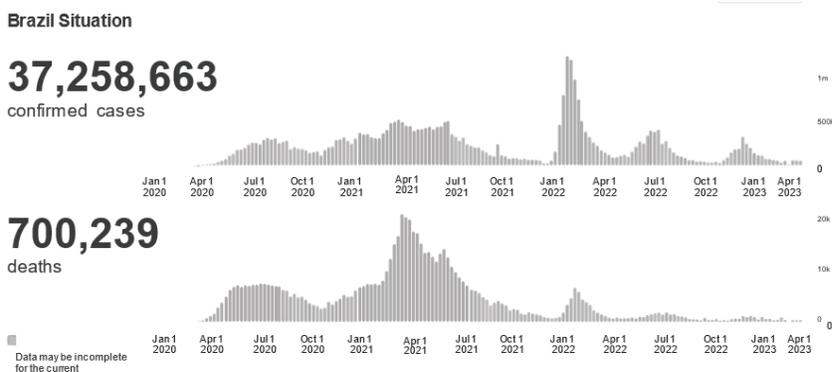
COVID-19 (Béland *et al.* 2021). As consequências dessas estratégias e ações governamentais se refletiram no curso da pandemia, como será visto a seguir.

TRAJETÓRIA DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

A pandemia de COVID-19 chegou ao país em 2020, com o SUS enfrentando graves e crônicos problemas de subfinanciamento: enquanto as despesas em saúde cresceram entre 2010 e 2017, o aumento foi do gasto privado e não do governamental (IBGE 2019). Essa tendência se acentuou no governo Bolsonaro, como atestam as propostas orçamentárias federais (Faria *et al.* 2021). Dada a importância do governo central no financiamento do SUS, a redução dos recursos financeiros federais destinados à saúde impactou a área de forma sistêmica, particularmente em 2021, no auge da pandemia. O maior número de mortes pela COVID-19, no país, ocorreu entre fevereiro e agosto de 2021, sendo que entre abril e maio o número de mortes pela doença foi o triplo do verificado nos piores meses de 2020 (WHO 2023). De 2020 para 2021, os recursos destinados ao combate da COVID-19 diminuíram 79% (INESC 2022). O governo federal havia subestimado a necessidade de recursos para a saúde. Como a pandemia arrefecera ao final de 2020, Bolsonaro declarou que ela se encaminhava para o fim, apesar dos alertas contrários a essa visão feitos por especialistas e gestores estaduais e municipais da área de saúde. Como ocorreu o contrário do que o Presidente previra, foram acrescidos valores extraordinários à execução orçamentária de 2021 e autorizados recursos adicionais de R\$ 205,9 bilhões para a saúde, 40% a mais “do que o previsto na proposta orçamentária do Executivo aprovada pelo Congresso” (Inesc 2022, 27).

Apesar do negacionismo, das políticas de propagação do vírus e da doença, das iniciativas centralizadoras e de deliberada ‘descoordenação’ federativa do SUS, o sistema público de saúde foi decisivo para que a trajetória da epidemia não fosse ainda mais perversa no país (Paschoalotto *et al.* 2022). A capilaridade do SUS no território nacional, ainda que distribuído territorialmente de forma desigual, combinada às experiências prévias do sistema em campanhas exitosas de vacinação e no enfrentamento recente das epidemias dos vírus Zika e H1N1 limitaram os efeitos deletérios para a saúde pública da política promovida pelo governo federal. Nada se comparava, porém, aos desafios impostos pela COVID-19, doença cuja trajetória é representada pelo número de casos confirmados e de mortes semanais entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2023, apresentados na Figura 1.

Figura 1 - Número de casos confirmados e de mortes semanais por COVID-19 – Brasil – de janeiro de 2020 a fevereiro de 2023



Fonte: WHO 2023.

Houve importante subnotificação do número de casos, devido ao baixo índice de testagem pelos três níveis de governo, o que prejudicou os esforços do Brasil em lidar com a pandemia (Magno *et al.* 2020). Apenas os profissionais de saúde da linha de frente, os hospitalizados e em alguns estados, os suspeitos de terem morrido em decorrência do COVID-19 foram testados de forma razoavelmente sistemática (França *et al.* 2020). Somente os casos sintomáticos e mais graves foram detectados. Os testes foram realizados pelos serviços de saúde sem seguir critérios definidos – pois o Ministério da Saúde não os normatizou ou promoveu – e em consonância com a maior capacidade financeira dos governos de cada estado, ou por iniciativa de indivíduos afluentes que podiam comprá-los na rede privada, ainda que os maiores riscos de infecção e de adoecimento grave fossem dos mais pobres (Lopes e Vargas 2022).

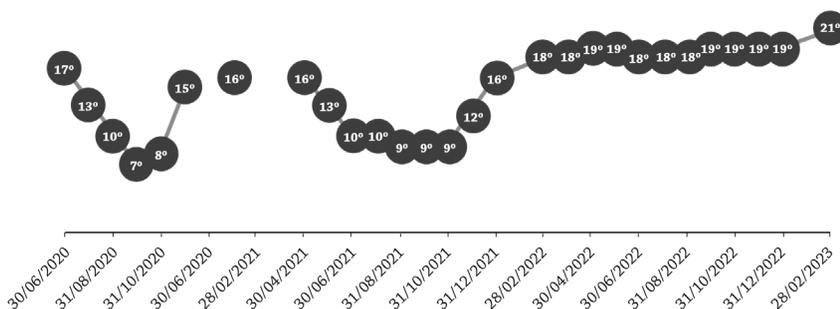
O registro de mortes, considerado mais confiável, permite identificar quatro ondas epidêmicas de COVID-19 até março de 2023. A primeira ocorreu entre maio e outubro de 2020, antes da campanha de imunização; a segunda entre fevereiro e abril de 2021, períodos de dominância da variante Gama; o terceiro ocorreu entre junho e agosto de 2021, durante o domínio da Delta; e a última do final de 2021 a março de 2022, durante o surto da variante Omicron (Santos *et al.* 2023).

O negacionismo do governo Bolsonaro expresso nas declarações do presidente, a militarização do Ministério da Saúde, a ausência de campanhas nacionais por ações preventivas (por distanciamento social, uso de máscaras e estímulo à vacinação), a demora na aquisição de vacinas, o confronto com os níveis subnacionais

de governo – responsáveis pela implementação das ações de assistência e saúde pública –, a recusa do Ministério em oferecer informações epidemiológicas sistemáticas sobre o curso da pandemia – papel que foi assumido por um consórcio de imprensa – entre outras medidas, teve consequências decisivas na trajetória da doença e das mortes no país. As manifestações públicas de epidemiologistas e infectologistas denunciaram que a maior parte das mortes, registradas até meados de 2021, poderiam ter sido evitadas houvesse o governo federal agido em acordo com as recomendações da OMS, chegando o epidemiologista Pedro Hallal a declarar no Senado Federal em junho de 2021, que quatro de cada cinco óbitos ocorridos no Brasil, até então, poderiam ter sido evitados (Agência Senado 2021).

