

As medidas governamentais adotadas em resposta ao COVID-19 no Brasil atendem aos critérios da OMS para flexibilização de restrições?

BSG-WP-2020/033

Junho 2020

Anna Petherick, Blavatnik School of Government,
University of Oxford

Rafael Goldszmidt, EBAPE-FGV, Rio de Janeiro

Beatriz Kira, Blavatnik School of Government,
University of Oxford

Lorena Barberia, Department of Political
Science, University of São Paulo

OxCGRT Brazil subnational coders

As medidas governamentais adotadas em resposta ao Covid-19 no Brasil atendem aos critérios da OMS para flexibilização de restrições?

Autores

Anna Petherick*, Blavatnik School of Government, Universidade de Oxford

Rafael Goldszmidt, EBAPE-FGV, Rio de Janeiro

Beatriz Kira*, Blavatnik School of Government, Universidade de Oxford

Lorena Barberia, Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo

OxCGRT Brazil Subnational Coders

Resumo

Este estudo reúne informações sobre as medidas de resposta ao Covid-19 no Brasil a nível federal, estadual e de capitais estaduais, dados de mobilidade de telefones celulares, e dados originais da pesquisa, para avaliar se os seis critérios elencados pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a prontidão de uma região para o relaxamento das políticas de resposta são atendidos. Achamos que esse não é o caso. Usando a codificação do OxCGRT para as medidas adotadas pelos governo federal, governos estaduais e pelos governos de algumas cidades, relatamos que as unidades subnacionais foram responsáveis por muitas dessas medidas e que as políticas públicas dos governos estaduais afetaram significativamente o comportamento dos cidadãos (com impacto nas três medidas disponíveis de mobilidade). Embora as mudanças na mobilidade tenham diminuído ao longo do tempo, durante o período em que a rigidez das políticas foi alta (de meados de março até o final de maio), tais mudanças permaneceram significativas.

Nossa pesquisa com 1.654 indivíduos identificou deficiências no entendimento sobre como as pessoas que estão em auto-isolamento devem se comportar: 95% das populações de oito capitais estaduais acreditaram equivocadamente que o auto-isolamento significa que você pode sair de casa para comprar itens essenciais. Da mesma forma, as pessoas com sintomas recentes eram mais propensas a saírem de casa apenas uma ou duas vezes em quinze dias do que aquelas que provavelmente não estavam contagiosas. Conforme relatado em outros meios, testes e o rastreamento de contatos têm sido limitados no Brasil (embora os cidadãos tenham um bom conhecimento de como reconhecer os sintomas do Covid-19), e os grupos economicamente vulneráveis tiveram as maiores reduções de renda. Também encontramos indícios de que ter uma renda alta prevê acesso oportuno a testes, e que o suporte à renda fornecido por meio do Auxílio Emergencial compensou por pelo menos metade das perdas de renda de muitos beneficiários. Crianças e adolescentes de escolas particulares receberam educação em casa de maior qualidade do que estudantes de escolas públicas. No final do relatório, fornecemos resumos relatando a evolução das políticas

públicas e resultados da pesquisa para oito capitais estaduais - Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo.

Agradecimentos

Os autores agradecem seus colegas por comentários fornecidos às perguntas de pesquisa, especialmente Eduardo Andrade, Thomas Hale, Toby Phillips, Clare Leaver e Cesar Zucco. A pesquisa foi financiada pelo Global Challenges Research Fund, pela The Alfred Landecker Foundation, e pela Blavatnik School of Government.

Anna Petherick, Beatriz Kira e Rafael Goldszmidt contribuíram com desenho da pesquisa, análise, redação, revisão e edição do relatório. Lorena Barberia contribuiu com os mapas e revisou as questões de pesquisa, as análises, e o texto.

Os OxCGRT Brazil Subnational Coders são: Anna Paula Ferrari Matos, Beatriz Franco, Beatriz Kira, Camilla Sacchetto, Carla Almeida da Vila, Carolina Scherer Beidacki, Daniel Pereira Cabral, Davi Mamblona Marques Romão, Dayane Ferreira, Fabiana da Silva Pereira, Guilherme Ramos, Isabel Seelaender Costa Rosa, Isabela Blumm, Laura dos Santos Boeira, Luiz Guilherme Roth Cantarelli, Marcela Mello Zamudio, Maria Leticia Claro de Faria Oliveira, Natalia Brigadão, Natália de Paula Moreira, Pedro Arcain Riccetto, Pedro Santana Schmalz, Pollyana Pacheco Lima, Ricardo Miranda Rocha Leitão, Rodrigo Furst de Freitas Accetta, Tamoi Fujii, e Teresa Soter Henriques.

Autoras para correspondência: Anna Petherick (anna.petherick@bsg.ox.ac.uk) e Beatriz Kira (beatriz.kira@bsg.ox.ac.uk)

Os dados apresentados nesse relatório estão acessíveis no GitHub:
<https://github.com/OxCGRT/Brazil-covid-policy>

Introdução

Este estudo tem como objetivo informar formuladores de políticas públicas no Brasil, no momento em que enfrentam escolhas difíceis sobre a flexibilização das políticas de distanciamento social. Desde o final de fevereiro, quando foi confirmado o primeiro caso de Covid-19 no Brasil, os governos subnacionais assumiram grande parte da árdua tarefa de formular e implementar políticas de resposta ao surto. Tais medidas foram tomadas sob diversos tipos de limitações de recursos, incluindo escassez de informações. Governadores e prefeitos determinaram o fechamento de locais de trabalho, estabeleceram toques de recolher em alguns locais, cancelaram eventos públicos, restringiram o movimento entre cidades, e até proibiram a entrada de não-residentes em determinados bairros.¹ Apesar disso, o surto continuou crescendo rapidamente. Atualmente, o Brasil tem o segundo maior número de casos e mortes confirmados no mundo, depois apenas dos Estados Unidos.² Respostas governamentais lentas ou insuficientes rígidas, ou que tenham efeito limitado no comportamento real, têm enormes custos para a saúde pública. No entanto, ao mesmo tempo, há custos educacionais decorrentes do fechamento das escolas, custos econômicos decorrentes da paralisação das atividades das empresas, e outras questões de saúde pública associadas à manutenção de um distanciamento social prolongado e rígido, incluindo o agravamento de questões de saúde mental e de casos de violência doméstica. A tarefa de decidir como e quando implementar e relaxar as políticas de resposta ao Covid-19 é extremamente difícil, especialmente com dados insuficientes nos quais basear a tomada de decisão.

Diante da responsabilidade e da complexidade dessas tarefas, reunimos diferentes tipos de informações para embasar a tomada de decisão baseada em evidências. Nosso objetivo é esclarecer as forças das políticas que foram implementadas, onde foram adotadas, e investigar alguns dos impactos dessas políticas, embora não tenhamos a pretensão de abordar esse último ponto de forma abrangente. Com base no sistema de codificação do Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT),³ fornecemos um relato sistemático e objetivo da força das políticas de resposta ao Covid-19 que foram implementadas pelo governo federal, pelos governos estaduais, e pelos governos de algumas capitais brasileiras. Juntamente com essas informações, apresentamos análise de dados de mobilidade de telefones celulares, bem como os resultados de uma pesquisa com 1.654 moradores de oito capitais do Brasil. Os dados de mobilidade foram desagregados em diferentes tipos de movimento, e mostram se as pessoas estavam ficando em casa durante o dia, mudanças nas distâncias percorridas e mudanças no número de deslocamentos não essenciais realizados. A pesquisa foi projetada para verificar se a realidade local corresponde à lista de recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre medidas que devem ser

¹ Veja os resumos das medidas adotadas nas oito capitais para mais detalhes.

² Dong E. et al. 2020. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5): p533-534. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)

³ Hale, Thomas, Noam Angrist, Beatriz Kira, Anna Petherick, Toby Phillips, Samuel Webster. "Variation in Government Responses to COVID-19" Version 6.0. Blavatnik School of Government Working Paper. 25 de maio de 2020. Disponível em: www.bsg.ox.ac.uk/covidtracker.

implementadas antes que as políticas de resposta ao Covid-19 possam ser relaxadas com segurança. A pesquisa foi realizada pelo telefone entre 6 e 27 de maio, e usa uma amostra estratificada por idade, sexo, escolaridade e faixa de renda.

As seis recomendações da OMS publicadas em 14 de abril não foram amplamente discutidas no Brasil. O documento de orientação da OMS que apresenta tais recomendações afirma que “sem um planejamento cuidadoso e na ausência de ampliação das capacidades do sistema de saúde pública e do atendimento clínico, a flexibilização prematura das medidas de distanciamento físico provavelmente levará a um ressurgimento descontrolado da transmissão do Covid-19 e a uma segunda onda ampliada de casos” (OMS, 14 de abril, p3).⁴ Essas recomendações incluem, por exemplo, sugestões específicas para testar, rastrear e isolar novos casos; para a adaptação física dos locais de trabalho, escolas e casas de repouso para torná-los seguros; e recomendações sobre a importância de garantir que a população compreenda o processo em etapas para o relaxamento das políticas de distanciamento. As recomendações não são adaptadas às vulnerabilidades socioeconômicas específicas de diferentes populações, mas foram apresentadas em reconhecimento às escolhas mais difíceis para estabelecer e manter políticas rígidas de distanciamento social enfrentadas em contextos mais vulneráveis.

As perguntas do questionário tinham como objetivo investigar até que ponto essas medidas estavam em vigor no momento da pesquisa (6 a 27 de maio). Além disso, foram feitas várias perguntas sobre a gravidade de alguns dos custos das políticas de resposta ao Covid-19. Também investigamos alguns comportamentos substitutos, como, por exemplo, quais materiais as crianças e os adolescentes que não estão indo à escola estão usando para estudar. Nesse ponto, descobrimos que menos alunos de escolas públicas em comparação com alunos de escolas particulares, e menos meninas do que meninos, estão estudando em casa, e que há também diferenças nas proporções de estudantes que usam materiais que provavelmente são apropriados para seu nível de aprendizado. Alunos de escolas particulares são mais propensos do que alunos de escolas públicas a usarem materiais de estudo fornecidos pelos professores habituais.

No geral, a codificação das políticas governamentais subnacionais e nossa análise dos dados de mobilidade de telefones celulares mostram que as medidas de resposta do governo afetam o comportamento em grande parte como pretendido. Apesar de as pessoas realmente começarem a se movimentar mais à medida que as restrições ficam em vigor por mais tempo, as medidas permanecem eficazes por dois a três meses. Nossos resultados da pesquisa complementam esses achados e sugerem que as pessoas que vivem nos oito centros urbanos estudados – Fortaleza, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, e São Paulo – tiveram comportamentos semelhantes (embora não idênticos), independentemente da probabilidade de serem contagiosas. Aquelas que tiveram pelo menos um dos sintomas do Covid-19 na semana anterior, com início dos sintomas dentro de um período sugerindo possível infecciosidade, e aquelas que estiveram em contato com uma pessoa sintomática dentro de um período similarmente relevante, não tinham maior probabilidade de ficar em casa durante todo o período de duas semanas antes da pesquisa do que as pessoas que tinham menos motivo para suspeitarem que eram contagiosas. Há diferenças, no

⁴ Organização Mundial da Saúde. COVID-19 Strategy update. 14 de abril de 2020, p3. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>.

entanto, na frequência com que as pessoas saem de casa. Pessoas sintomáticas e potencialmente contagiosas saíram de casa em menos dias do que pessoas provavelmente não contagiosas, e têm maior tendência a saírem de casa em apenas um ou dois dias na quinzena anterior.

Ademais, descobrimos que habitantes das oito capitais estudadas têm um bom conhecimento dos sintomas do Covid-19, e que as pessoas consideram que a doença é grave. No entanto, houve uma confusão substancial sobre se alguém que está em 'auto-isolamento' pode sair de casa, sugerindo que as mensagens em torno do distanciamento físico e confinamento domiciliar podem parecer menos ambíguas - e podem levar a um nível de conformidade maior entre pessoas potencialmente contagiosas - do as atuais mensagens veiculadas em campanha de informação. É encorajador, no entanto, o fato de que as pessoas estão se apoiando. Pessoas que não saíram de casa, em geral, receberam entregas de mantimentos, bem como chamadas e mensagens de apoio de outras pessoas.

Nossa pesquisa também revelou que os testes, importantes instrumentos de controle da doença, não eram frequentes, mesmo entre pessoas potencialmente infectadas. Entre as pessoas que relataram terem tido pelo menos um sintoma do Covid-19, 7% foram testadas para o novo coronavírus e 13% disseram que tentaram fazer um teste mas não conseguiram. De fato, o único fator que prevê significativamente a realização de um teste é ter uma renda mensal de pelo menos 10 vezes o salário mínimo. Ao mesmo tempo, os rendimentos das pessoas de menor renda, dos trabalhadores informais, e dos microempreendedores formais foram os mais atingidos desde fevereiro.⁵ Os locais de trabalho que permaneceram abertos não fizeram tanto quanto os supermercados e hospitais para estabelecer protocolos de distanciamento social, como reorganizar os assentos para manter os trabalhadores ou visitantes a dois metros de distância.

Optamos por focar nossa pesquisa nas grandes cidades porque nesses ambientes o surto é, atualmente, mais agudo. As grandes cidades são locais particularmente valiosos para pesquisa sobre o Covid-19 porque tendem a ter altas densidades populacionais, o que facilita a transmissão do vírus da doença⁶. Tais cidades também servem como centros de transporte para suas regiões, com redes de transporte se estendendo para os municípios vizinhos. É nas grandes cidades, também, que se localizam os grandes hospitais e os sistemas de gestão de saúde dos quais outras localidades dependem. As oito cidades selecionadas para nossa pesquisa são as capitais dos estados com as maiores populações em suas regiões (dentre as cinco regiões geográficas brasileiras) ou são capitais que testemunharam significativos surtos de Covid-19.

A próxima seção do relatório apresenta uma visão geral das seis recomendações da OMS. Em seguida, o relatório descreve as políticas implementadas pelo governo federal e apresenta análises dos padrões de mobilidade em todo o país, associados às políticas dos governos estaduais. Na sequência, apresentamos os resultados da pesquisa para as oito capitais combinadas e, após uma seção de discussão dos resultados, seções com

⁵ Uma pesquisa recente do IBGE apontou achados semelhantes. Ver: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19. Maio 2020. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>

⁶ Organização Mundial da Saúde. Strengthening Preparedness for COVID-19 in Cities and Urban Settings. 28 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/strengthening-preparedness-for-covid-19-in-cities-and-urban-settings>

resumos sobre cada uma dessas cidades, uma por uma. Este estudo é uma análise inicial dos dados que possuímos. Com mais tempo para analisar os resultados, pretendemos publicar novos achados, e incentivamos outras pessoas a usarem nossa codificação das medidas subnacionais e os dados coletados pela pesquisa para a elaboração de políticas públicas baseadas em evidências. Para além disso, nós não temos a pretensão de afirmar que os resultados são exaustivos, e encorajamos que sejam considerados ao lado de outras fontes confiáveis de informação, em particular sobre a capacidade do sistema de saúde. Enquanto nossa intenção principal é auxiliar formuladores de políticas públicas, algumas de nossas conclusões podem ser seguidas pelo setor privado e pela sociedade civil.