Mesmo assim, as ações dos governos subnacionais, particularmente dos dirigentes estaduais e de algumas capitais e as características do SUS, com larga experiência em vacinação em massa, permitiram que gradativamente fosse reduzido o número total de mortes por COVID-19 por 100.000 habitantes em proporção maior do que o ocorrido em países que inicialmente tiveram um desempenho melhor do que o Brasil. Como pode ser observado na Figura 2, ao longo do tempo melhorou a posição do país no ranking dos países com maior número total de mortes por 100.000 habitantes embora a taxa e posição tenham permanecido altas. A melhoria deveu-se principalmente à aceleração da imunização a partir de outubro de 2021. Em março de 2023, o país estava entre aqueles com maior percentual da população com vacinação completa, ocupando a 13ª posição, com 81% da população vacinada (Our World in Data 2023).

Figura 2 - Posição do Brasil entre os países com maior número de mortes por COVID-19 – 30/06/2020 a 28/02/2023.



Fonte: Elaboração da autora, Our World in Data 2023.

Como em outros países, os casos de morte por COVID-19 no Brasil foram mais prevalentes em idosos, homens, menos educados e pacientes com várias comorbidades (Liu *et al.* 2022; Marlow *et al.* 2023). Apesar da vacinação em massa ter se mostrado efetiva na redução da morbidade e mortalidade após o terceiro trimestre de 2021 (Percio *et al.* 2022; Santos *et al.* 2021), as características da sociedade brasileira, marcada por profundas desigualdades sociais e na oferta de bens e serviços públicos, foram potencializadas pela inconsistente coordenação federal no SUS, negacionismo e deliberada recusa em proteger os mais vulneráveis da doença e de suas consequências socioeconômicas. Vários estudos constataram a existência de diferenças nas mortes, adoecimento e acesso a cuidados na COVID-19, relacionadas a desigualdades estruturais e, inclusive, à adesão da população ao negacionismo bolsonarista.

Ao focalizar os municípios brasileiros, constatou-se que taxas de mortalidade por COVID-19 tenderam a ser mais altas em associação a maior desigualdade de renda e segregação de renda em grandes cidades (100.000 ou mais habitante), de março de 2020 a fevereiro de 2021 (Souza Filho *et al.* 2022). Observou-se ainda a associação entre tendência à adesão ao discurso negacionista, indicado pela proporção dos votos em Bolsonaro nos municípios do país nas eleições de 2018 e maior taxa de mortalidade e menor observância de medidas preventivas, como distanciamento social e uso de máscara (Cabral, Ito e Pongeluppe 2021; Fernandes e Fernandes 2022; Xavier *et al.* 2022). A maior mortalidade pode estar relacionada a uma menor observância às recomendações de epidemiologistas, profissionais e autoridades de saúde pública (Fernandes e Fernandes 2022).

As consequências da política de desatenção a quilombolas e indígenas, tanto dos que viviam de modo tradicional como nas áreas urbanas, podem ter refletido no menor percentual de esquema de vacinação completa entre esses grupos em comparação a outros em todas as regiões do país (Moreira *et al.* 2022), bem como no excesso de mortalidade substancialmente maior entre os indígenas brasileiros em comparação com os não indígenas (Soares *et al.* 2022). O Brasil possui uma diversidade de grupos étnicos indígenas, que habitam territórios espalhados por todo o país e que compreendem 13% do território nacional e áreas urbanas (Castro e Rodrigues 2010). A população indígena estimada em 1 milhão de pessoas (FUNAI 2022), durante o governo Bolsonaro foi ameaçada de assimilação forçada, suspensão e revisão de direitos à terra e à redemarcação de seus territórios. Embora seu estado imunológico a colocasse em alto risco de infecção e fatalidade, o governo central se recusou a adotar medidas de proteção adequadas às suas necessidades. A pandemia e a inação proposital do governo federal agravaram as condições em que se encontrava essa população, já sobrecarregada com políticas ambientais e de direitos humanos reacionárias (Côrtes e Santos 2022).

Estudos mostraram ainda que houve maior excesso de mortalidade entre a população preta e parda durante a pandemia, sendo que ela foi marcante na faixa etária de 30 a 59 anos (Araújo *et al.* 2020; Marinho *et al.* 2022). Os pacientes pretos e pardos, hospitalizados entre fevereiro de 2020 e março de 2022, tiveram uma taxa de mortalidade maior do que os pacientes brancos (42% vs. 37%) e foram internados em unidades de terapia intensiva (UTI) com menos frequência (32% vs. 36%). Entre os adultos hospitalizados com COVID-19, pretos e pardos apresentaram taxas de mortalidade hospitalar mais altas, usaram menos recursos hospitalares e tiveram maior probabilidade de adoecer do que os pacientes brancos (Liu *et al.* 2022).

A mortalidade por COVID-19 variou ainda entre as regiões do país. A omissão do governo central em exercer a coordenação federativa das políticas de enfrentamento da pandemia amplificou desigualdades preexistentes. Estados das regiões Norte e Nordeste – Sergipe, Roraima, Maranhão, Acre e Rondônia – tenderam a ter razões de risco de morte depois de hospitalização mais altas do que outros estados, no período de fevereiro de 2020 a março de 2022 (Ranzani 2021; Liu *et al.* 2022). Também nessas regiões se encontravam os estados com maior taxa de mortalidade por COVID-19. Entre fevereiro de 2020 e julho de 2021, Rondônia e Amazonas tiveram as taxas mais elevadas enquanto os maiores percentuais de aumento nos óbitos ocorreram no Piauí e Amapá (Siqueira *et al.* 2022). Nas capitais o padrão de mortalidade foi similar ao dos estados a que pertenciam: Porto Velho, Belém, São Luís, Fortaleza, Recife e Cuiabá destacaram-se na primeira onda entre maio e outubro de 2020; Manaus, Belém, João Pessoa e Aracaju, na segunda, durante fevereiro e abril de 2021.

A capilaridade e as experiências prévias em campanhas de vacinação do SUS favoreceram que a imunização se processasse rápida e organizadamente, quando houve disponibilidade de doses, o que foi acompanhado pela redução de casos e de mortes por COVID-19. As vacinas que compuseram a campanha de imunização do Ministério da Saúde foram: Pfizer/Biontech, que em abril de 2023 correspondia a 42% das doses aplicadas; Fiocruz/Astrazeneca, Butantan/Sinovac e Janssen, que na mesma data representavam, respectivamente, 30%, 22% e 6% das doses (Ministério da Saúde 2023). Passada a primeira onda de COVID-19, de maio à outubro de 2020, quando não havia vacina, durante segunda, de fevereiro a abril de 2021, a vacinação teve início, porém com aguda escassez de imunizantes – em parte devido à recusa inicial do Ministério da Saúde em adquiri-los – chegando ao final do período com o percentual de apenas 7,3% da população com esquema completo (Our World in Data 2023). Ao final da terceira onda, de junho a agosto de 2021, a vacinação completa atingiu 29,1% da população (Our World in Data 2023). A aceleração da imunização propiciou que, ao final da quarta onda, de 2021 a março de 2022, 74,6% da população tivesse o esquema de vacinação completo, percentual

que subiu para 81% em abril de 2023 (Our World in Data 2023).