Recomendações Internacionais de Saúde Pública

O conjunto de orientações técnicas da OMS sobre o Covid-19 evoluiu com o tempo. À medida que a doença se espalhou pelo mundo, a lista de medidas recomendadas para os governos se tornou mais longa e mais específica para países em diferentes estágios dos surtos de Covid-19. Em 11 de março, com casos confirmados em 113 países e territórios ao redor do mundo, a OMS declarou oficialmente o Covid-19 uma pandemia. À medida que os países aumentavam suas respostas, as diretrizes da OMS eram constantemente atualizadas e adaptadas a quatro cenários de transmissão: países sem casos; países com um ou mais casos, importados ou detectados localmente (casos esporádicos); países que enfrentam grupos de casos concentrados no tempo ou no espaço (grupos de casos); e países vivenciando grandes focos de transmissão local (transmissão comunitária).

Em 14 de abril, quando as discussões sobre como e quando relaxar as medidas de resposta do governo começaram a ganhar destaque, a OMS atualizou seu documento estratégico sobre a Covid-19 para fornecer orientação aos governos sobre o assunto⁷. O documento aconselhou cada governo a avaliar sua situação com base em seis critérios, apresentados como uma lista de medidas recomendadas e cenários que os países deveriam estabelecer antes da redução da rigidez das políticas de resposta. Esses critérios continuam sendo os principais guias publicados pela OMS para orientar formuladores de políticas públicas diante de decisões difíceis sobre como e quando relaxar as medidas de resposta do Covid-19⁸. Os seis critérios são:

1. O número de novos casos de Covid-19 deve ser reduzido a um nível que o sistema de saúde possa gerenciar. Idealmente, a transmissão deve ser controlada ao nível de casos esporádicos e grupos de casos. Isso pode ser avaliado através do declínio contínuo do número de casos em um período de 14 dias ou mais.
2. O número de profissionais de saúde pública e a capacidade do sistema de saúde devem ser suficientes para detectar e isolar todos os casos, independentemente da gravidade desses casos e se eles surgem por transmissão local ou se são importados de outros lugares. Isso requer monitoramento do sistema de saúde, por exemplo, monitoramento do número de leitos de UTI disponíveis, para que a capacidade não seja excedida.
3. Em ambientes altamente vulneráveis, como hospitais e casas de repouso, os principais fatores de transmissão devem ser identificados e medidas apropriadas

⁷ Organização Mundial da Saúde. COVID-19 Strategy update. 14 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>.

⁸ Desde então, a OMS publicou mais orientações operacionais para apoiar a preparação e a resposta dos países e atualizou sua moldura de monitoramento e avaliação, mas o documento publicado em 14 de abril continua sendo a principal orientação sobre as medidas recomendadas de saúde pública.

de distanciamento devem ser implementadas para minimizar o risco de novos surtos.

4. Medidas padrões de prevenção devem ser estabelecidas nos locais de trabalho, incluindo diretrizes e, onde necessárias, capacidades adicionais para garantir o distanciamento de dois metros entre as pessoas, a higiene das mãos e a etiqueta respiratória. Tais medidas incluem teletrabalho, turnos escalonados e outras práticas para a redução de aglomerações.
5. Medidas devem ser adotadas para reduzir o risco de importação e exportação de casos. Isso requer a identificação de prováveis origens e rotas dos casos importados e o estabelecimento de meios para detectar e gerenciar rapidamente casos suspeitos entre os viajantes que entram e saem no país. Medidas relevantes incluem a triagem de viajantes nos pontos de entrada e o isolamento de viajantes doentes, e a quarentena de indivíduos que chegam de locais com transmissão comunitária.
6. As comunidades devem estar totalmente engajadas e entender que após a transição gradual das restrições rígidas haverá um 'novo normal', no qual medidas de prevenção serão mantidas e no qual todos terão um papel a desempenhar. Isso pode ser avaliado através de pesquisas com a população.

As recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) complementaram as da OMS. As orientações da OPAS apontam que a flexibilização das medidas é um processo mais complexo do que o de implementação, e acrescentam detalhes de como o processo gradual de redução de restrições deve ser planejado. Idealmente, a OPAS sugere que cada etapa do processo seja realizada pelo menos 14 dias após a etapa anterior para permitir a identificação de alterações epidemiológicas ao longo do tempo⁹. As diretrizes da OPAS também reconheceram que, especialmente em grandes países como o Brasil, pode haver diferentes cenários de transmissão simultâneos em áreas geográficas não contíguas, o que requer a adoção de medidas de resposta social geograficamente diferenciadas.¹⁰

O projeto OxCGRT publicou uma 'Lockdown Rollback Checklist', com base nos indicadores de política reunidos em seu banco de dados, dados epidemiológicos do Centro Europeu de Controle de Doenças sobre casos e mortes, e dados de mobilidade de telefones celulares da Apple e do Google. Tal documento “descreve

⁹ Organização Pan-Americana de Saúde. Considerations on the adjustments of social distancing and travel related measures. 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/considerations-adjustments-social-distancing-and-travel-related-measures>

¹⁰ A OPAS, portanto, argumentou que, se as medidas não forem regionalmente adaptadas aos diferentes cenários epidemiológicos, as medidas adotadas a nível nacional e no primeiro nível subnacional (no caso de países grandes como o Brasil) devem ser orientadas pelo cenário correspondente à maior taxa de transmissão.

aproximadamente quão perto países estão de alcançar quatro das seis recomendações atuais da OMS" [citar]¹¹. A descrição é imperfeita porque mesmo para as quatro recomendações que esses dados podem de alguma forma ajudar a avaliar há áreas de incerteza, conforme explicado no próprio documento. Por exemplo, na avaliação da sexta recomendação da OMS, a pontuação de 0 a 1 baseia-se na codificação OxCGRT de se o país implementou uma campanha de informação, bem como no grau de redução de mobilidade no país, ponderado pelo nível de risco de transmissão. Esses dados podem ser indicativos de que as comunidades provavelmente compreendem o 'novo normal' de uma reversão gradual de medidas, mas não avaliam diretamente o nível de engajamento. As duas recomendações da OMS que não são avaliadas no 'Lockdown Rollback Checklist' são as recomendações números 3 e a 4 — se há medidas estabelecidas em ambientes vulneráveis (hospitais e casas de repouso) e nos locais de trabalho.

Devido às dificuldades em reunir dados sobre todas as seis recomendações relevantes para um país com as dimensões do Brasil, decidimos aplicar a codificação do OxCGRT às medidas adotadas pelos governos subnacionais do Brasil e elaborar uma pesquisa referente aos seis critérios da OMS. As perguntas da pesquisa indagam diretamente às pessoas sobre a disponibilidade de testes, sobre conhecimento acerca dos sintomas e comportamentos de auto-isolamento, e se elas acreditam que as políticas de resposta ao Covid-19 serão removidas de uma só vez. Para os entrevistados que visitaram hospitais e casas de repouso, e para quem foi ao trabalho, perguntamos sobre as medidas preventivas que foram estabelecidas nesses locais. Embora nossa pesquisa não consiga avaliar a capacidade do sistema de saúde de forma tão definitiva quanto uma pesquisa com profissionais médicos, também perguntamos aos entrevistados sobre suas impressões e preocupações sobre o quão preparado o sistema de saúde de suas regiões está para atender à demanda gerada pela pandemia.

Antes de relatar as descobertas desta pesquisa, a próxima seção descreve a trajetória do Covid-19 no Brasil e as medidas adotadas para combater a propagação da doença. Isso também inclui uma análise dos efeitos das políticas de resposta do governo federal e dos governos estaduais na mobilidade de cidadãos que possuem smartphones.

¹¹ Hale, Thomas, Noam Angrist, Beatriz Kira, Anna Petherick, Toby Phillips, Samuel Webster. "Lockdown Rollback Checklist" Version 4.0. Blavatnik School of Government Working Paper. 1 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/lockdown-rollback-checklist>

O Contexto Brasileiro

Desde quando o primeiro caso de Covid-19 foi oficialmente registrado no Brasil em 26 de fevereiro, o vírus que causa a doença, o SARS-CoV-2, se espalhou pelos 26 estados do país, para o distrito federal, e por muitos de seus municípios.¹² No Brasil, o total de mortes acumuladas é dramático, e o número continua crescendo.¹³ Conforme explicamos mais adiante nesta seção e nas seções subsequentes, a maior parte das tentativas de controlar o surto foi conduzida pelos governos subnacionais. Mostramos que, de maneira encorajadora, essas questões tiveram um impacto claro no fato de as pessoas saírem de casa todos os dias ou não, na distância dos deslocamentos realizados, e na realização de deslocamentos não essenciais. No entanto, consideradas em conjunto, as evidências sugerem que as medidas tomadas ainda não controlaram a doença.

Os mapas das Figuras 1 e 2 mostram o aumento médio semanal do número de mortes em cada estado e o aumento médio por semana do número de mortes por 100.000 habitantes em cada estado, respectivamente. Embora tenham ocorrido mais mortes no total no estado de São Paulo do que em qualquer outro lugar, a Figura 2 mostra a intensidade do surto desde meados de abril no norte do país, especialmente nos estados do Amazonas e Pará, na região norte, e no Ceará e em Pernambuco, na região nordeste.

¹² O primeiro teste positivo ocorreu em 25 de fevereiro, mas a confirmação só entrou para as estatísticas oficiais em 26 de fevereiro. Cf. Souza, W. M. de et al. *Epidemiological and clinical characteristics of the early phase of the COVID-19 epidemic in Brazil*. doi:<https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20077396>

¹³ Em contextos nos quais testes são limitados, o aumento do número de mortes confirmadas é considerado uma medida mais confiável da extensão da propagação da doença do que o número de casos confirmados.

Figura 1. O número total de mortes confirmadas por semana para cada estado. O estado mais escuro no último mapa é São Paulo.

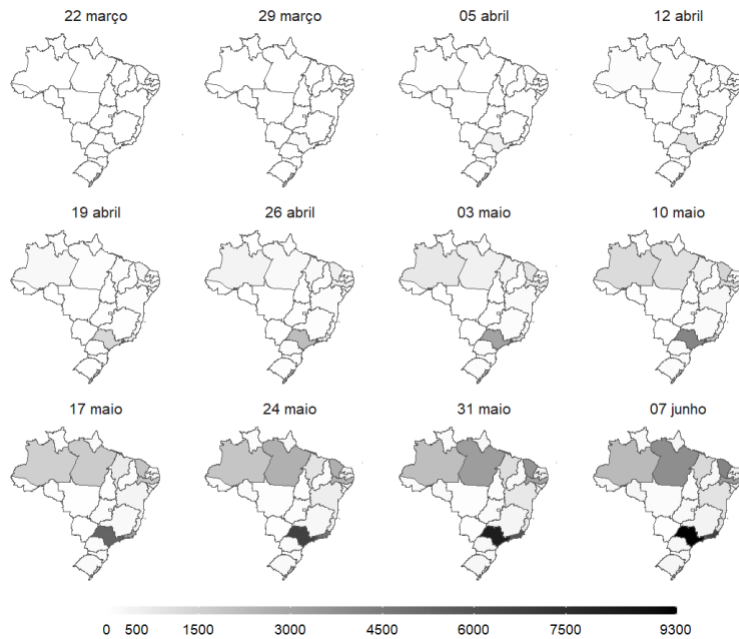
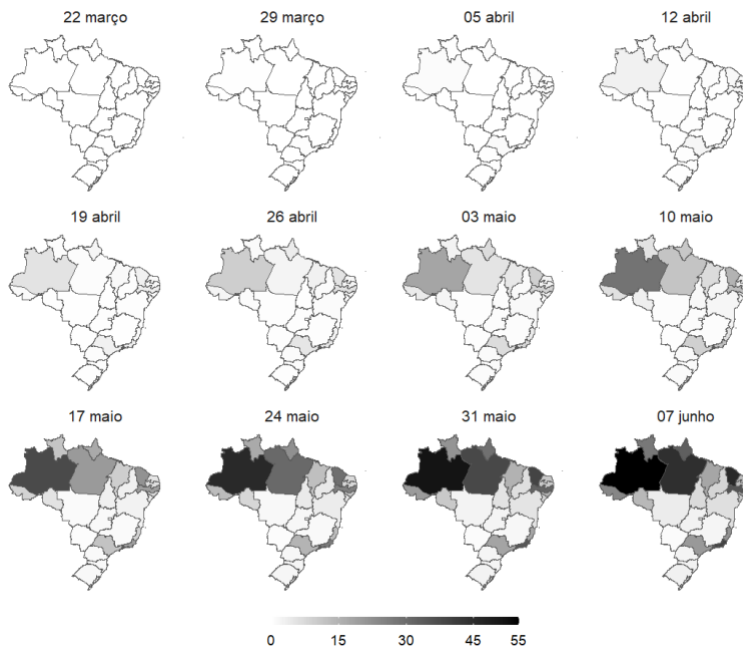


Figura 2. O número de mortes confirmadas por semana por 100.000 habitantes. O estado mais escuro no último mapa é o Amazonas e o segundo mais escuro é o Pará.



Fonte dos dados: Boletins epidemiológicos publicados pelas secretarias de saúde dos estados brasileiros. Os dados foram coletados em 8 de junho com base na compilação coletada por Wesley Cota: <https://raw.githubusercontent.com/wcota/covid19br/master/cases-brazil-states.csv>

Na linguagem dos modelos epidemiológicos, o objetivo das medidas de resposta do governo é reduzir o número efetivo de reprodução, R , para abaixo de 1. Esse é o número médio de pessoas que uma pessoa infectada continua infectando. Quando R cai e permanece abaixo de 1, o vírus desaparece gradualmente na população. Epidemiologistas do MRC Center for Global Infectious Disease Analysis, Imperial College London, atualmente estimam que o SARS-CoV-2 esteja sendo disseminado rapidamente no Brasil: em 15 de junho, o R para todo o país é estimado em 1,39 (com intervalos de confiança de 95% de 1,34 a 1,42).¹⁴ Há, no entanto, uma variação substancial em quão rápido o surto está crescendo em diferentes partes do Brasil. Modelos de transmissão baseados em dados de mobilidade de diferentes empresas de tecnologia sugerem que, no início de junho, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, R estava entre 1 e 1,30.¹⁵ Um relatório publicado em 8 de maio¹⁶ estima R em 1,90 (IC 95%: 1,57 - 2,31) no estado do Pará e 1,16 (IC 95%: 0,95 - 1,39) no estado do Paraná, que faz fronteira com São Paulo ao sul.

Medidas de Resposta do Governo

Em 15 de abril, o Ministro Alexandre de Moraes, do Supremo Tribunal Federal, decidiu liminarmente que os governos estaduais e municipais, no exercício de suas atribuições e em seus territórios, têm competência para adotar e manter medidas restritivas para responder ao Covid-19.¹⁷ De acordo com a decisão, os governos municipais podem complementar a legislação federal e estadual, desde que haja interesse local nas medidas adotadas. Como descrevemos mais detalhadamente nos resumos por cidade ao final deste relatório, vários estados e capitais estaduais adotaram medidas. No período analisado pela pesquisa, alguns haviam decidido prolongar as medidas físicas de distanciamento em vigor. Outros decidiram implementar medidas mais rigorosas. Enquanto outros já haviam começado a flexibilizar restrições.

Nossas três equipes de codificadores, associados à FGV-EBAPE, no Rio de Janeiro, à Universidade de São Paulo e à Universidade de Oxford codificaram medidas de resposta do governo tomadas pelo governo federal brasileiro, pelos governos estaduais, e pelos governos municipais das capitais estaduais, de 1 de janeiro a 31 de maio, usando o sistema de codificação OxCGRT. O OxCGRT coleta informações sistemáticas e

¹⁴ MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Imperial College London. Situation Report for COVID-19: Brazil, 2020-06-09. Disponível em: <https://mrc-ide.github.io/global-Imic-reports/BRA/>

¹⁵ Candido, D. S. et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. medRxiv 2020.06.11.20128249; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128249>

¹⁶ Mellan, T. A., Hoeltgebaum, H. H., Mishra, S. et al. Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil. Imperial College London (08-05-2020), doi: <https://doi.org/10.25561/78872>

¹⁷ Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 672, disponível em <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF672liminar.pdf>. Decisão semelhante foi tomada pelo Plenário do STF em 15 de abril, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 6341.

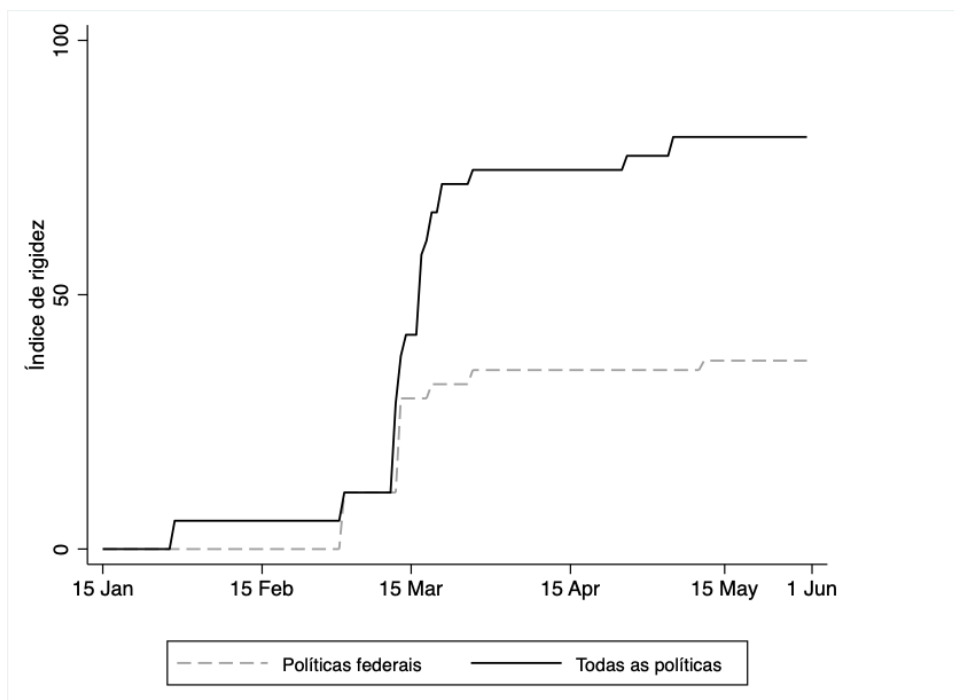
comparáveis sobre políticas de resposta ao Covid-19 em uma série padronizada de 17 indicadores¹⁸. O objetivo é fornecer um registro confiável do que os governos fizeram para reagir à doença. No nível global, esse banco de dados permite comparações no tempo e entre diferentes países para entender como as respostas dos governos evoluíram ao longo do tempo. No nível subnacional, tais indicadores permite o mesmo tipo de análise, mas para capturar variações nas medidas adotadas por diferentes unidades subnacionais dentro de um mesmo país, e variação hierárquica, por diferentes níveis de governo. O codebook do OxCGRT desenvolvido para o nível global foi aplicado ao nível subnacional com apenas alguns ajustes. Consideramos políticas que limitam o fluxo de pessoas ou veículos para sair e entrar de um estado, como uma restrição ao movimento interno daquele estado, e codificamos políticas que restringem o transporte interurbano como limitação no transporte público em nível estadual. Essas pequenas mudanças não afetam o cálculo do índice de rigidez, como descrito abaixo.

A codificação a nível nacional na base de dados internacional do OxCGRT registra o nível mais rígido de cada indicador encontrado em um país (independentemente de qual nível de governo adota a medida) em uma escala ordinal, juntamente com uma codificação binária que atribui 0 às políticas que se aplicam a apenas parte do país e 1 às políticas que se aplicam a todo o país. O índice de rigidez a nível nacional é calculado pela soma da pontuação de cada indicador ordinal e dessa pontuação binária de cada indicador, redimensionado o total para uma escala de 0 a 100 (consulte a descrição completa no GitHub do projeto¹⁹). O índice de rigidez federal e os índices de rigidez estaduais e municipais reportados em outras seções deste relatório são calculados da mesma forma. A colocar lado a lado o índice de rigidez do Brasil como um todo ao lado do índice de rigor das políticas do governo federal, como na Figura 3, é possível ver que os governos subnacionais contribuíram significativamente para o índice de rigidez nacional.

¹⁸ Codebook do Oxford Covid-19 Government Response Tracker, disponível em: <https://github.com/OxCGRT/covid-policy-tracker/blob/master/documentation/codebook.md>

¹⁹ OxCGRT Stringency Index Methodology. Disponível em: https://github.com/OxCGRT/Brazil-covid-policy/blob/master/documentation/stringency_index_methodology.md

Figura 3. Índice de rigidez nacional e índice de rigidez das políticas do governo federal do Brasil ao longo do tempo. A maior parte das políticas de resposta do Covid-19 foi realizada por estados e municípios.



Fonte dos dados: Banco de dados das respostas subnacionais de governos brasileiros, disponível em: <https://github.com/OxCGRT/Brazil-covid-policy>

Medidas do Governo Federal

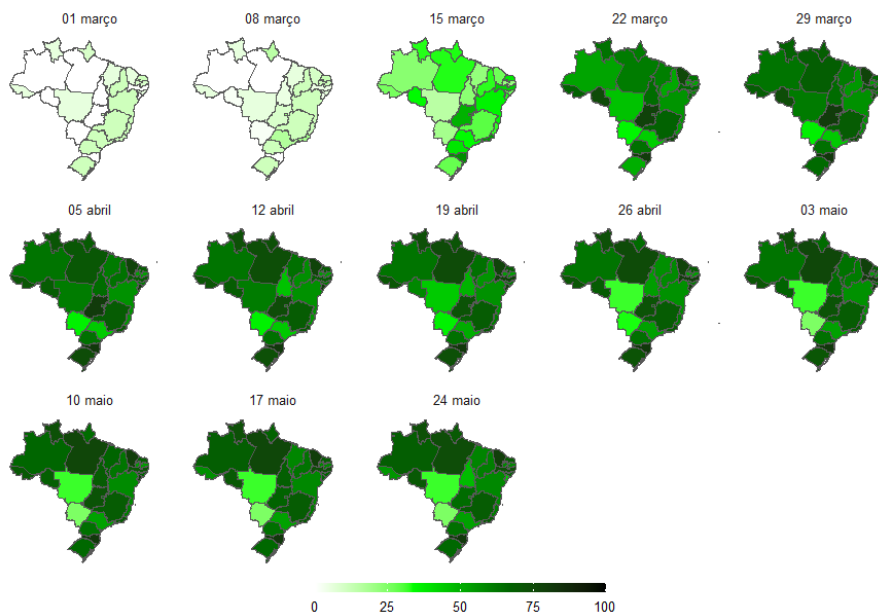
Desde o início do surto do Covid-19, o governo federal tem sido ativo no desenvolvimento de campanhas de informação pública para educar os cidadãos sobre como impedir a propagação do vírus. Desde o início de março, informações sobre higiene das mãos e etiqueta respiratória (cobrir o nariz e a boca ao tossir, e tossir em um lenço de papel e descartá-lo logo em seguida, por exemplo) estavam disponíveis online no site do Ministério da Saúde. O governo federal também lançou um aplicativo de celular para informar o público sobre os sintomas do Covid-19, além de incluir medidas de prevenção e um canal para responder às perguntas dos cidadãos.

As autoridades federais também promoveram algumas medidas de distanciamento social. A partir de meados de março, o Ministério da Saúde recomendou o cancelamento de eventos públicos e o adiamento ou cancelamento de eventos privados com mais de 100 pessoas. Também recomendou que as pessoas evitassem sair de casa e trabalhassem em casa sempre que possível, em áreas do país com transmissão comunitária do vírus. O Ministério da Justiça introduziu controles internacionais de viagens, inicialmente as fronteiras terrestres do Brasil com os países vizinhos e, em 27 de março, fechando completamente as fronteiras internacionais para estrangeiros para

cidadãos estrangeiros de todo o mundo (cidadãos brasileiros eram autorizados a retornar ao país).

O governo federal não exigiu o fechamento de locais trabalho. No entanto, à luz das medidas adotadas pelos estados e municípios para fechar negócios não essenciais, o governo federal publicou um decreto (Decreto nº 10282/2020) listando serviços e atividades essenciais que deveriam permanecer abertos. Após a publicação desse decreto, diversas ações discutindo divergências entre a lista de serviços e atividades essenciais definidos pelo governo federal e aqueles classificados como essenciais por estados e municípios foram apresentadas aos tribunais brasileiros. Por exemplo, um outro decreto publicado pelo governo federal (Decreto nº 10344/2020) incluiu academias e salões de beleza na lista de serviços e atividades essenciais, mas políticas implementadas pela cidade de Osasco, no estado de São Paulo, e pelo estado de Goiás exigiram o fechamento de academias. O Supremo Tribunal Federal, ao julgar casos semelhantes a esses, decidiu que estados e municípios não precisam de autorização do governo federal para adotar medidas restritivas contra a pandemia e que, nos casos de conflito entre políticas estabelecidas por diferentes níveis de governo, a medida local deve prevalecer quando houver um claro interesse local.

Figura 4. A evolução das políticas do governo estadual ao longo do tempo, conforme medido pelo índice de rigidez.



Fonte dos dados: Banco de dados das respostas subnacionais de governos brasileiros, disponível em: <https://github.com/OxCGRT/Brazil-covid-policy>

A Figura 4 mostra a evolução da rigidez das medidas tomadas ao longo do tempo pelos governos estaduais do Brasil. A tonalidade do preenchimento indica a pontuação

média semanal do índice de rigidez das políticas de cada governo estadual. A semana começa no domingo e termina no sábado. Assim, o primeiro mapa é da semana que começa no domingo, 1º de março e termina no sábado, 7 de março de 2020. O último mapa da figura representa a média da semana que começa no domingo, 24 de maio, e termina no sábado, 30 de maio.

Medidas governamentais de resposta e mobilidade

Uma maneira de analisar o impacto das políticas governamentais no comportamento das pessoas é seguir o movimento no espaço de smartphones com certos aplicativos instalados e como ele varia ao longo do tempo. Nas Figuras 5 e 6 e na Tabela 1, usamos dados de mobilidade da InLoco, uma empresa de análise de localização, que rastreia aproximadamente 60 milhões de usuários de smartphones em todo o Brasil. Esses dados podem ser desagregados para indicar diferentes aspectos dos deslocamentos para fora de casa.

Nós usamos três medidas de mobilidade. A primeira é a porcentagem de telefones celulares que permanecem na mesma localização geográfica durante o dia (das 6h às 22h) e durante a noite (das 22h às 6h). Agregamos essa medida para cada estado. A segunda medida é a mudança relativa no número de quilômetros percorridos por dia, em comparação com as cinco primeiras semanas do ano. A terceira medida é a mudança relativa em deslocamentos não essenciais a cada dia por estado (também em comparação com as primeiras cinco semanas do ano). A segunda e terceira medidas são calculadas para usuários de cada estado. A InLoco considera que os deslocamentos não essenciais incluem aqueles para uma grande variedade de estabelecimentos, de bares a spas.²⁰ O número médio de quilômetros e o número médio de deslocamentos essenciais são medidos em relação a uma linha de base estabelecida a partir de um período de cinco semanas, incluindo todas as quatro semanas de janeiro 2020 e a primeira semana de fevereiro 2020.²¹ As figuras 4 e 5 mostram as alterações semanais médias em relação a esse período base para todos os estados. Esses dados de mobilidade são considerados precisos, com um erro padrão estimado de medições de localização de 2,8 metros.

²⁰ A lista inclui bares, padarias, restaurantes, cabeleireiros, lojas de bicicletas, livrarias, centros comerciais, açougues, cafeterias, concessionárias, lojas de chocolates, roupas e cosméticos, lojas de departamento, praças de alimentação, lojas de eletrônicos, academias, lojas de informática, hotéis, lojas de utensílios domésticos, cinemas, sapatarias, shopping centers, agências imobiliárias, lanchonetes, teatros e spas.

²¹ Janeiro e fevereiro são meses de férias escolares no Brasil. Dados para os meses de março, abril e maio no ano anterior não estão disponíveis.

Figura 5. Média semanal das mudanças em relação à linha de base nas distâncias diárias percorridas por usuários de smartphones.

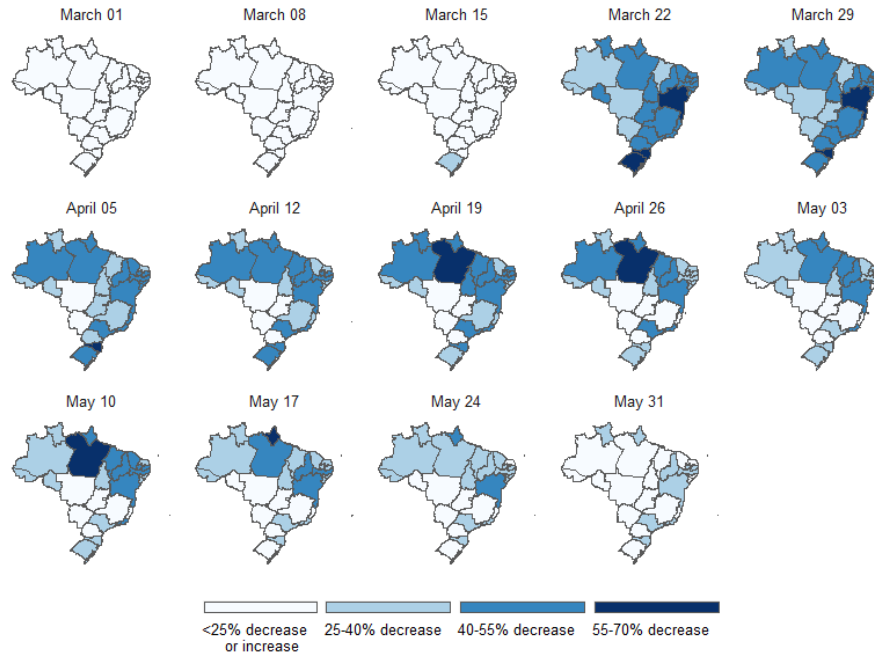
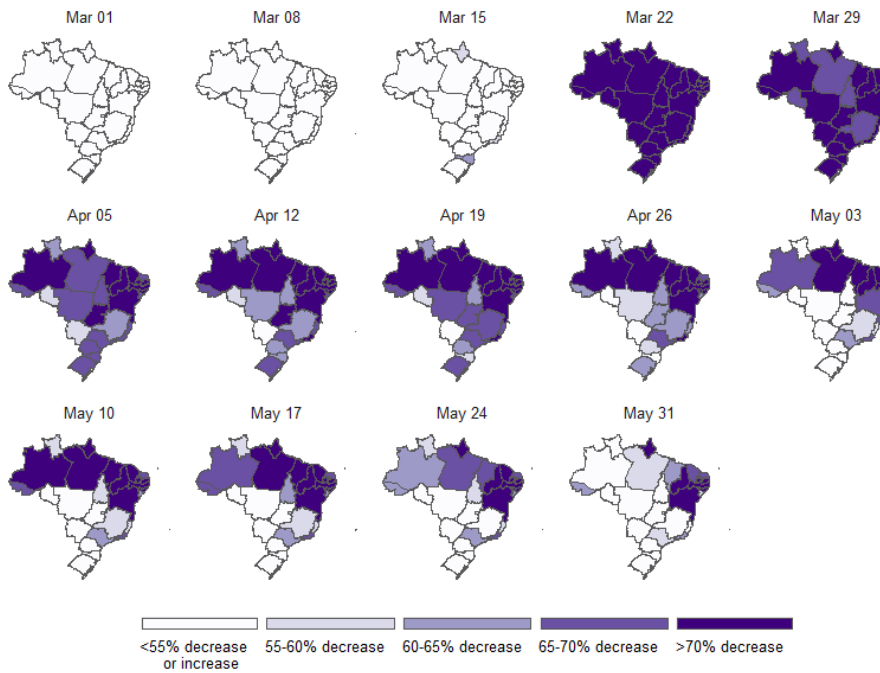


Figura 6. Média semanal das mudanças em relação à linha de base no número diário de deslocamentos não essenciais realizados por usuários de smartphones.