Apesar do relativo sucesso da campanha de vacinação no país, a coordenação federativa deficiente do Ministério da Saúde favoreceu o acesso desigual aos imunizantes no país, ainda que isso também esteja relacionado à capacidade de gestão pública instalada em cada região e a fatores socioeconômicos. Nas regiões mais ricas do país, considerando PIB per capita e IDH (IBGE 2023), Sudeste e Sul, o percentual de vacinação completa foi mais alto, 86% e 83%, respectivamente, nas demais foi 76%, 75% e 64%, no Nordeste, Centro-Oeste e Norte, respectivamente (Ministério da Saúde 2023; IBGE 2023).

A política de saúde federal em relação à pandemia foi moldada e limitada pela insistência em negar a gravidade da doença e em se contrapor às medidas de contenção e de fechamento das atividades socioeconômicas. Para a ativação da economia, principal preocupação de Bolsonaro, o governo promoveu um conjunto robusto de ações de suporte econômico e de ativação da economia. Porém, mesmo essas tiveram efeito limitado, devido ao negacionismo do Presidente.

AÇÕES DE SUPORTE ECONÔMICO DO GOVERNO BOLSONARO NO ENFRENTAMENTO DA CRISE

Se houve confronto sobre as medidas na área de saúde existiu confluência entre governo federal e aqueles que o Presidente culpava pela crise na proposição de legislação e normas administrativas que mitigavam as consequências econômicas da pandemia, protegendo, por diversos meios, o funcionamento da economia e das empresas, bem como a renda e o emprego dos mais pobres. Uma síntese dessas medidas é apresentada na Tabela 3, que teve por base um banco de dados da CEPAL sobre as medidas de enfrentamento à crise pandêmica implementadas pelos governos latino americanos entre 25 de fevereiro de 2020 e 7 de abril de 2021 (ECLAC 2023). No banco de dados constam 252 medidas referentes ao Brasil. Ao excluirmos aquelas que se referem estritamente a ações de saúde (vacinas, distanciamento social, testagem, ventiladores mecânicos, leitos de UTI equipamentos de proteção, hospitais de campanha entre outros) restaram 202, que foram classificadas em 20 categorias. As medidas foram propostas pela Presidência da República (84), órgãos federais do Poder Executivo estatais e para estatais (por exemplo: bancos públicos e conselhos nacionais).

Tabela 1 - Temas das medidas de suporte econômico à crise pandêmica implementadas pelo governo Bolsonaro – 25 fevereiro de 2020 a 7 de abril de 2021

TEMAS	Nº	%
Crédito: Ampliação, Novas Linhas, Facilitação	41	20,3
Orçamento: flexibilização; verbas Covid-19 e créditos extraordinários; liberação	36	17,8
Taxas: redução suspensão	36	17,8
Emprego e renda: manutenção	21	10,4
Dívidas: suspensão temporária, facilitação pagamento ou adiamento	14	6,9
Trabalho, fiscalização empresas (rurais/urbanas), produtos de saúde etc; desregulação	10	5,0
Violência meninas e mulheres: proteção contra	9	4,5
Benefícios previdenciários, BPC, PIS/PASEP ou FGTS: adiantamento pagamento	5	2,5
Juros Taxa Selic: redução	5	2,5
Teletrabalho e aulas remotas: regramento, permissão	5	2,5
Reserva dos bancos: redução	5	2,5
Empréstimos, ampliação fundos federais para estados e municípios	3	1,5
Programa Bolsa Família, BPC e aposentadorias/pensões: suspensão a bloqueios	3	1,5
Merenda escolar: extensão às famílias	2	1,0
Plataforma de informação governo federal: implantação	2	1,0
Alimentos: aquisição	1	0,5
Direitos humanos: defesa	1	0,5
Estados e municípios: poder sobre jurisdição na pandemia	1	0,5
Educação domiciliar (<i>homeschooling</i>): implantação	1	0,5
Educação para o empreendedorismo e tecnológica: fomento	1	0,5
TOTAL	202	100,0

Fonte: Elaboração da autora com base em ECLAC 2023.

Como o banco de dados apresenta informação esparsa sobre os recursos financeiros destinados a cada uma das medidas implementadas que implicassem em gastos, não há como estabelecer a ordem de prioridade entre elas. A maior frequência de certas ações é um indicador, ainda que limitado, da importância do tema para o governo.

Grande parte das medidas analisadas teve o objetivo de viabilizar uma política monetária e de crédito expansionista, para ativar as atividades econômicas abaladas pela crise. Isso foi realizado por meio de: ampliação da emissão de moeda e títulos públicos; expansão e criação de linhas de crédito; redução da taxa básica de juros; diminuição do montante de recolhimento compulsório das instituições financeiras; suspensão de bloqueios de pagamentos do Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), aposentadorias e pensões; adiantamento do pagamento de aposentadorias e pensões; permissão de saques extraordinários do PIS, PASEP e FGTS; programas de manutenção de emprego e renda. Para manter as atividades econômicas e sociais durante a vigência de medidas de distanciamento social, foram ainda flexibilizadas regras trabalhistas, de fiscalização a empresas, de propriedades rurais e a produtos industriais e agropecuários; permitidos e regradados o trabalho e as atividades de ensino remotas entre outras ações.

Também para a expansão monetária e de crédito e para viabilizar a ação do setor público no enfrentamento da crise há um conjunto de medidas que ampliaram os gastos públicos e a possibilidade de contratação emergencial de pessoal pelo setor público restringindo, desse modo a vigência dos limites estabelecidos pela Emenda Constitucional 95/2016, do Teto de Gastos (Brasil 2016), da Lei Complementar nº 101, da Responsabilidade Fiscal (Brasil 2000) entre outros (acho que ficou pouco clara a 2ª parte da frase...). Exemplos desse movimento foram a aprovação da Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020, conhecida como Orçamento de Guerra e a concessão pelo governo central de empréstimos e de transferência adicionais de recursos financeiros para estados e municípios.

Das nove medidas que visavam proteger mulheres e meninas contra a violência, oito foram de iniciativa do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Eram campanhas de esclarecimento, planos, criação de canal de denúncias entre outras. Os programas visavam responder a evidências que indicavam o crescimento da violência doméstica, tendo em vista que o confinamento nas residências, combinado com a perda de ocupação e renda de integrantes das famílias, aumentara os conflitos domiciliares com desfecho violento. Os programas focalizavam arranjos familiares ‘tradicionais’ e visavam proteger prioritariamente mulheres cisgênero.