Fonte dos dados: InLoco.

Para avaliar a associação entre as políticas de resposta do governo federal e dos governos estaduais e a mobilidade, estimamos modelos de regressão linear de efeitos fixos no nível estadual. Usamos as três medidas de mobilidade mencionadas acima como variáveis dependentes e os indicadores OxCGRT como variáveis explicativas, agregadas no índice de rigidez ou como métrica de rigidez das restrições de medidas individuais. Nos modelos 4, 5 e 6 (que consideram as medidas individuais), excluímos os controles internacionais de viagens e o fechamento de transporte público (de acordo com a constituição brasileira, o transporte público municipal é de responsabilidade dos municípios²²). Todos os modelos na Tabela 1 incluem variáveis binárias que representam os dias da semana e as semanas do calendário, além de variáveis binárias representando os estados individuais. Os controles do dia da semana levam em consideração a variação normal na permanência em casa, deslocamentos não essenciais e distância percorrida entre os dias de final de semana e o resto da semana. Variáveis binárias para semanas do calendário representam tendências comuns ao longo do tempo, como a disposição ou capacidade das pessoas de permanecerem em casa, ou eventos que não são diretamente relacionados às respostas governamentais nos estados. Finalmente, um conjunto de variáveis binárias representando os estados captura o efeito de características estaduais que não se alteraram no período de análise, como o nível de desenvolvimento econômico. Os efeitos das políticas implementadas simultaneamente em todos os estados são capturados por essas variáveis de semana-calendário. Os efeitos das políticas são estimados principalmente com base em políticas implementadas em diferentes momentos ou em distintas intensidades nos estados. Assim, essa abordagem gera uma estimativa conservadora do efeito das políticas. Testes de robustez com níveis de política dicotomizados, efeitos fixos de mês-calendário (em vez de semana-calendário) e testes usando um termo autoregressivo de primeira ordem podem ser encontrados no Apêndice.

Os resultados da Tabela 1 indicam que a força das medidas em geral, conforme indicado pelo índice de rigidez OxCGRT, teve um efeito significativo em ficar em casa durante o dia (permanência em casa). Um aumento de 10 pontos de rigidez em uma escala de 100 está associado com indivíduos ficando em média 0,9% mais dias em casa do que na primeira semana de fevereiro (Modelo 1). O Modelo 2 mostra que o mesmo aumento no índice de rigidez está associado a uma redução de 3,2% no número de deslocamentos não essenciais por dia em comparação com as primeiras cinco semanas de 2020, e o Modelo 3 mostra que essa mudança na força da política está associado a uma redução de 3,3% na nas distâncias diárias percorrida, em comparação com as primeiras cinco semanas de 2020.

²² De acordo com a Constituição Federal de 1988, os municípios têm competência para legislar sobre serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte público (art. 30, I e V).

Tabela 1. Os efeitos previstos das medidas governamentais estaduais na mobilidade.

	Modelo 1 Permanência em casa (%)	Modelo 2 Mudanças em deslocamentos não essenciais (%)	Modelo 3 Mudanças em distâncias (%)	Modelo 4 Permanência em casa (%)	Modelo 5 Mudanças em deslocamentos não essenciais (%)	Modelo 6 Mudanças em distâncias (%)
Índice de rigidez	0.088*** (0.017)	-0.321*** (0.092)	-0.326*** (0.093)			
Fechamento de escolas				0.018 (0.012)	-0.089*** (0.028)	-0.025 (0.038)
Fechamento de locais de trabalho				0.039*** (0.011)	-0.096** (0.045)	-0.115*** (0.040)
Cancelamento de eventos públicos				0.013 (0.008)	-0.105*** (0.030)	-0.060 (0.037)
Restrições de aglomerações				-0.010 (0.006)	0.041 (0.026)	0.013 (0.025)
Confinamento domiciliar				0.080*** (0.024)	-0.114 (0.080)	-0.089 (0.072)
Restrições de movimentação interna				0.009 (0.009)	-0.029 (0.025)	-0.066* (0.033)
Campanhas públicas de informação				-0.001 (0.006)	-0.005 (0.026)	0.003 (0.028)
Calendário-semana efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Dia da semana efeitos- fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Observações	3078	3078	3078	3078	3078	3078
Estados	27	27	27	27	27	27
R-quadrado	0.858	0.902	0.780	0.865	0.906	0.791

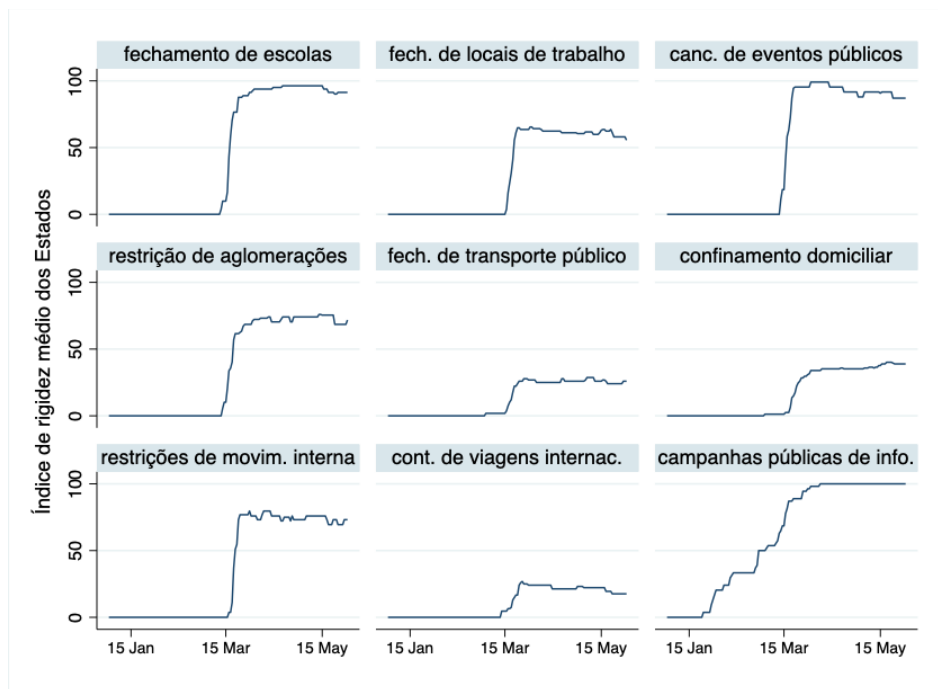
Erros padrão clusterizados entre parênteses

* p<.10 ** p<.05 *** p<.01

A relação entre medidas individuais e mobilidade é examinada nos Modelos 4, 5 e 6. Os efeitos de cada medida relatados nesses modelos devem ser interpretados como os efeitos quando todas as outras medidas listadas na Tabela 1 estão fixas. Esses modelos sugerem que o fechamento dos locais de trabalho teve efeitos significativos sobre todas as três medidas de mobilidade, enquanto o cancelamento de eventos públicos e o fechamento de escolas reduziu o número de deslocamentos não essenciais. Nas mesmas condições, políticas de confinamento domiciliar aumentaram a permanência em casa. Apesar de tais políticas não terem um efeito significativo em outras medidas de mobilidade, os coeficientes relevantes são negativos, de acordo com a intenção da política. Restrições na movimentação interna reduzem significativamente as distâncias médias diárias percorridas (Modelo 6), o que era esperado já que essas políticas geralmente restringem o movimento entre estados e, portanto, jornadas mais longas. Nos modelos 4 a 6, todas as políticas individuais mostraram algum efeito significativo na mobilidade, na direção esperada, com exceção das campanhas de informação e restrições de aglomerações. No entanto, os resultados dos Modelos 4 a 6 devem ser

interpretados com cautela, quando comparados aos resultados dos Modelos 1 a 3, que mostram claramente o efeito das políticas de resposta governamentais na mobilidade. Desassociar os efeitos individuais das políticas nos padrões de mobilidade é difícil porque muitas políticas foram adotadas mais ou menos ao mesmo tempo. Por esse motivo, nós não recomendamos que formuladores de políticas públicas tomem decisões sobre políticas individuais com base somente nos resultados dos Modelos 4 a 6.

Figura 7. Índices médios das medidas adotadas por governos estaduais para cada indicador que compõe o índice de rigidez.



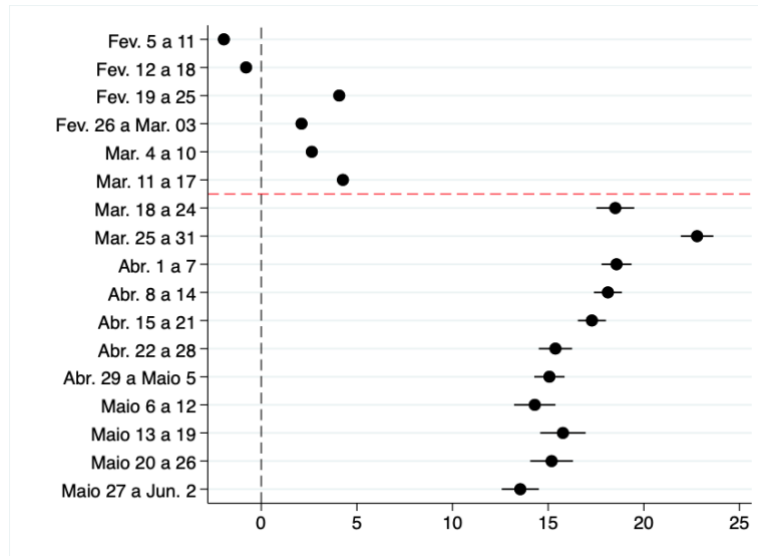
Fonte dos dados: Banco de dados das respostas subnacionais de governos brasileiros, disponível em: <https://github.com/OxCGRT/Brazil-covid-policy>

Quando consideramos a evolução dos indicadores de mobilidade ao longo do tempo, examinando os coeficientes das variáveis binárias da semana-calendário sem controlar pela rigidez, descobrimos que todas as três medidas de mobilidade mudam dramaticamente no momento exato em que muitas das políticas de resposta ao Covid-19 são introduzidas, em meados de março. Nós também identificamos que essas mudanças em mobilidade permanecem significativas durante todo o período examinado (isso é, até o final de maio). A Figura 8 mostra essas mudanças repentinas na mobilidade quando a maior parte das políticas do governo estadual foram introduzidas (a linha vermelha horizontal indica o momento em que a maioria das políticas foi implementada). A Figura 8A mostra o aumento repentino na permanência em casa em relação com a primeira semana de fevereiro. Quedas repentinas no número médio de deslocamentos diários não essenciais e nas distâncias diárias médias percorridas são mostradas na Figura 8B, em relação com as cinco primeiras semanas do ano. É relevante notar que o comportamento dos cidadãos já havia mudado sutilmente antes da introdução de muitas das políticas de resposta pelos governos estaduais. Ao final de

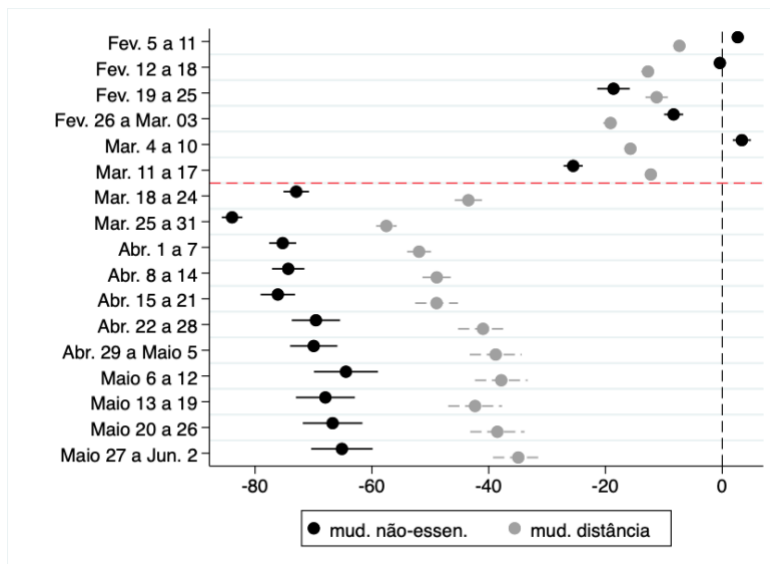
fevereiro e no começo de março, quando casos de Covid-19 já haviam sido identificados no Brasil mas poucas políticas de resposta haviam sido introduzidas, houve pequenas mudanças na mobilidade em todas as três medidas.

Figura 8. Mudanças na mobilidade.

A. Permanência em casa (média dos estados em comparação com a primeira semana de fevereiro)



B. Mudança em deslocamentos não essenciais e mudança na distância (média dos estados em comparação com as primeiras cinco semanas do ano)



Fonte dos dados: InLoco e banco de dados das respostas subnacionais de governos brasileiros, disponível em: <https://github.com/OxCGRT/Brazil-covid-policy>

Na figura 8, as linhas que se expandem a partir de cada ponto (cada estimativa de coeficiente) indicam intervalos de confiança de 95%. Embora a extensão das mudanças em mobilidade tenha diminuído ao longo do tempo desde a introdução generalizada das políticas de resposta, em nenhum momento os intervalos de confiança dos coeficientes cruzaram a linha zero pontilhada. As estimativas do coeficiente das semanas mais recentes também não se alinharam com aqueles de semanas antes de meados de março, quando a mobilidade dos cidadãos mudou levemente antes da introdução de muitas medidas governamentais. Esses dois pontos sugerem que as políticas permaneceram efetivas ao longo do período examinado.

A porcentagem de pessoas que ficam em casa o dia inteiro aumentou 22% no final de março em comparação com a primeira semana de fevereiro. Na última semana de maio, houve um aumento na permanência em casa em relação à linha de base, mas caiu para um aumento em comparação com essa linha de base de 14%. Um padrão análogo é observado para a mudança no número médio de deslocamentos não essenciais. Essa medida de mobilidade teve uma queda de 84% no final de março em comparação à linha de base, e 65% dois meses depois. A distância diária média percorrida foi reduzida em 58% no final de março e caiu 35% na última semana de maio (veja modelos correspondentes no Apêndice).

Em síntese, a Figura 8 sugere que as pessoas responderam fortemente às medidas de combate ao Covid-19, e embora as pessoas tenham se movimentado mais ao longo do período em que as regras permanecem inalteradas, as regras nunca deixam de serem eficazes.

Na próxima seção do relatório, examinamos os resultados da pesquisa conduzida nas oito capitais. Embora valiosos como um indicador objetivo de comportamento, os dados de mobilidade só podem descrever os movimentos de indivíduos que possuem smartphones. Como esses dados usam as médias da população de usuários de smartphones em um estado, eles não fornecem informações sobre quem está se deslocando - por exemplo, se as pessoas que fazem muitas viagens não essenciais são aquelas com maior probabilidade de serem contagiosas ou não. Os resultados de nossa pesquisa fornecem dados sobre essas questões.

Resultados da pesquisa em oito capitais estaduais

O desenho do levantamento amostral

O levantamento amostral foi elaborado para examinar como as pessoas se comportaram durante o período de difusão de políticas governamentais de resposta ao Covid-19. O questionário incluiu perguntas para avaliar a extensão da compreensão de indivíduos a respeito da doença, para reunir informações sobre o que indivíduos observaram em seus ambientes (como por exemplo se os hospitais e asilos que entrevistados eventualmente visitaram tomaram precauções para reduzir o risco de transmissão do vírus) e perguntas sobre as opiniões e experiências dos cidadãos de forma mais ampla. Como explicado mais detalhadamente abaixo, muitas perguntas estão diretamente relacionadas às recomendações da OMS sobre medidas que devem ser implementadas antes da flexibilização das políticas públicas adotadas em resposta ao vírus. O questionário da entrevista está disponível no GitHub.

O levantamento amostral foi realizado por telefone por uma empresa de pesquisa que realizou uma sessão de treinamento para funcionários que realizariam as entrevistas e testou previamente o questionário quanto à duração e à clareza das perguntas. A versão final foi ajustada em seguida. Quando pertinente, a ordem das opções de resposta para cada pergunta foi randomizada. O comitê de ética da Universidade de Oxford, CUREC, aprovou o estudo.²³

A amostra do levantamento

Restringimos nosso universo amostrável a números de telefone fixos e números de celulares registrados em oito capitais estaduais, que juntos concentram 18% da população urbana do Brasil. Cinco dessas cidades são as capitais dos estados com as maiores populações em cada uma das cinco regiões geográficas do Brasil: São Paulo, Manaus, Salvador, Porto Alegre e Goiânia. As outras três cidades, Rio de Janeiro, Recife e Fortaleza, são capitais de estados que vivenciavam os maiores surtos de Covid-19 quando a pesquisa foi elaborada.²⁴ Números de telefone foram selecionados randomicamente para cada cidade a partir de um universo amostrável de centena de milhares de números fixos e móveis, e a empresa que conduziu a pesquisa foi instruída a ligar para aqueles que não atendessem pelo menos mais duas vezes antes de passar para outro número de telefone selecionado aleatoriamente. As ligações também foram feitas em horários diferentes do dia e em finais de semanas. Isso foi feito para evitar viés na amostra que poderia ter surgido caso as pessoas que atendessem ao telefone durante o dia fossem pessoas mais avessas a riscos, que optaram por ficar em casa enquanto outras, nas mesmas condições, saíam. A amostra para cada cidade foi estratificada por idade, sexo, escolaridade e renda.²⁵ A amostra final incluiu pelo menos

²³ Número de referência da aprovação pelo CUREC: SSD/CUREC1A/BSG_C1A-20-20.

²⁴ Desde então, o surto no Pará cresceu a ponto de exceder o de Pernambuco.

²⁵ As seguintes categorias foram utilizadas para estabelecer as cotas: faixas etárias (18 a 24, 25 a 40, 40 a 60, e 60 anos ou mais), sexo (masculino, feminino - mas foram registradas respostas não binárias), educação

200 entrevistas com moradores de cada cidade, e um número um pouco maior (250 entrevistas) na cidade de São Paulo, resultando em um total de 1.654 respostas. As entrevistas foram realizadas entre 6 e 27 de maio de 2020. Assim, quando as perguntas da pesquisa se referiram ao comportamento nas duas semanas anteriores, elas se referiam a um período de quinze dias compreendido entre 22 de abril e 13 de maio, a depender da data de realização entrevista.

A amostra final foi semelhante à população conjunta das oito capitais. Estatísticas descritivas por cidade podem ser encontradas no apêndice. Em geral, 18% dos entrevistados tinham entre 18 e 25 anos, 36% tinham entre 25 e 40 anos, 32% tinham entre 40 e 60 anos, e 14% tinham mais de 60 anos. Mulheres compuseram 54% da amostra. Com base na renda em fevereiro, pouco mais de um terço (35%) dos entrevistados recebia menos de 2 salários mínimos por mês, 44% recebiam de 2 a 5 salários mínimos, 12% recebiam entre 5 e 10 salários mínimos, e 8% mais que 10. A maioria tinha ensino fundamental (36%) ou ensino médio (35%) completos, e 29% eram matriculados ou se formaram em um estabelecimento de ensino superior. Empregados em empresas privadas compuseram 29% da amostra, seguidos por empreendedores informais (21%), empreendedores formais (11%), funcionários públicos ou funcionários de empresas públicas (10%), desempregados (9%), aposentados (6%), trabalhadores do lar (6%) e estudantes (3%). A maioria dos empreendedores formais eram MEIs (Microempreendedor Individual), um programa subsidiado para formalização de microempresas (aquelas com no máximo um funcionário). Quase um quarto (22%) dos funcionários de empresas privadas era de trabalhadores sem vínculo empregatício formal (definido por não possuir carteira de trabalho assinada).

Para avaliar um possível viés de não resposta, a empresa que conduziu a pesquisa ligou para 500 números que não atenderam nas três primeiras tentativas de ligação mais 10 vezes, e em diferentes horários ao longo de três dias ao final do levantamento amostral. Tais ligações conduziram à realização de apenas 10 entrevistas, um número muito pequeno para uma análise adequada do viés de não resposta.

Resultados do levantamento amostral

Esta seção relata os resultados do levantamento amostral relevantes para as recomendações da OMS. Em seguida, discutimos resultados que descrevem as realidades sociais e econômicas das políticas governamentais adotadas em resposta ao Covid-19. Todos os resultados descritivos são ponderados para que possam ser generalizados para as populações combinadas das oito cidades estudadas, usando pesos de frequência com base na população de cada cidade. É essa a população a que nos referimos quando discutimos 'pessoas' e 'indivíduos' nos parágrafos abaixo²⁶. Na sequência, estimamos modelos de regressão para verificar padrões de comportamento em função do perfil dos respondentes.

(analfabetos/ensino fundamental, ensino médio, e ensino superior) e renda mensal (até 1 salário mínimo, de 1 a 2 salários mínimos, de 2 a 5 salários mínimos, de 5 a 10 salários mínimos, e 10 salários mínimos ou mais).

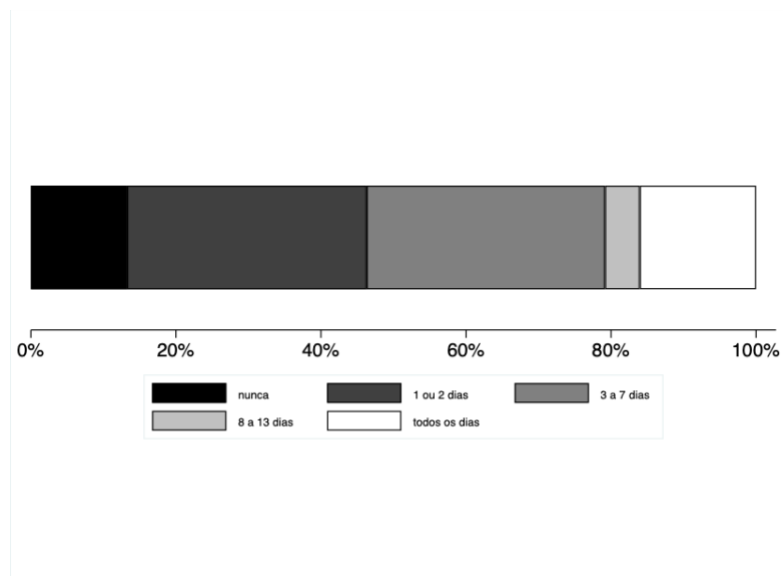
²⁶ Intervalos de confiança de 95% para essas estimativas são mostrados em algumas figuras, mas não ao longo do texto. Tais intervalos estão disponíveis para todos os valores apresentados mediante requisição aos autores.

Medidas de resposta ao Covid-19 e as recomendações da OMS

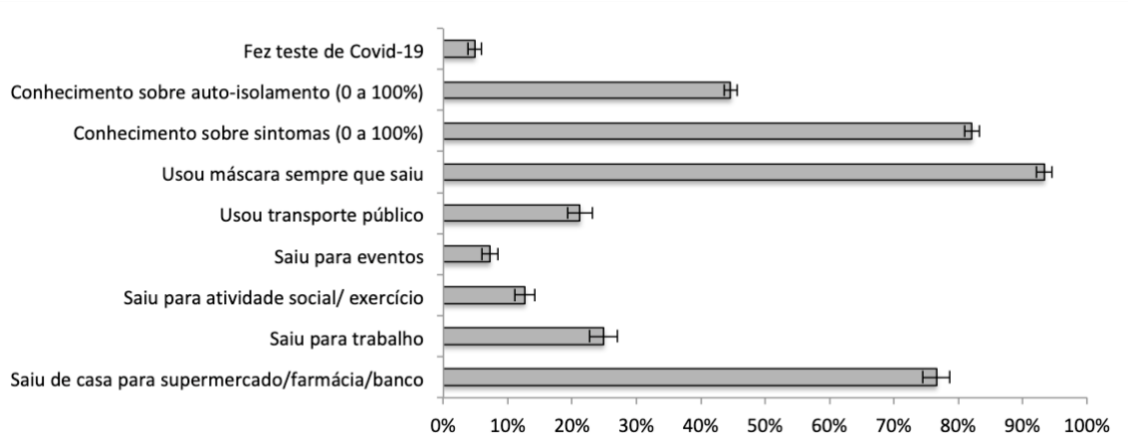
Inicialmente, avaliamos os comportamentos dos cidadãos, conhecimento sobre o Covid-19, e a frequência de testes pois são fundamentais para vários dos seis critérios da OMS. A Figura 9A mostra quantos dias durante as duas semanas anteriores à entrevista as pessoas nas oito capitais disseram terem saído de casa. Da população total estudada, aproximadamente 13% das pessoas relataram não terem saído de casa durante as duas semanas anteriores à entrevista, um pouco menos que os 16% que saíram de casa todos os dias. Aquelas que saíram de casa, saíram em média 5,5 dias durante esse período.

Figura 9. Distanciamento, conhecimento sobre o Covid-19 e testes por exposição ao vírus

A. Número de dias em que as pessoas reportaram terem saído de casa nas duas semanas anteriores



B. Testes, conhecimento, uso de máscara, e razões para sair de casa



A Figura 9B mostra quão frequente eram os testes na população combinada das oito capitais, os motivos pelos quais as pessoas saíram de casa, e os níveis de compreensão do Covid-19. Os resultados da pesquisa deixam claro que testes não eram frequentes. Apenas 5% das pessoas relataram terem sido testadas para o Covid-19 em todo o período. Em média, os resultados dos testes levaram 5,9 dias para serem conhecidos, o que excede a recomendação da OMS de que a resposta seja dada após um dia²⁷. Entre os indivíduos testados, 18% eram positivos para SARS-CoV-2. Apenas 15% daqueles que testaram positivos foram re-testados (enquanto a OMS recomenda tal procedimento como rotina para estabelecer a ausência de carga viral²⁸).

A Figura 9B também mostra que o motivo mais comum para sair de casa era a realização de atividades essenciais, como ir ao supermercado, à farmácia ou ao banco. Cerca de 25% das pessoas saíram de suas residências na maior parte dos dias para ir trabalhar, 65% relataram que saíam para ir ao trabalho regularmente em fevereiro. Tais proporções variam de acordo com o setor da economia. Dentre as pessoas que exerciam atividade remunerada em fevereiro, ir para o trabalho durante as duas semanas anteriores foi mais comum entre aquelas que trabalham na construção civil (57% das pessoas que trabalham no setor) e trabalhadores da indústria (35%), do que entre pessoas que trabalham no comércio ou em serviços (28%). A pesquisa mostra que era comum o uso de máscaras nas ruas. Aqueles que deixaram suas casas nos 14 dias anteriores à pesquisa perceberam que 76% das outras pessoas, em média, usavam máscaras fora de casa²⁹.

Também identificamos o uso limitado de transporte público, o que é consistente com o fechamento de vários tipos de transporte público em diferentes cidades. Em média, 22% dos indivíduos usaram meios de transporte público nas duas semanas anteriores,

²⁷ Organização Mundial da Saúde. Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19. 21 Março 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331509/WHO-COVID-19-lab_testing-2020.1-eng.pdf

²⁸ Organização Mundial da Saúde. Laboratory testing of human suspected cases of novel coronavirus (nCoV) infection. 10 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330374/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.1-eng.pdf>

²⁹ A grande maioria dessas pessoas (94%) relatou usar máscara sempre que saía de casa. Isso sugere algum viés de desejabilidade social entre os entrevistados, pois nossa amostra é representativa da população.

comparado a 56% no mês de fevereiro. A redução dos serviços de transporte público foi relatada como um impedimento para a realização de atividades por apenas 13% das pessoas. Respostas a questões não reportadas na Figura 9B também mostram que as pessoas não se deslocaram para longe. Menos de 1% viajou para outro estado e 7% para outra cidade durante a quinzena anterior à entrevista.

Houve diferenças claras na frequência com que as pessoas saíam de casa com base no risco individual apresentado pelo Covid-19. Entre os maiores de 60 anos e aqueles com comorbidades (diabetes, doença cardíaca, doença respiratória crônica e câncer), 20% permaneceram em casa sem sair durante as duas semanas anteriores, em comparação com 11% dos jovens que não relataram nenhuma dessas condições. A OMS recomenda que sistemas de apoio sejam estabelecidos para aqueles que precisam estar em auto-isolamento³⁰. Nosso levantamento sugere que as pessoas que não saíram de casa nas últimas duas semanas foram geralmente apoiadas: 58% receberam comida de outras pessoas e 60% receberam chamadas ou mensagens diárias.