O estímulo às atividades econômicas beneficiava os diversos setores da economia empregadores, trabalhadores e grupos sociais mais vulneráveis. Entretanto-

to, determinadas medidas afetaram diretamente a manutenção do emprego e da renda de trabalhadores e pobres. Dentre elas estão as que reduziram ou suspenderam o pagamento de taxas e dívidas referentes a serviços públicos (água e energia elétrica, por exemplo) e alugueis. Porém, dois programas federais beneficiaram os trabalhadores e os pobres de forma direta, tiveram grande abrangência e impacto relevante na redução das consequências sociais negativas da crise. Um deles foi o Benefício Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda (BEm) estabelecido pela Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020 (Brasil 2020b). O outro foi o Auxílio Emergencial (AE), criado pela Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020 (Brasil 2020c). O primeiro promovia a manutenção do vínculo empregatício e da renda dos trabalhadores formais especialmente para aqueles com salários mais baixos e o segundo se destinava a indivíduos desempregados ou em ocupações informais.

O BEm tinha o objetivo de manter o vínculo empregatício durante a pandemia, facultando ao empregador e ao empregado acertar uma redução temporária da jornada de trabalho, nos percentuais de 25%, 50% e 70%, ou uma suspensão temporária do contrato por meio de acordos individuais em determinadas situações.

No caso de redução de jornada, o empregador pagava um salário proporcional à nova jornada e o benefício pago pelo governo correspondia ao percentual de redução aplicado ao valor de uma parcela do seguro-desemprego. Isso significa que, quanto menor o salário, maior a taxa de reposição (Costa e Reis, 2020). Nos casos de suspensão de contrato, o benefício correspondia de 70% a 100% do valor do seguro-desemprego. (Costa *et al.* 2022, 82)

Em 2020, foram registrados 19,9 milhões de acordos de suspensão ou redução de jornada entre empregadores e empregados e 9,5 milhões de trabalhadores receberam auxílio direto (Gov.br 2021). Inicialmente, foi prevista duração máxima de 90 dias para os casos de redução da jornada de trabalho e de 60 dias para os de suspensão do contrato de trabalho (Diese 2021). A persistência da crise e seus efeitos desfavoráveis sobre a economia motivaram a extensão desses prazos até dezembro de 2020.

O AE foi recebido por 68 milhões de pessoas em 2020 e por 39 milhões em 2021 (Ministério da Cidadania 2021). A intenção original do governo era oferecer um AE de R\$200,00 (Guedes 2020), mas o Congresso reformulou a proposta que veio a ser aprovada com valor superior. Os indivíduos elegíveis deveriam ter acima de 18 anos de idade, não possuir vínculo empregatício formal e nem receber benefício previdenciário ou assistencial – como BPC ou seguro-desemprego – à exceção do Programa Bolsa Família (Costa *et al.* 2022). De abril a junho de 2020, foram pagas parcelas mensais de R\$600,00. O auxílio era limitado a dois membros da mesma família, podendo o valor chegar a R\$1.200,00 (Brasil 2020c). De setembro

a dezembro do mesmo ano, o valor passou a variar entre R\$150,00 e R\$375,00 e a ter critérios de elegibilidade mais restritivos (Brasil 2020d).

O AE foi mais bem focalizado nos domicílios mais pobres, como se propunha enquanto o BEm, destinado a trabalhadores formais entre os quais a incidência de pobreza é menor, não teve comparativamente a mesma amplitude em termos de redução da desigualdade, além de ter beneficiado um contingente mais reduzido de pessoas (Costa *et al.* 2022). Mais ainda, apesar da grande recessão, o AE reduziu a pobreza e a extrema pobreza, tanto em sua extensão como em sua intensidade e reduziu a desigualdade de renda, comparando os dados de 2020 com o observado em 2019 (Moura 2021).

Apesar da importância dos dois programas e de seu relativo sucesso em 2020, a decretação por Bolsonaro de que a pandemia se encaminhava para o final em dezembro de 2020 retardou a retomada de ambos em 2021, que voltaram a vigência somente após a segunda e pior onda da epidemia no país, que ocorreu entre fevereiro e abril de 2021. E retornaram menos pródigos e com menor abrangência. A reinstauração do BEm ocorreu somente no dia 28 de abril, com a Medida Provisória nº 1.045, apesar das demandas insistentes do movimento sindical. Em 2021, foram celebrados 3,2 milhões de acordos e 2,6 milhões de trabalhadores receberam o benefício (Gov.br 2023) em uma redução considerável quando comparada aos 19,9 milhões de acordos e 9,5 milhões de trabalhadores beneficiados no ano anterior. De modo similar, o AE em 2021, somente começou a ser recebido em abril, totalizado quatro parcelas até julho, com o valor reduzido de R\$250,00; mais três parcelas, com valores que variaram de R\$150,00 a R\$375,00, foram pagas de agosto a outubro (Côrtes e Santos 2022). No pior ano da crise, 2021, os dois programas atingiram menos da metade dos indivíduos beneficiados em 2020 e no caso do AE houve expressiva redução no valor do benefício.

Apesar da grande magnitude da resposta do governo federal à crise na área de suporte econômico ela se demonstrou insuficiente em grande parte devido ao negacionismo do Presidente. Embora este estudo não seja comparativo essa insuficiência torna-se mais clara ao confrontar a ação do governo brasileiro com a de governantes dos demais países latino-americanos. O Oxford COVID-19 Government Response Tracker - OxCGRT (Chae *et al.* 2023), com informações diárias, de 1º de janeiro de 2020 a dezembro de 2022, apresenta um Índice de Suporte Econômico (com variação de 0 a 100) para 187 países, sendo 31 deles da América Latina. Os últimos podem ser classificados em seis grupos, conforme nível de suporte econômico mais alto oferecido pelos governos em algum momento do período. O Brasil se encontra no segundo grupo com valor mais baixo (50), ao lado da Costa Rica, Guiana, Haiti e Jamaica, à frente unicamente da República Dominicana e Nicarágua, que apresentam valores ainda mais baixos.

CONCLUSÕES

A gestão federal frente à pandemia e suas consequências é um exemplo destacado de como o negacionismo em governos comandados por líderes de extrema direita, produziu a disseminação da doença e limitou a possibilidade de enfrentamento adequado à crise sanitária, política e econômica gerada pela COVID-19. Bolsonaro e seu governo procuraram centralizar decisões políticas relacionadas às medidas não farmacológicas e sanitárias para a contenção da pandemia, passando ao largo das estruturas de pactuação federativa e confrontando governadores e prefeitos e, frequentemente, o Congresso Nacional e o STF. As ações centralizadoras e a inconformidade com as limitações que a legislação e as decisões dos outros poderes da República impunham às iniciativas, por vezes ilegais, de seu governo, fundamentavam-se em uma visão autoritária que concebia os poderes do Presidente eleito pelo povo, como superiores aos dos demais integrantes dos sistemas político e judiciário. Bolsonaro considerava que sua legitimidade como Presidente, que encarnava a vontade do povo, se superpunha às regras e aos poderes que sustentavam a elite corrupta encastelada nesses sistemas. Ideias como essas foram defendidas por Bolsonaro e por seus apoiadores mais proeminentes desde a campanha eleitoral de 2018 e durante o seu governo, quando embasaram grande parte das medidas que vieram a ser formuladas e implementadas. As ações do governo federal frente à crise desencadeada pela COVID-19 possivelmente foram inspiradas nessa visão.