Atribuímos índices de 0 a 100 para o 'conhecimento sobre os sintomas do Covid-19' e para o 'conhecimento sobre auto-isolamento'. Para o índice de conhecimento de sintomas, os entrevistados tiveram que identificar quais sintomas em uma lista com dois itens corretos (febre e tosse seca) e quatro itens incorretos (manchas pelo corpo, dor de ouvido, coceira e dor nas juntas) eram sintomas comuns de Covid-19. O valor atribuído (em uma escala de 0 a 100) foi calculado como a porcentagem de sintomas identificados corretamente³¹. O índice de conhecimento sobre o auto-isolamento foi calculado de forma semelhante. Nesse caso, os entrevistados tiveram que identificar se uma série de comportamentos eram consistentes com as práticas de auto-isolamento recomendadas. Uma das práticas listadas estava correta (não sair de casa e pedir para pessoas trazerem as coisas que você precisa), e quatro comportamentos listados eram incorretos. Os itens incorretos incluíam itens como auto-isolamento significa que 'você não pode falar com ninguém', e 'você pode se comportar como pessoas que não estão se isolando, mas deve usar uma máscara'. O valor atribuído para o índice de conhecimento sobre o auto-isolamento é a porcentagem de respostas corretas dentre tais comportamentos. O conhecimento sobre sintomas do Covid-19 (com uma média de 82 em 100) foi mais forte do que o conhecimento sobre o significado e as práticas associadas com o auto-isolamento (44 em 100).

A maioria dos entrevistados respondeu corretamente em apenas duas das perguntas: 80% disseram corretamente que 'não falar com ninguém' não é uma prática de auto-isolamento, e 64% identificaram corretamente que 'não sair de casa e pedir para que outras pessoas entreguem as coisas que você precisa' é uma prática de auto-isolamento. No entanto, 95% das pessoas identificaram equivocadamente 'você pode sair de casa para comprar itens essenciais', 57% das pessoas consideraram equivocadamente que 'você pode se comportar como pessoas que não estão se

³⁰ Organização Mundial da Saúde. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). 19 de março de 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

³¹ De forma que um respondente que tenha selecionado os dois sintomas corretamente receberia a pontuação 100 em 100, e um respondente que tenha selecionado dois itens corretos e um item incorreto receberia uma pontuação de 83 em 100.

isolando, mas deve tentar não tocar em outras pessoas', e 69% indicaram equivocadamente que o auto-isolamento significa que 'você pode se comportar como pessoas que não estão se isolando, mas deve usar uma máscara'. Tais achados sobre comportamentos relacionados ao auto-isolamento podem ser instrutivos para melhorar campanhas públicas de informação.

Ficar em casa

Para analisar em mais detalhes o comportamento de indivíduos, conhecimento, e frequência de testes, a amostra foi dividida em três estratos, de acordo com o provável risco de contágio. A Figura 1 compara aqueles que não relataram nenhum sintoma do Covid-19 durante a semana anterior à entrevista; aqueles que relataram ter tido pelo menos um sintoma do Covid-19 não vinculado a uma condição médica pré-existente nos sete dias anteriores (febre, tosse seca e falta de ar); e aqueles que não apresentaram sintomas, mas que relataram ter tido contato próximo com pelo menos uma pessoa sintomática³².

Tais estratos são inevitavelmente imperfeitos. Não há como ter certeza sobre quais respondentes estavam de fato contagiosos durante as duas semanas anteriores à entrevista, que é o período sobre o qual perguntamos sobre comportamentos. É importante ressaltar que muitas pessoas infectadas com o SARS-CoV-2 não mostram sinais de infecção, e a pesquisa não é capaz de identificar todos os indivíduos que fazem parte desse grupo. Na pesquisa, para os entrevistados que afirmaram terem tido nos últimos sete dias pelo menos um dos sintomas do Covid-19 não relacionado a uma condição médica pré-existente, perguntamos quando o(s) sintoma(s) começou(aram) e caso tenham sido testados qual foi o resultado do teste.³³ Até o momento, estudos mostram que o período infeccioso tende a começar dois a três dias antes dos sintomas³⁴. Pessoas com o vírus são consideradas mais infecciosas no dia anterior ao início dos sintomas, e suas cargas virais (que indicam infecciosidade) permanecem altas durante a primeira semana de sintomas³⁵. Depois disso, a infecciosidade diminui. Há, entretanto, variação entre os indivíduos em todos esses períodos e, ocasionalmente, as pessoas podem manter cargas virais significativas por até 25 dias após o início dos sintomas³⁶.

Com base nessas evidências, incluímos na categoria '(provavelmente) contagioso com os sintomas' respostas de pessoas que declararam que seus sintomas começaram entre 10 e 20 dias antes da entrevista. Aqueles para quem os sintomas começaram 10 dias

³² Para simplificar o uso de nomes abreviados, rotulamos esses três grupos de 'não-contagiosos', 'provavelmente contagiosos com sintomas' e 'provavelmente contagiosos por contato'. Conforme observado no texto, esses nomes refletem as informações que possuímos, e não um diagnóstico mais rigoroso, e a categoria não contagiosa muito provavelmente inclui pessoas assintomáticas.

³³ A pergunta não especifica o tipo de teste. Perguntamos apenas: "Você foi testado para coronavírus?"

³⁴ He, X., Lau, E.H.Y., Wu, P. *et al.* Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 26, 672–675 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>

³⁵ *Ibid.*

³⁶ To, K. K.-W. *et al.* Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases* 20, 565–574 (2020).

antes da entrevista provavelmente estavam infecciosos, pelo menos, durante os dias 2 a 11 dos 14 dias anteriores à entrevista, e a partir do dia 11, a carga viral estaria diminuindo. A inclusão apenas de indivíduos cujo sintomas começaram em data muito próximas a esse dia implicaria uma amostra muito pequena para comparação com os demais, por isso nós ampliamos o número de dias relevantes desde o começo dos sintomas. Aqueles para quem os sintomas começaram há 20 dias seriam mais infecciosos nos dois primeiros dias das duas semanas anteriores à entrevista, caso os padrões de carga viral mediana das pessoas infectadas se aplicassem a tais indivíduos. No entanto, como apenas perguntamos sobre a data do início dos sintomas daqueles entrevistados que (ainda) tinham sintomas durante a semana anterior à entrevista, é provável que esses indivíduos estejam lutando mais do que a maioria das pessoas para se recuperarem do vírus e podem, portanto, apresentar declínios mais estáveis na carga viral do que a mediana. Embora certamente seja verdade que essas pessoas poderiam não ter continuado infecciosas pelas duas semanas anteriores à pesquisa, essa preocupação deve ser considerada juntamente com o fato de que pessoas infectadas cujos sintomas começaram menos de 10 dias antes da entrevista provavelmente são infecciosas por alguns dos dias das duas semanas anteriores. Esse último grupo não está incluído na categoria '(provavelmente) contagioso com sintomas'. Excluímos do grupo '(provavelmente) contagioso com sintomas' quem foi testado e recebeu um resultado negativo. O apêndice inclui resultados usando um período alternativo de início dos sintomas, de 6 a 16 dias antes da entrevista (os resultados são semelhantes, apesar de os coeficientes irem na mesma direção, eles perdem significância estatística, mas a subamostra é pequena).

A pesquisa perguntou às pessoas entrevistadas se elas estiveram em contato com alguém com febre, tosse seca ou falta de ar, e, caso esse indivíduo tenha sido testado, qual foi o resultado. Após a contaminação por SARS-CoV-2, o período mediano de incubação (o período antes do início dos sintomas) é estimado em 5,2 dias³⁷. Assim, a categoria '(provavelmente) contagioso por contato' inclui respostas daqueles que relataram terem estado no mesmo local que alguém com febre, tosse seca ou falta de ar, e aqueles cujos sintomas haviam começado recentemente, entre 15 e 25 dias antes da entrevista. Aqueles em contato com uma pessoa sintomática 15 dias antes são, portanto, equivalentes em termos de tempo aos descritos acima, cujos sintomas começaram 10 dias antes. Aqueles que estavam em contato com uma pessoa sintomática há 25 dias são igualmente equivalentes aos descritos acima, cujos sintomas começaram 20 dias antes. Excluímos do grupo '(provavelmente) contagioso por contato' quem disse que seu contato sintomático foi testado e recebeu um resultado negativo. O apêndice inclui resultados usando um período alternativo de contato com uma pessoa sintomática, de 11 a 21 dias antes da entrevista. Não foram observadas diferenças significativas.

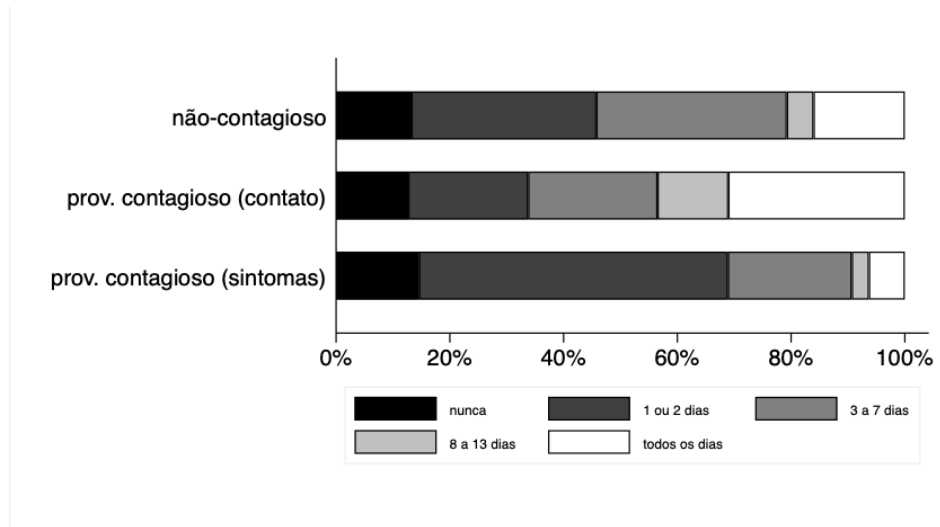
Aproximadamente 10% da amostra apresentava pelo menos um dos principais sintomas do Covid-19 na semana anterior à entrevista (6% febre, 7% tosse seca, e 3% falta de ar). Com base nos dias de início de sintomas relatados pelos respondentes, 6% provavelmente estavam contagiosos com sintomas. Outros 12% relataram terem tido contato com pelo menos uma pessoa sintomática. Com base nos dias em que tais contatos ocorreram, apenas 2% estavam provavelmente contagiosos por contato.

³⁷ Li, Q. et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 382, 1199–1207 (2020)

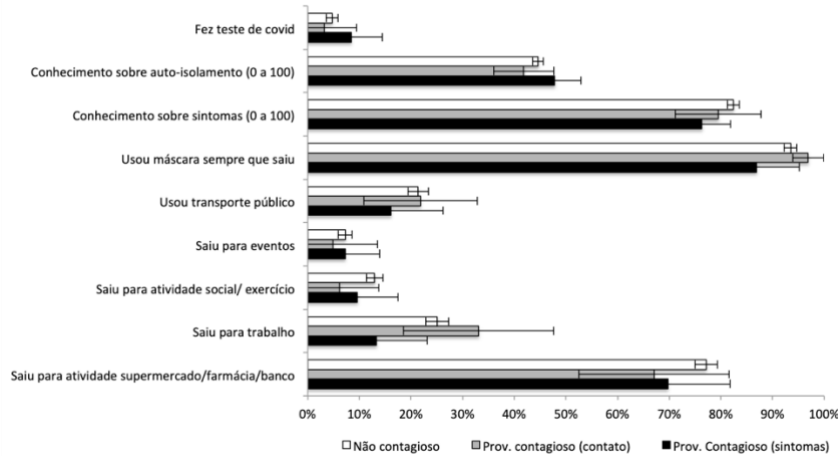
Quatro em cada cinco pessoas desse pequeno grupo não moravam na mesma residência que a pessoa sintomática.

Figura 10 - Distanciamento social, conhecimento sobre Covid-19 e testes nos três estratos

A. Número de dias em que a pessoa entrevistada saiu de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa



A Figura 10A mostra que não houve grandes diferenças entre o número de dias em que pessoas provavelmente contagiosas e o número de dias em que pessoas com menor probabilidade de estarem infecciosas saíram de casa nas duas semanas anteriores à entrevista. Pessoas provavelmente contagiosas que apresentaram sintomas tinham maior propensão a sair de casa em menos de dois dias (69%), em comparação com aquelas no grupo não contagioso (45%). A Figura 10A também mostra que pessoas provavelmente contagiosas por contato com pessoas sintomáticas eram mais propensas a sair de casa todos os dias, quando comparado com os demais grupos. Tal

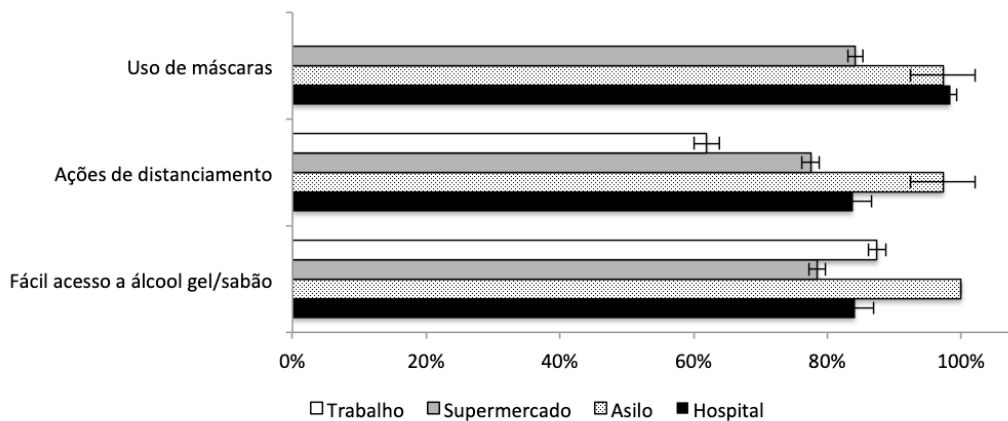
padrão é discutido em mais detalhes no contexto dos resultados dos modelos de regressão, na Tabela 2.

A Figura 10B mostra que não houve diferenças estatisticamente significantes (no nível de significância) entre os três estratos em termos de entendimento do Covid-19, da tendência de usar uma máscara ao sair de casa, nem dos motivos para sair de casa, como demonstrado pela sobreposição dos intervalos de confiança dos três estratos para cada item.

Em comparação com os 5% da população total que relataram terem sido testadas, dentre as pessoas que tiveram sintomas (independentemente de quando os sintomas começaram), 13% tinham sido testadas e 7% tinham tentado fazer um teste sem sucesso. Quatro por cento da pequena proporção considerada provavelmente contagiosa por contato havia sido testada.

Os resultados também sugerem que as políticas de rastreamento de contatos não estavam bem estabelecidas antes da pesquisa. Pessoas que disseram ter tido pelo menos um dos sintomas de Covid-19 durante a semana anterior, independentemente de quando os sintomas começaram, não reportaram tais sintomas a um profissional de saúde ou funcionário público sistematicamente: apenas 47% o fizeram. Entre os que relataram terem tido contato com pelo menos um indivíduo sintomático, 9% descobriram os sintomas através de um médico ou funcionário público, enquanto a maioria (79%) observou os sintomas ou foi informada pela própria pessoa sintomática.