As ações do governo federal na área econômica durante a pandemia foram numerosas e abrangentes. Foram liberados recursos financeiros extraordinários, fomentada a ativação da economia por meio de medidas macroeconômicas, implementadas ações para garantir emprego e renda e adquiridos, ainda que tardiamente equipamentos de saúde e vacinas. Não houve inação. Ao contrário, o Presidente e seu governo agiram deliberadamente para fomentar o conflito federativo, confrontar os poderes Legislativo e Judiciário, desabonar o conhecimento científico, incitar ao não cumprimento de medidas de distanciamento social e à resistência à vacinação e, mais importante, difundir a ideia de que havia exagero sobre a gravidade da pandemia e sobre o número de casos e mortes a ela relacionados. Bolsonaro se posicionou de forma pública em tom frequentemente agressivo, contra as medidas iniciais de contenção sanitária emanadas de seu próprio governo e adotadas, ao longo da pandemia, por governadores e prefeitos. Ele colocou em questão as recomendações da OMS, a segurança e eficácia das vacinas, ao mesmo tempo que promoveu aglomerações estimulou as pessoas a não usar máscaras e a não obedecer às regras de contenção sanitária determinadas por governadores e prefeitos, mesmo durante os picos epidêmicos.

Seu esforço em subestimar a gravidade da COVID-19 embasado em estudos e projeções pseudocientíficas, conduziu o Presidente e seu governo a decretarem, ao final de 2020, que a crise pandêmica estava se encerrando enquanto, de fato, a segunda onda, a mais devastadora, ocorreria nos primeiros meses de 2021 e a terceira, quase tão intensa como a anterior, nos meses subsequentes. O ano em que pandemia atingiu o seu auge foi marcado pela demora do governo federal em comprar vacinas e em elaborar e implementar um plano nacional de vacinação, pela insuficiente coordenação federativa do SUS no enfrentamento da doença, pela redução da previsão orçamentária à área de saúde para o ano e pela reativação tardia dos dois programas federais mais importantes para a manutenção de emprego e renda, criados e implementados em 2020: o BEm e o AE. Mais ainda, suas versões reeditadas ao final de abril de 2021, quando se encerrava a segunda e mais aguda onda da pandemia, atingiram menos da metade dos beneficiários do ano anterior e, no caso do AE, o auxílio tinha valor muito inferior ao oferecido em 2020. O negacionismo sobre a pandemia fez com que fosse decretado apressadamente o seu final, limitando o alcance dos programas que beneficiavam diretamente trabalhadores formais e informais. Paradoxalmente, o Presidente que defendia incessantemente a necessidade de retomada do funcionamento pleno da economia, ao negar a continuidade da epidemia e desativar esses programas, pode ter favorecido o prolongamento da crise socioeconômica.

Apesar das mais de 700.000 mortes, muitas delas evitáveis, a crise sanitária, socioeconômica e também política, devido às ameaças constantes de Bolsonaro às instituições da República, foi em parte atenuada pelas ações de governadores, prefeitos, gestores de saúde nos níveis subnacionais de governo, Congresso Nacional, STF e pela existência do SUS, com sua capilaridade no território nacional, mecanismos institucionais de gestão federativa e experiências prévias em enfrentar epidemias. Assim foi possível restringir em alguma medida, as ações de Bolsonaro, de seu governo e de seus apoiadores, principais aliados do vírus Sars-Cov-2 na disseminação da infecção, da doença e de suas consequências sociais catastróficas.

REFERÊNCIAS

Abou-Chadi, Tarik e Werner Krause. 2018. “Radical Right Success e Mainstream Parties’ Anti-Immigrant Policy Shifts.” *Democratic Audit Blog* [blog], 24 de julho. LSE Research Online. <http://eprints.lse.ac.uk/109696/>. Acesso em 4 de maio de 2023.

Abrucio, Fernando Luiz; Grin eduardo José; Franzese, Cibele; Segatto, Catarina Ianni e Couto, Cláudio Gonçalves. 2020. “Combate à COVID-19 sob o Federalismo *Bolsonarista*: Um Caso de Descoordenação Intergovernamental.” *Revista de Administração Pública* 54(4): 663-677.

Agência Senado. 2020. “Congresso derruba vetos de Bolsonaro à lei que protege indígenas na pandemia.” *Sítio da Agência Senado*, 19 de agosto. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/08/19/congresso-derruba-vetos-de-bolsonaro-a-lei-que-protege-indigenas-na-pandemia>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

_____. 2021. “CPI da Pandemia ouve Pedro Hallal e Jurema Werneck – 24/6/2021.” *Sítio da Agência Senado*, 24 de junho. <https://www12.senado.leg.br/noticias/videos/2021/06/ao-vivo-cpi-da-pandemia-ouve-pedro-hallal-e-jurema-werneck2013-24-6-2021>. Acesso em 27 de janeiro de 2023.

Araújo, Edna Maria; Caldwell, Kia Lily; dos Santos, Márcia Pereira Alves; de Souza, Ionara Magalhães; Rosa, Patrícia Lima Ferreira Santa; dos Santos, Andreia Beatriz Silva e Batista, Luís Eduardo. 2020. “Morbimortalidade Pela Covid-19 Segundo Raça/Cor/Etnia: A Experiência do Brasil e dos Estados Unidos.” Número especial de *Saúde Debate* 44(4): 191–205.

Arretche, Marta. 2007. “The Veto Power of Sub-National Governments in Brazil: Political Institutions e Parliamentary Behavior in the Post-1988 Period.” *Brazilian Political Science Review* 2: 40–73.

Arretche, Marta. 2019. “O Governo Bolsonaro na Prática: Mais Brasília, Menos Brasil.” *Nexo Jornal*, 21 de novembro. <https://www.nexojornal.com.br/columnistas/2019/O-governo-Bolsonaro-na-pr%C3%A1tica-mais-Bras%C3%A9lia-menos-Brasil>.

Asano, Camila Lissa; Ventura, Deise de Freitas Lima; Aith, Fernando Mussa Abujamra; Reis, Rossana Rocha e Ribeiro, Tatiane Bomfim. 2021. “Boletim n. 10 Direitos na pandemia: Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à COVID-19 no Brasil.” São Paulo: Cepedisa, Conectas Direitos Humanos.

Backlund, Anders e Jungar, Ann-Cathrine. 2019. “Populist Radical Right Party-Voter Policy Representation in Western Europe.” *Representation* 55(4): 393–413.

Béland, Daniel; Rocco, Philip; Segatto, Catarina Ianni e Waddan, Alex. 2021. “Trump, Bolsonaro, and the Framing of the COVID-19 Crisis: How Political Institutions Shaped Presidential Strategies.” *World Affairs* 184(4): 413–440.

Boin, Arjen. 2009. “The New World of Crises and Crisis Management: Implications for Policymaking and Research (Introduction to the Special Issue)”. *Review of Policy Research*, 26(4): 367–377.

Brasil, Felipe Gonçalves; Capella, Ana Cláudia Niedhardt e Ferreira, Leandro Teodoro. 2021. “Eventos Focalizadores e a Pandemia da COVID-19: A Renda Básica Emergencial na Agenda Governamental Brasileira.” *Revista de Administração Pública* 55(3): 644–661.

Brasil. Congresso Nacional. 2000. *Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em 28 de março de 2023.

Brasil. Congresso Nacional. 2016. *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em 28 de março de 2023.

Brasil. Presidência da República. 2020. *Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/113979.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.979,surto%20de%202019. Acesso em 25 de abril de 2023.

Brasil. Presidência da República. 2020a. *Lei nº 14.021, de 7 de julho de 2020. Dispõe sobre medidas de proteção social para prevenção do contágio e da disseminação da Covid-19 nos territórios indígenas; cria o Plano Emergencial para Enfrentamento à Covid-19 nos territórios indígenas; estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos e comunidades tradicionais para o enfrentamento à Covid-19; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a fim de assegurar aporte de recursos adicionais nas situações emergenciais e de calamidade pública.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/lei/114021.htm. Acesso em 15 de abril de 2023.

Brasil. Presidência da República. 2020b. *Medida Provisória nº 936, de 1 de abril de 2020. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020 e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020*

e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/mpv/mpv936.htm. Acesso em 20 de maio de 2023.

Brasil. Presidência da República. 2020c. *Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020, Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC) e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.* <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13982&ano=2020&ato=e4fcXQ61EMZpWT2e6>. Acesso em 20 de maio de 2023.

Brasil. Presidência da República. 2020d. *Medida Provisória nº 1.000, de 2 de setembro de 2020. Institui o auxílio emergencial residual para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Online em 2 de setembro de 2020.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/Mpv/mpv1000.htm. Acesso em 31 de maio de 2022.

Brasil. Presidência da República. 2022. *Projeto de Lei Orçamentária para 2023.*

Cabral, Sandro; Ito, Nobuiuki; Pongeluppe, Leandro. 2021. *The Disastrous Effects of Leaders in Denial: Evidence from the Covid-19 Crisis in Brazil.* Manuscrito não publicado. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3836147>. Acesso em 12 de março de 2023.

Castro, Marcus Faro e Rodrigues, Gilberto Marcos Antônio. 2010. "Brazil." *Diversity and Unity in Federal Countries*, orgs. Luis Moreno e César Colino, 75–108. Montreal: McGill-Queen's University Press.

Chae, Seung Hoon; de Mello, Bernardo Andretti; Goldszmidt, Rafael; Hale, Thomas; Jones, Sarah P; Kira, Beatriz; Petersen, Michael Bang; Petherick, Anna; Vaccaro, Andrea; Wenham, Clare e Zhang, Yuxi. 2023. "Oxford COVID-19 Government Response Tracker – OxCGRT (2023) Data." *Sítio da Blavatnik School of Government*. <https://covidtracker.bsg.ox.ac.uk/>. Acesso em 20 de janeiro de 2023.

Christensen, Tom; Laegreid, Per e Rykkja, Lise. 2016. "Organizing for Crisis Management: Building Governance Capacity and Legitimacy." *Public Administration Review* 76(6): 887–897.

Congresso Nacional. 2020. *Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020.* <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DLG&numero=6&ano=2020&ato=b1fAzZU5EMZpWT794>. Acesso em 28 de abril de 2023.

Côrtes, Soraya Maria Vargas e dos Santos, Priscilla Ribeiro. 2022. “Políticas Sociais do Governo Bolsonaro e a Promoção da Descoordenação e da Desigualdade: Políticas de Saúde e de Assistência Social.” *Democracia e Eleições no Brasil: Para Onde Vamos?*, orgs. Magna Inácio e Vanessa Elias de Oliveira, 289–316. São Paulo: Hucitec.

Costa Filho, Venceslau Tavares; Flumignan, Silvano José Gomes; Castro Jr, Torquato da Silva; Leal, Larissa Maria de Moraes; de Albuquerque Jr, Roberto Paulino; Carneiro Filho, Humberto João; de Azevedo, Rafael Vieira; Menezes, Renata Oliveira Almeida; de Brito, Dante Ponte; de Lima, Éfren Paulo Porfírio e Souza, Carlos Eduardo Silva. 2020. “Nota Técnica – Vetos a Lei n. 14.010/2020, que dispõe sobre o Regime Jurídico Emergencial e Transitório das relações jurídicas de Direito Privado (RJET) no período da pandemia do coronavírus.” *Direito Civil Atual/Conjur*, 22 de junho. <https://www.conjur.com.br/2020-jun-22/direito-civil-atual-equivoco-vetos-presidenciais-lei-140102020%20Acesso%20em%2030/04/2023>. Acesso em 30 de abril de 2023.

Costa, Joana; Foguel, Miguel Nathan; Reis, Maurício e Russo, Felipe. 2022. “Análise da incidência do Auxílio Emergencial e do Benefício Emergencial ao longo da distribuição de renda com base nos dados da PNAD COVID-19”. *Mercado do Trabalho* 74: 81–95. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11654>. Acesso em 30 de novembro de 2022.

Dieese. 2021. “Com Atraso de Quatro Meses, Governo Relança o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda.” *Nota Técnica* 256. 30 de abril.

Drabek, Thomas E. 2017. “Sociology of Disaster.” *The Cambridge Handbook of Sociology*, org. Kathleen O. Korgen, 139–147. Cambridge: Cambridge University Press.

ECLAC. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. 2023. *COVID-2019 Observatory for Latin America and the Caribbean: Measures by Country.* <https://cepalstat-prod.cepal.org/forms/covid-countrysheet/index.html?country=BRA> Acesso em 30 de novembro de 2022.

Falkenbach, Michelle e Greer, Scott L. 2021 “Denial and Distraction: How the Populist Radical Right Responds to COVID-19: Comment on ‘A Scoping Review of PRR Parties’ Influence on Welfare Policy and its Implication for Population Health in Europe’.” *International Journal of Health Policy and Management* 10(9), 578–580.

Faria, Manuel; Nobre, Vitor; Tasca, Renato; Aguillar, Arthur. 2021. “A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022.” *Nota Técnica nº 23*. Brasília: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS.

Fenger, Menno. 2018. “The Social Policy Agendas of Populist Radical Right Parties in Comparative Perspective.” *Journal of International and Comparative Social Policy* 34(3): 188–209.

Fernandes, Gustavo A.A.L. e Fernandes, Ivan F.A.L. 2022. “Populism and Health: An Evaluation of the Effects of Right-Wing Populism on the COVID-19 Pandemic in Brazil.” *PLoS One* 17(12): e0269349. <https://doi.org/10.1371/journal>.