Figura 11: Higiene, distanciamento e uso de máscaras



Poucas pessoas entrevistadas haviam visitado um hospital (12%) ou uma casa de repouso (apenas 1%) nas duas semanas anteriores à entrevista, em comparação à proporção que havia ido ao supermercado (81%) ou ao local de trabalho (39%). Em vez de omitir os dados sobre precauções de saúde pública adotadas por visitantes de hospitais e casas de repouso, nós apresentamos tais resultados na Figura 11 com cautela, reconhecendo o pequeno tamanho da subamostra. Distanciamento, uso de máscaras por trabalhadores, e higiene das mãos parecem ter sido comuns em hospitais e casas de repouso. No entanto, apenas 62% das pessoas que foram trabalhar disseram

que seus locais de trabalho tinham tomado medidas para facilitar o distanciamento como, por exemplo, a mudança na posição de mesas e cadeiras dos trabalhadores³⁸.

Conhecimento e campanhas de informação

Em geral, as principais fontes de informações sobre o Covid-19 foram os noticiários de TV (59%), e jornais e sites de jornais (18%). Embora todos os governos estaduais, municipais, e o governo federal estejam realizando campanhas de informação pública sobre o Covid-19, elas não estão alcançando todas as pessoas. A maior parte da população (65%) afirmou ter visto pelo menos uma campanha governamental, por diversos meios – dentre este grupo a maior parte viu principalmente pela TV (82%), seguido de jornais (32%), rádio (26%), blogs (23%), Twitter/Facebook (30%) e WhatsApp (19%). A maioria dessas pessoas (65%) considerou que tais campanhas foram veiculadas pelo governo estadual, menos pessoas disseram terem visto campanhas do governo federal (36%) ou do governo municipal (34%).

A pesquisa mostra que a população leva a sério o risco representado pelo Covid-19, sendo que 80% das pessoas consideram o vírus muito mais sério do que uma gripe comum. Além disso, a maioria das pessoas considera adequadas as políticas governamentais adotadas em suas regiões (52%). Mais de um terço (37%) considera as medidas menos rigorosas do que o necessário, e 11% mais rigorosas do que necessário. Apenas 21% das pessoas relataram acreditar que o sistema de saúde pública de suas regiões está bem preparado (11%) ou muito bem preparado (10%) para o Covid-19, e 86% declararam estarem preocupadas (12%) ou muito preocupadas (74%) com a possibilidade de equipamentos, leitos hospitalares ou médicos serem insuficientes para atender à demanda.

O motivo mais comum apresentado pelos respondentes para o porquê das outras pessoas respeitarem as políticas de distanciamento social foi o temor de contágio (60%), seguido pelo desejo de fazer a coisa certa (28%). Em relação à recomendação da OMS para que a flexibilização das políticas de distanciamento social sejam graduais e em etapas³⁹, três quartos das pessoas afirmaram que esperam que as políticas de combate ao Covid-19 não sejam removidas todas de uma só vez. Em média, os entrevistados estimaram que o tempo até a remoção completa dessas políticas seja de 4,7 meses.

Impactos na renda e na educação

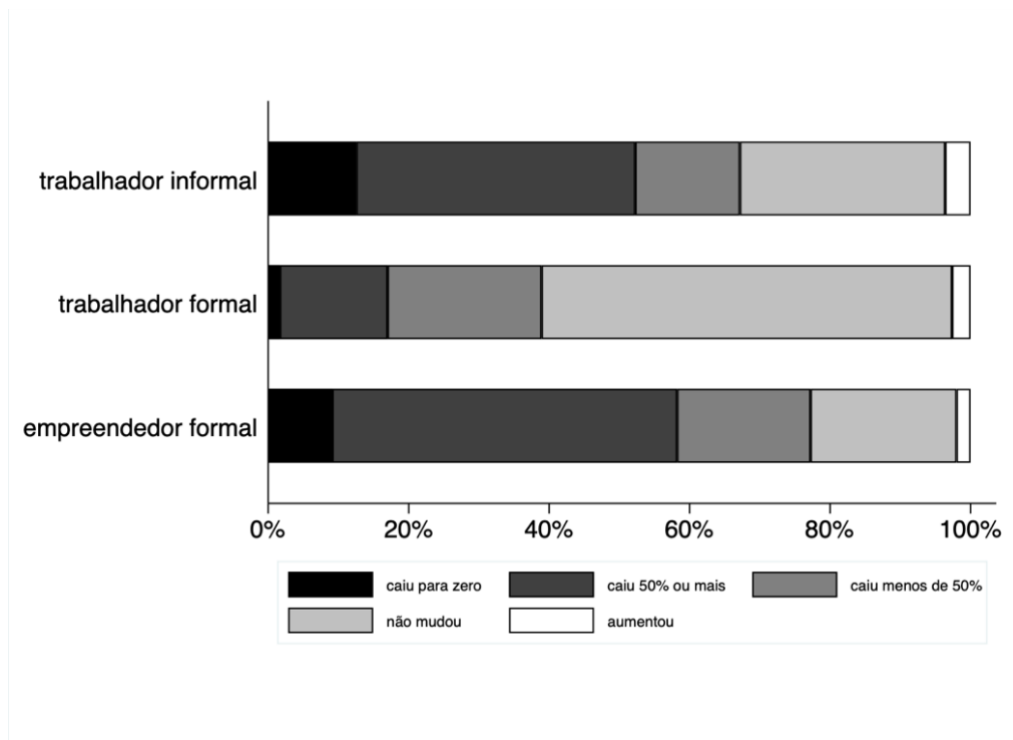
A pesquisa foi realizada quase dois meses após a introdução generalizada de políticas de distanciamento social, em meados de março, e confirma que indivíduos vivenciaram grandes mudanças em suas rendas em comparação a fevereiro. Tais reduções afetaram pessoas de menor renda mais intensamente. No geral, 53% das pessoas relataram uma redução na renda familiar. Dentre as pessoas que tiveram queda na

³⁸ Não coletamos dados sobre o uso de máscaras nos locais de trabalho.

³⁹ Organização Mundial da Saúde. Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance. 15 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

renda, 64% (equivalente a 34% da população total) declararam uma redução de metade ou mais na renda, e 13% (equivalente a 7% da população total) relataram uma perda total de rendimentos. Em geral, 35% das pessoas disseram terem tido dificuldades para pagar as contas após o início da pandemia.

Figura 12: Mudanças na renda familiar em comparação a fevereiro



A pesquisa foi realizada quase dois meses após a introdução generalizada de políticas de distanciamento social, em meados de março, e confirma que indivíduos vivenciaram grandes mudanças em suas rendas em comparação a fevereiro. Tais reduções afetaram pessoas de menor renda mais intensamente. No geral, 53% das pessoas relataram uma redução na renda familiar. Dentre as pessoas que tiveram queda na renda, 64% (equivalente a 34% da população total) declararam uma redução de metade ou mais na renda, e 13% (equivalente a 7% da população total) relataram uma perda total de rendimentos. Em geral, 35% das pessoas disseram terem tido dificuldades para pagar as contas após o início da pandemia.

Ha diferenças notáveis de renda entre as pessoas que estavam empregadas como trabalhadores formais em fevereiro (que compreendem apenas 46% daquelas com atividade profissional remunerada), e aquelas que eram trabalhadoras informais em fevereiro (38% das trabalhadoras remuneradas), e empreendedores formais – principalmente MEIs (16%). Incluímos perguntas sobre mudanças na renda, em vez de perguntar sobre a perda de empregos, a fim de captar variações entre pessoas que trabalham por conta própria e no número de horas de trabalho entre as pessoas empregadas. Apenas 2% dos trabalhadores formais relataram terem perdido todos os seus rendimentos entre fevereiro e o período do estudo, em comparação com 9% dos empreendedores formais e 13% dos trabalhadores informais. No geral, as reduções de

renda foram muito menos comuns entre os trabalhadores formais (39% desse grupo) do que entre os empreendedores formais (77%) e os trabalhadores informais (67%). O relato de dificuldades para pagar as contas foi mais frequente entre microempreendedores informais (47%) e os trabalhadores informais (45%), em comparação com trabalhadores formais (23%). Resultados correspondentes podem ser observados quando as mudanças de rendimentos são comparadas entre diferentes faixas de renda, sendo que pessoas de menor renda sofreram maiores perdas (consulte o apêndice para mais detalhes).

Em 31 de março, o Congresso Nacional brasileiro aprovou uma lei de apoio à renda (Lei nº 13982/2020, sancionada em 2 de abril de 2020), que estipula que indivíduos de baixa renda podem receber um Auxílio Emergencial no valor de R\$ 600 (equivalente a US\$ 110), uma vez por mês por até 3 meses – período que pode ser prorrogado pelo governo federal.⁴⁰ Aproximadamente 22% da população havia recebido ao menos uma parcela do auxílio até o momento do levantamento, 10% se inscreveram mas não haviam recebido ainda, e 9% se inscreveram e não foram considerados elegíveis (o pagamento ainda estava sendo feito no momento de realização da pesquisa). Uma proporção maior (54%) dos beneficiários do Bolsa Família (um programa de transferência de renda preexistente) afirmou ter recebido pelo menos parte do Auxílio Emergencial, o que é consistente com as expectativas de economistas do desenvolvimento de que aumentar o valor do suporte no contexto de programas de transferência de renda pré-existent é mais fácil do que implementar o sistema de pagamentos para novos beneficiários.⁴¹

Um nível de apoio suficiente para compensar por pelo menos metade das perdas de rendimento desde fevereiro atingido por 64% das pessoas que tiveram uma perda de renda e receberam ao menos uma parcela do auxílio de R\$600. A medida de apoio à renda atingiu 46% das pessoas com renda mensal abaixo de 1 salário mínimo, 25% na faixa de 1 a 2 salários mínimos, 22% das pessoas na faixa de 2 a 5 salários mínimos, e 10% na faixa de 5 a 10 salários mínimos.

Nas duas semanas anteriores às entrevistas, as escolas foram fechadas em todo o Brasil. Assim, incluímos na pesquisa uma pergunta para indicar a qualidade da educação que crianças e adolescentes estavam recebendo fora da sala de aula. Os entrevistados da pesquisa que afirmaram morar com uma pessoa menor de 18 anos matriculada na escola foram aleatoriamente designados para comentar sobre o estudante mais novo ou o mais velho. A Figura 13 exibe os resultados. De um modo geral, a maior parte dos indivíduos afirmou que crianças e adolescentes estavam estudando na maioria dos dias usando materiais fornecidos pelos professores habituais, ou por outros professores ou pelo governo. Consideramos que essas duas categorias indicam que estudantes continuaram tendo acesso a materiais de estudo em níveis adequados aos seus níveis de educação. Estudar com outros materiais não fornecidos por um professor ou pelo

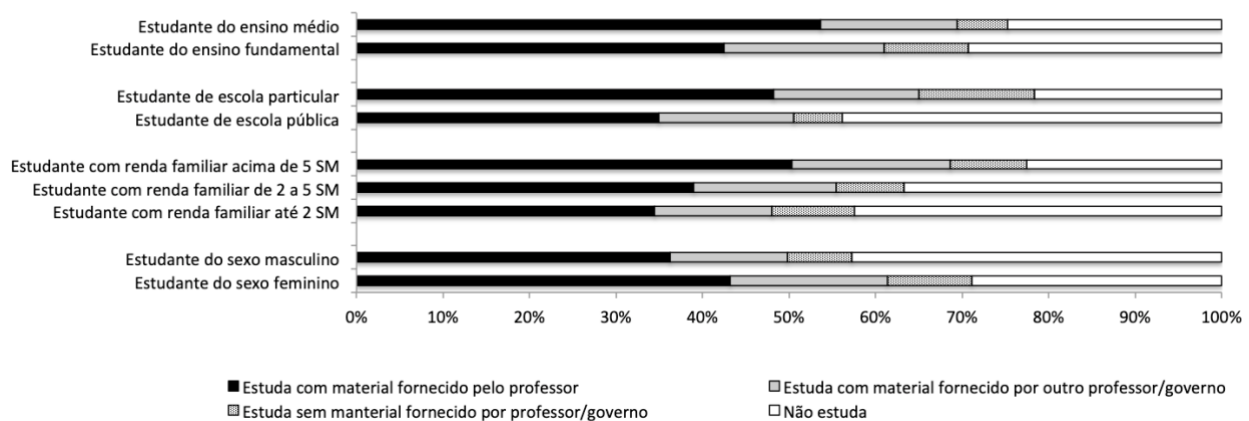
⁴⁰ Há vários critérios adicionais para que alguém seja elegível para receber o Auxílio Emergencial, incluindo: i) ter 18 anos ou mais (exceto no caso de mães adolescentes); ii) não ter emprego formal; iii) não receber nenhum outro benefício ou transferência de renda do governo (com exceção do Bolsa Família), iv) ter renda familiar mensal per capita inferior a 50% do salário mínimo ou renda familiar mensal total de até 3 salários mínimos; v) ter tido renda tributável inferior a R\$ 28559,70 (equivalente a US\$ 5240) em 2018, vi) ser microempreendedor individual (MEI), aposentado, ou trabalhador informal.

⁴¹ Gerard, F., Imbert, C., & Orkin, K. Policy Brief: Social Protection Response to the COVID-19 Crisis: Options for Developing Countries. Abril 2020 (pendente publicação na Oxford Review of Economic Policy). Disponível em: <https://econfp.org/policy-brief/social-protection-response-to-the-covid-19-crisis-options-for-developing-countries/#>

governo pode ser proveitoso, mas a qualidade do ensino é desconhecida. Não perguntamos por quanto tempo os alunos estavam estudando.

A maioria das crianças e adolescentes em idade escolar continuou estudando em casa na maioria dos dias (66%). A maior parte dos estudantes estudou usando materiais fornecidos pelos professores habituais (40%), ou por outros professores na escola ou pelo governo (16%). No entanto, como mostra a Figura 13, esses números variaram entre escolas públicas e privadas, e entre gêneros. Uma proporção menor de alunos de escolas públicas (56%) do que de alunos de escolas particulares (78%) estudaram na maioria dos dias, e menos meninos (57%) do que meninas (71%). Uma porcentagem maior de estudantes em escolas particulares estudou usando materiais fornecidos por seus professores (48%) ou por outros professores ou pelo governo (17%), em comparação com estudantes de escolas públicas, dos quais 35% estudaram usando material fornecidos pelos professores habituais, e 16% estudaram com materiais fornecidos por outros professores ou pelo governo.

Figura 13: Recursos para estudo em casa durante o fechamento das escolas



Modelos para frequência de testes e saídas de casa

Para examinar mais de perto os resultados discutidos até agora, estimamos modelos de regressão linear e modelos de probabilidade linear (para variáveis dependentes binárias) com variáveis dependentes representando testes para coronavírus e frequência de saída de casa. Os resultados de tais modelos são reportados na Tabela 2. O Modelo 7 prevê se a pessoa entrevistada foi testada para Covid-19. O Modelo 8 prevê se a pessoa não saiu de casa nem uma vez durante as duas semanas anteriores à entrevista. O Modelo 9 prevê o número de dias em que a pessoa saiu de casa na quinzena anterior, e Modelo 10 se a pessoa saiu de casa apenas uma ou duas vezes nas últimas duas semanas.