Figueiredo, Argelina C. e Limongi, Fernando. 1999. *Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional*. Rio de Janeiro: FGV Editora.

França, Elisabeth B.; Ishitani, Lenice H.; Teixeira, Renato A.; Abreu, Daisy M.X.; Corrêa, Paulo, Roberto L.; Marinho, Fátima e Vasconcelos Ana M.N. 2020. “Deaths Due to COVID-19 in Brazil: How Many Are There and Which Are Being Identified?” *Revista Brasileira de Epidemiologia* 23: 1–7.

FUNAI. 2022. “Último Censo do IBGE Registrou Quase 900 Mil Indígenas no País; Dados Serão Atualizados em 2022.” *Sítio da Funai*, 20 de julho. <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2022-02/ultimo-censo-do-ibge-registrou-quase-900-mil-indigenas-no-pais-dados-serao-atualizados-em-2022>. Acesso em 5 de junho de 2023.

Gov.br. 2021. “Mais de três milhões de acordos entre trabalhadores e empresas foram fechados em 2021.” *Serviços e Informações do Brasil*, 25 de agosto. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/trabalho-e-previdencia/2021/08/mais-de-tres-milhoes-de-acordos-entre-trabalhadores-e-empresas-foram-fechados-em-2021>. Acesso em 29 de maio de 2023.

Guedes, Paulo. 2020. “Guedes anuncia auxílio de R\$ 200 mensais a trabalhadores informais.” *Canal da Record News no Youtube*, 18 de março. <https://www.youtube.com/watch?v=2qV1euU68Ww>. Acesso em 30 de maio de 2023.

Guicheney, Helen; Junqueira, Murilo O. e Araújo, Victor. 2018. “O Debate So-

bre o Federalismo e Suas Implicações para a Governabilidade no Brasil (1988–2015).” *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica* 1(83): 69–92.

Heuer, Jan-Ocko. 2021. “Fiscal Austerity, Welfare Retrenchment and Political Populism in Continental European Welfare States.” *The Handbook on Austerity, Populism, and the Welfare State*, org. Bent Greve, 155–169. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

IBGE. 2019. “Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017.” *Contas Nacionais* 71: 1–12.

IBGE. 2023. “Cidades e Estados.” *Sítio do IBGE*. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em 2 de fevereiro de 2023.

INESC, 2022. “A Conta do Desmonte: Balanço do Orçamento Geral da União 2021.” Brasília: INESC.

Kaltwasser, Cristóbal R. e Zanotti, Lisa. 2021. “Populism and the Welfare State.” *The Handbook on Austerity, Populism, and the Welfare State*, org. Bent Greve, 41–53. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Krause, Werner e Giebler, Heiko. 2020. “Shifting Welfare Policy Positions: The Impact of Radical Right Populist Party Success Beyond Migration Politics.” *Representation* 56(3): 331–348.

Liu, Yuan; Wang, Kexin; Yang, Lin e He, Daihai. 2022. “Regional Heterogeneity of In-Hospital Mortality of COVID-19 in Brazil.” *Infectious Disease Modelling* 7: 364–373.

Lopes, Raquel e Vargas, Mateus. 2022. “Brasil Acumula Problemas em Série de Testagem em Momento de Alta da Ômicron.” *Folha de São Paulo*. 17 de janeiro de 2022. <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/01/brasil-acumula-problemas-em-serie-de-testagem-em-momento-de-alta-da-omicron.shtml>. Acesso em 21 de março de 2023.

Lotta, Gabriela S.; Magri, Giordano M.; Nunes, Ana C.; Benedito, Beatriz S.; Aliberti, Claudio; Ribeiro erika C.; Silva, Fernanda L.; Thomazinho, Gabriela; Pereira, Guilherme; Miranda, Juliana R.; Corrêa, Marcela G.; Silveira, Mariana; Krieger, Morgana G.M.; Barcellos, Taciana e Santos, Alexsandro. 2021. “O Impacto da Pandemia de Covid-19 na Atuação da Burocracia de Nível de Rua no Brasil.” *Revista Brasileira de Ciência Política* 35: 1–38.

Lowy Institute. 2021. “Covid Performance Index.” *Sítio do Lowy Institute*. <https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/#country-compare>. Acesso em 1º de abril de 2022.

Magno, Laio; Rossi, Thais A.; Mendonça-Lima, Fernanda W.; Santos, Carina C.; Campos, Guilherme B.; Marques, Lucas M.; Pereira, Marcos; Prado, Nília M.B.L. 2020. “Desafios e Propostas para Ampliação da Testagem e Diagnóstico para Covid-19 no Brasil.” *Ciência e Saúde Coletiva* 25(9): 3355–3364.

Marinho, Maria F.; Torrens, Ana; Teixeira, Renato; Brant, Luisa C.C.; Malta, Deborah C.; Nascimento, Bruno R.; Ribeiro, Antonio L.P.; Delaney, Richard; Paula, P.C.B.; Setel, Philip; Sampaio, Jhames M. e Nogales-Vasconcelos, Ana M. 2022. “Racial Disparity in Excess Mortality in Brazil During COVID-19 Times.” *European Journal of Public Health* 32(1): 24–26.

Marlow Emily C.; Jemal, Ahmedin; Thomson, Blake; Wiese, Daniel; Zhao, Jingxuan; Siegel, Rebecca L. e Islami, Farhad. 2023. “Mortality by Education Before and During the COVID-19 Pandemic, U.S. 2017–2020”. *American Journal of Preventive Medicine* 64(1): 105–116.

Marques, José. 2018. “Folha É a Maior Fake News do Brasil, Diz Bolsonaro a Manifestantes.” *Folha de São Paulo*. 21 de outubro de 2018. <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2018/10/folha-e-a-maior-fake-news-do-brasil-diz-bolsonaro-a-manifestantes.shtml> Acesso em 30 de abril de 2023.

Matarazzo, Hellen e Zoca, Bruno. 2022. *Cenário dos Hospitais no Brasil 2021–2022*. Brasília: CNSaúde/FBH.

Mattedi, Marcos. 2017. “Dilemas e Perspectivas da Abordagem Sociológica dos Desastres Naturais.” *Tempo Social* 29(3): 261–285.

Ministério da Cidadania. 2021. “Auxílio Emergencial.” *Sítio Gov.br*. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/covid-19/transparencia-e-governanca/auxilio-emergencial-1/auxilio-emergencial-2021>. Acesso em 8 de maio de 2022.

Ministério da Saúde. 2023. “Vacinômetro COVID-19.” *Sítio do Ministério da Saúde*. https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html. Acesso em 30 de abril de 2023.

Moreira, Rafael S.; Costa Emilly G.; Santos, Lucas F.R.; Miranda, Luiz H.L.; Oliveira, Raiany R.; Romão, Ricardo F.; Cozer, Rodolfo F. e Guedes, Sarah C. 2022. “The Assistance Gaps in Combating Covid-19 in Brazil: For Whom, Where and When Vaccination Occurs.” *BMC Infectious Diseases* 22, 473. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07449-5>. Acesso em 22 de março de 2023.

Moura, Eduardo A.C. 2021. *Auxílios Emergenciais de Combate à Pandemia: Avaliação dos Impactos Sobre a Pobreza e a Desigualdade no Brasil em 2020*. Trabalho

de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Econômicas). Universidade de Brasília, Brasília.

Mudde, Cas. 2007. *Populist Radical Right Parties in Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.

Nygård, Mikael e Kuisma, Mikko. 2021. “Family Policy in Europe in the Era of Austerity and Populism.” *The Handbook on Austerity, Populism, and the Welfare State*, org. Bent Greve, 294–311. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Our World in Data. 2023. “Coronavirus Pandemic (COVID-19).” *Sítio do Our World Data*. <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em 5 de maio de 2023.

Palermo, Vicente. 2000. “Como se Governa o Brasil? O Debate sobre Instituições Políticas e Gestão de Governo.” *Dados: Revista de Ciências Sociais* 43(3): 521–557.

Paschoalotto, Marco A.C.; Lopes, José E.F.; Oliveira, P.H. e Barros, Pedro P. 2022. “Performance of Subnational Governments in the COVID-19 Pandemic: An Analysis of the Public and Private Health Services in Brazil.” *BAR – Brazilian Administration Review* 19(4): 1–22.

Percio, Jadher; Cabral, Cibelle M.; Francieli F.S.T. Fantinato; Assis, Dalva M.; Guzman-Barrera, Lely S. e Araujo, Wildo N. 2022. “Effect of Vaccination Against Covid-19 One Year After Its Introduction in Brazil Tropical Diseases.” *Travel Medicine and Vaccines* 8(25): 1–11.

Ramos, Charmaine G. 2020. “Change Without Transformation: Social Policy Reforms in the Philippines under Duterte.” *Development and Change* 51(2): 485–505.

Ranzani, Otavio T.; Bastos, Leonardo S.L.; Gelli, João G.M.; Marchesi, Janaina F.; Baião, Fernanda; Hamacher, Silvio; Bozza, Fernando A. 2021. “Characterization of the First 250,000 Hospital Admissions for COVID-19 in Brazil: A Retrospective Analysis of Nationwide Data.” *The Lancet Respiratory Medicine* 9(4): 407–18.

Rodrigues, Gilberto M. A.; Oliveira, Vanessa E.; Araújo, Marcelo L.C.; e Ferrari, Sérgio. 2022. “Brazil and the Fight Against COVID-19: Strengthening State and Municipal Powers.” *Comparative Federalism and Covid-19: Combating the Pandemic*, org. Nico Steytler, 239–257. Nova York: Routledge.

Santos, Cleber V.B.; Valiati, Naiara C.M.; Noronha, Tatiana G.; Porto, Victor B.G.; Pacheco, Antônio G.; Freitas, Laís P.; Coelho, Flávio C.; Gomes, Marcelo

F.C.; Bastos, Leonardo S.; Cruz, Oswaldo G.; Lana, Raquel M.; Luz, Paula M.; Carvalho, Luiz M.F.; Werneck, Guilherme L.; Struchiner, Claudio J.; e Villelab, Daniel A.M. 2023. “The Effectiveness of COVID-19 Vaccines Against Severe Cases and Deaths in Brazil From 2021 to 2022: A Registry-Based Study.” *The Lancet Regional Health – Americas*. 20(abr): 100465.

Santos, Fabiano. 2003. *O Poder Legislativo no Presidencialismo de Coalizão*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.

Santos, Hebert L.P.C.; Maciel, Fernanda B.M.; Santos Jr, Geovani M.; Martins, Poliana C. e Prado, Nília M.B.L. 2021. “Gastos Públicos com Internações Hospitalares para Tratamento da Covid-19 no Brasil em 2020.” *Revista de Saúde Pública* 55(52): 1–12.

Simoni Jr, Sérgio; Lazzari eduardo e Fimiani, Heloisa. 2022. “Federalismo Fiscal na Pandemia da Covid-19: Do Federalismo Cooperativo ao Bolsonarista.” *Cadernos Gestão Pública e Cidadania* 27(87): 1–20.

Siqueira, Camila A.S.; Freitas, Yan N.L.; Cancela, Mariana C.; Carvalho, Monica; Silva, Leorik P.; Dantas, Nielsen C.D. e Souza, Dyego L.B. 2022. “COVID-19 no Brasil: Tendências, Desafios e Perspectivas Após 18 Meses de Pandemia.” *Revista Panamericana de Salud Publica* 46:e74. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.74>. Acesso em 21 de abril de 2023.

Soares, Gustavo H.; Jamieson, Lisa; Biazevic, Maria G.H. e Crosato, Edgard M. 2022. “Disparities in Excess Mortality Between Indigenous and Non-Indigenous Brazilians in 2020: Measuring the Effects of the COVID-19 Pandemic.” *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 9:2227–2236.

Sousa Filho, José F.; Silva, Uriel M.; Lima, Larissa L.; Paiva, Aureliano S.S.; Santos, Gervásio F.; Andrade, Roberto F.S.; Gouveia, Nelson; Silveira, Ismael H.; Friche, Amélia A. de Lima; Barreto, Maurício L. e Caiaffa, Waleska T. 2022. “Association of Urban Inequality and Income Segregation With Covid-19 Mortality in Brazil.” *PLoS One* 17(11): e0277441. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277441>.

Spanje, Joost van. 2010. “Contagious Parties: Anti-Immigration Parties and Their Impact on Other Parties Immigration Stances in Contemporary Western Europe.” *Party Politics* 16(5): 563–586.

Tamaki eduardo Ryo e Fuks, Mario. 2020. “Populism in Brazil’s 2018 General Elections: An Analysis of Bolsonaro’s Campaign Speeches.” *Lua Nova* 109: 103–127.

UOL. 2020. “Índio Tá Evoluindo, Cada Vez Mais É Ser Humano Igual a Nós”. *Sítio do UOL*, 23 de janeiro. <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/01/23/indio-ta-evoluindo-cada-vez-mais-e-ser-humano-igual-a-nos-diz-bolsonaro.htm>. Acesso em 30 de abril de 2023.

Veja. 2017. “Bolsonaro É Acusado de Racismo por Frase em Palestra na Hebraica”. *Sítio da Veja*, 4 de abril. <https://veja.abril.com.br/brasil/bolsonaro-e-acusado-de-racismo-por-frase-em-palestra-na-hebraica>.

WHO – World Health Organization. 2023. “WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.” <https://covid19.who.int/>. Acesso em 4 de maio de 2023.

Xavier, Diego R.; Lima e Silva, Eliane; Lara, Flávio A.; Silva, Gabriel R.R.; Oliveira, Marcus F.; Gurgel, Helen e Barcellos, Christovam. 2022. “Involvement of Political and Socio-Economic Factors in the Spatial and Temporal Dynamics of Covid-19 Outcomes in Brazil: A Population-Based Study.” *The Lancet Regional Health – Americas* 10:100221. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100221>.