Estimamos duas versões do modelo que prevê se um respondente foi testado para o coronavírus. No primeiro (modelo 7a), observamos que indivíduos na faixa de renda de 10 ou mais salários mínimos tinham 4,7% mais chances de terem sido testados do que

aqueles que recebiam até um salário mínimo. No entanto, estar provavelmente contagioso e ter tido pelo menos um dos sintomas do Covid-19 não previram significativamente se as pessoas sido testadas (embora esse coeficiente seja positivo). No segundo modelo (Modelo 7b), substituímos provavelmente contagioso e tendo pelo menos um sintoma do Covid-19 por ter tido sintomas durante o surto (independentemente de quando os sintomas ocorreram). O efeito da renda permanece inalterado neste modelo, enquanto a variável sintomas é positiva e significativa, indicando que indivíduos sintomáticos tiveram uma probabilidade 9% maior de terem sido testados do que pessoas que não tiveram sintomas durante o surto. Para ter certeza, testes de carga viral precisam ser realizados dentro da janela correta para diagnosticar infecciosidade.

O Modelo 8 mostra que ficar em casa durante as duas semanas anteriores estava fortemente relacionado à idade, sendo que pessoas com 60 anos ou mais eram mais propensas a não terem saído de casa nenhuma vez nas duas últimas semanas do que os jovens de 18 a 24 anos. Mulheres eram 6,7% mais propensas do que os homens a não terem saído de casa nem uma vez. Trabalhadores informais eram 4,9% mais propensos do que trabalhadores formais a terem ficado em casa, e microempreendedores formais eram 8,8% mais propensos a não sair de casa em nenhum dia em comparação com os trabalhadores formais. Aqueles que não tinham trabalho remunerado em fevereiro eram os mais propensos a não sair de casa durante as duas semanas anteriores à entrevista (9,9% a mais propensos do que os trabalhadores formais).

Tabela 2 – Resultados dos modelos de regressão com testes e frequências de saída de casa como variáveis dependentes

	Modelo 7a Realizou teste para coronavírus	Modelo 7b Realizou teste para coronavírus	Modelo 8 Não saiu de casa nenhuma vez em duas semanas	Modelo 9 Número de dias em que saiu de casa nas duas semanas	Modelo 10 Saiu de casa uma ou duas vezes nas duas últimas semanas
Idade (referência 18 a 24)					
24 a 40	-0.0236 (0.0167)	-0.0229 (0.0165)	-0.0788*** (0.0245)	0.5760* (0.3270)	-0.0123 (0.0340)
40 a 60	-0.0219 (0.0173)	-0.0222 (0.0171)	-0.0488* (0.0254)	0.5990* (0.3390)	-0.0462 (0.0352)
60 ou mais	-0.0315 (0.0202)	-0.0269 (0.0201)	0.0684** (0.0297)	-0.3810 (0.3960)	-0.0087 (0.0412)
Educação (ref. ensino fundamental)					
Ensino médio	0.0086 (0.0135)	0.00847 (0.0134)	-0.0047 (0.0199)	0.3220 (0.2650)	0.0044 (0.0276)
Ensino superior	0.0022 (0.0157)	0.00304 (0.0155)	0.0241 (0.0230)	-1.0870*** (0.3070)	0.0949*** (0.0319)
Gênero (ref. feminino)					
	-0.0038 (0.0113)	-0.00238 (0.0112)	-0.0660*** (0.0166)	2.6190*** (0.2220)	-0.1450*** (0.0231)
Renda (referência até 1 SM)					
1 a 2 SM	-0.0119 (0.0189)	-0.0131 (0.0188)	0.0360 (0.0278)	-0.1710 (0.3710)	0.0286 (0.0386)
de 2 a 5 SM	-0.0099 (0.0172)	-0.00768 (0.0171)	-0.0102 (0.0253)	0.3350 (0.3370)	0.0328 (0.0351)
de 5 a 10 SM	0.0173 (0.0234)	0.0224 (0.0232)	0.105*** (0.0344)	-0.3370 (0.4580)	-0.0241 (0.0477)
Mais de 10 SM	0.0466* (0.0259)	0.0497* (0.0257)	-0.0092 (0.0380)	0.2510 (0.5060)	-0.0136 (0.0527)
Tipo de trabalho (ref. trabalhador formal)					
Trabalhador informal	-0.0021 (0.0149)	-0.00344 (0.0147)	0.0488** (0.0218)	-1.2370*** (0.2910)	0.0686** (0.0303)
Empreendedor formal	0.0068 (0.0190)	0.00572 (0.0188)	0.0879*** (0.0279)	-1.3260*** (0.3720)	0.0427 (0.0387)
Sem trabalho remunerado	-0.0238 (0.0163)	-0.0263 (0.0161)	0.0992*** (0.0239)	-1.943*** (0.3180)	0.0867*** (0.0331)
Teve algum sintoma Covid-19					
		0.0926*** (0.0178)			
Contagioso (com sintomas)					
	0.0070 (0.0287)		-0.0050 (0.0421)	-0.9340* (0.5610)	0.1520*** (0.0584)
Contagioso (contato com suspeito)					
	0.0033 (0.0393)		-0.0261 (0.0577)	1.9400** (0.7700)	-0.1030 (0.0801)
Não saía de casa em fevereiro					
	0.0007 (0.0184)	0.00234 (0.0183)	0.1270*** (0.0270)	-1.4520*** (0.3600)	-0.0291 (0.0375)
Número de pessoas na residência					
	-0.0041 (0.0036)	-0.00426 (0.00360)	0.0024 (0.0053)	0.0791 (0.0712)	-0.0054 (0.0074)
Cidade efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Observações	1654	1654	1654	1654	1654
R-quadrado	0.035	0.019	0.106	0.190	0.057

Erros padrão clusterizados entre parênteses

* p<0.10 ** p<0.05 *** p<0.01

Homens também tendiam a sair de casa com mais frequência do que as mulheres (o Modelo 9 reporta que isso ocorreu em 2,6 dias a mais, em média, nas duas semanas anteriores). Durante o mesmo período, indivíduos com ensino superior saíram de casa em menos dias do que aqueles com ensino fundamental completo (1,1 dias a menos, em média). E trabalhadores formais saíram de casa em mais dias (1,2 dia a mais, em média) do que trabalhadores informais, em mais dias (1,3 a mais, em média) do que microempreendedores formais, e em média 1,9 em mais dias do que aqueles sem atividade remunerada em fevereiro. Isso provavelmente ocorreu porque os trabalhadores formais são considerados com mais frequência trabalhadores essenciais (42% eram, em comparação com 30% dos trabalhadores informais) e porque eles têm menor probabilidade de terem perdido o emprego (conforme medido pela perda total de renda). Indivíduos provavelmente contagiosos por terem tido pelo menos um dos sintomas do Covid-19 saíram de casa em significativamente menos dias (0,9 dias a menos durante duas semanas) do que aqueles que provavelmente não estavam contagiosos. No entanto, aqueles provavelmente contagiosos por contato saíram de casa em 1,9 mais dias, em média, do que as pessoas com menor probabilidade de estarem contagiosas. É importante notar que esse achado é baseado em um número pequeno de comportamentos individuais.

O Modelo 10 caracteriza com mais detalhes a frequência com que diferentes grupos de pessoas saíram de casa na quinzena anterior à entrevista. Comparado ao Modelo 9, algumas diferenças são observadas nos níveis de escolaridade. Enquanto os trabalhadores informais saíram de casa em menos dias durante quinzena do que os trabalhadores formais (Modelo 9), esses indivíduos eram mais propensos do que os trabalhadores formais a saírem em um ou dois dias das duas semanas (Modelo 10). Enquanto pessoas desempregadas saíram de casa em menos dias do que as trabalhadoras formais, elas eram mais propensas do que os trabalhadores formais a terem saído de casa em apenas um ou dois dias no período. Padrões análogos são evidentes quando os resultados para diferentes níveis de escolaridade são comparados entre os dois modelos (sendo que pessoas com ensino superior saíram em mais dias e tinham menor probabilidade de sair em apenas um ou dois dias). As mulheres saíram em menos dias e eram mais propensas a sair em um ou dois dias apenas.

A diferença também é evidente para pessoas que poderiam estar contagiosas. Aqueles na categoria 'provavelmente contagiosos com sintomas' saíram de casa em menos dias do que indivíduos provavelmente não contagiosos, e eram mais propensos a sair em apenas um ou dois dias na quinzena anterior. Nossa interpretação aqui, dada a confusão sobre comportamentos adequados ao auto-isolamento, é que essas pessoas podem ter reduzido a frequência com que saíram de casa para um número mínimo de dias necessário para atender às suas necessidades básicas, em vez de permanecerem em sua residência durante toda a quinzena e pedir para que outras pessoas levem comida e outros itens necessários.

Considerando em conjunto os resultados dos Modelos 1 a 10 nas Tabelas 1 e 2, fica claro que as políticas de resposta do governo afetaram o quanto as pessoas em geral que ficaram em casa, a frequência com a qual fizeram deslocamentos não essenciais, e para quão longe elas se deslocaram. Entre 6 e 27 de maio, quando foram realizadas as entrevistas, muitas pessoas viram suas rendas caírem drasticamente. Para as pessoas que foram trabalhar nesse período, nem todos os locais de trabalho tinham estabelecido

medidas de distanciamento. Para aqueles cuja renda havia caído e que recebiam apoio de renda, esse apoio, em geral, fez uma diferença relevante.

Em síntese, ficar em casa por duas semanas inteiras para evitar qualquer risco de transmissão foi algo raro entre as pessoas que provavelmente eram infecciosas, para as quais também era raro ter feito um teste. As pessoas entendem como reconhecer os sintomas do Covid-19, frequentemente usam máscaras quando estão fora de casa e, em geral, apoiam plenamente pessoas em auto-isolamento. No entanto, há uma clara oportunidade para aprimorar o conhecimento sobre comportamentos apropriados para o auto-isolamento. As campanhas públicas de informação na TV podem ser o veículo mais apropriado para isso.

Mais informações relevantes para gestores e formuladores de políticas em cada governo regional e local pesquisado podem ser encontradas após a conclusão. Os dados apresentados nesses resumos foram extraídos de nossa codificação das medidas de resposta adotadas pelos governos municipais e estaduais, dos dados de mobilidade do telefone celular, e das mais de 200 respostas da pesquisa para cada cidade. Cientes de que os governos locais enfrentam desafios únicos, nossa intenção ao incluir resumos para cada uma das capitais não é comparar as oito cidades, mas fornecer informações para informar a formulação de políticas públicas. Nesses resumos, apresentamos os resultados da pesquisa para a população de cada cidade como um todo; não avaliamos a variação nas respostas da pesquisa para diferentes grupos sociais em cidades individuais, pois o tamanho da amostra implica poder estatístico insuficiente.

Discussão dos resultados

Nosso objetivo ao realizar este estudo foi reunir informações para apoiar a elaboração de políticas públicas baseadas em evidências no Brasil, a medida em que os tomadores de decisão em diferentes níveis de governo buscam maneiras de lidar com o surto de Covid-19 que continua se agravando no país, levando em consideração também a situação econômica e os custos sociais das medidas de distanciamento. Atualmente, a discussão está focada em quando e como relaxar as políticas adotadas, e tais processos já se iniciaram em muitas partes do país.

O relatório apresentou um resumo das orientações da OMS para os a flexibilização das medidas de distanciamento, e em seguida, descreveu as respostas de políticas públicas adotadas pelo governo federal. Usando o índice de rigidez do OxCGRT como uma medida objetiva da força das medidas, mostramos que os governos estaduais e municipais adotaram medidas para fortalecerem o combate ao Covid-19 em todo o país.

Nossa análise dos dados de mobilidade de telefones celulares – médias de quantas pessoas com smartphones estavam ficando em casa durante o dia, fazendo deslocamentos não essenciais, e quão longe estavam se deslocando – demonstrou que as medidas adotadas para tentar controlar a disseminação do SARS-CoV-2 afetaram significativamente as três medidas de mobilidade nas direções pretendidas. Uma série de medidas de resposta foi implementada pelos governos estaduais em meados de março. Entre a data do primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil e esse período, os padrões de mobilidade mudaram apenas levemente. A partir de então, com a introdução em massa das medidas, a mobilidade mudou repentinamente. E, apesar de a extensão da mudança de mobilidade ter diminuído gradualmente até o fim de maio, ela nunca voltou aos padrões de antes de meados de março.

Nossa pesquisa oferece uma visão geral da frequência de testes e do entendimento público do Covid-19 entre 6 e 27 de maio, além de informações sobre como as pessoas estavam se comportando nas duas semanas anteriores às entrevistas. Diferentemente das análises de mobilidade, que consideram a média do comportamento de usuários de smartphones, a pesquisa mostra variações entre diferentes grupos de pessoas. Relatamos diferenças limitadas no comportamento de pessoas com maior probabilidade e aquelas com menor probabilidade de estarem contagiosas.

Além disso, a pesquisa também identificou variação em termos da qualidade do estudo em casa entre crianças e adolescentes durante o fechamento das escolas. Como também relatado em uma recente pesquisa do IBGE⁴², identificamos reduções de renda muito maiores entre os grupos economicamente mais vulneráveis. Tais achados foram relatados também em pesquisas que utilizaram amostragem de conveniência via redes

⁴² Um pesquisa recente do IBGE mostrou reduções de renda durante a pandemia e dificuldades para a procura de trabalho durante o período. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19. Maio 2020. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/IBGE>.

sociais⁴³, apesar de a amostragem randomizada e estratificada e as entrevistas por telefone utilizadas neste estudo fornecerem uma fonte mais confiável de informações sobre a população em geral.

Nos parágrafos abaixo, resumimos as informações das diferentes fontes de dados apresentadas neste documento em relação a cada uma das seis recomendações da OMS. Em seguida, refletimos sobre o que a pesquisa diz sobre os impactos das políticas de resposta ao Covid-19 em outros aspectos da vida das pessoas nas oito capitais estudadas.

Conformidade com as recomendações internacionais de saúde pública

1) A transmissão é controlada ao nível de casos esporádicos e grupos de casos.

Como um primeiro indicador de se um país está em uma transição controlada e deliberada de um nível de transmissão comunitária para um nível de baixa transmissão, a OMS recomenda o relaxamento das respostas apenas quando os novos casos são poucos e distantes uns dos outros. Para ter certeza do número real de casos, os governos precisam garantir que todas as pessoas que poderiam ter tido contado com o vírus sejam testadas e, se forem positivas para SARS-CoV-2, sejam isoladas fisicamente até não estarem mais contagiosas para não infectarem outras pessoas. Os programas de rastreamento de contatos devem ser adequados, e as pessoas que forem notificadas de que podem estar contagiosas precisam entender como devem adaptar seus comportamentos.

Nossos resultados de pesquisa mostram que a proporção de pessoas testadas entre as pessoas sintomáticas e provavelmente contagiosas foi baixa nas oito capitais. Isso também mostra quão raro foram os testes entre 6 e 27 de maio.⁴⁴ Enquanto pessoas que tiveram algum sintoma de Covid-19 durante qualquer momento do surto tinham maior probabilidade de serem testadas do que aquelas que não tiveram nenhum sintoma, esse resultado não nos diz se o teste ocorreu no período correto (isso é, se ocorreu quando as cargas virais teriam levado a um resultado positivo). Quando avaliamos os testes entre as pessoas cujos sintomas começaram durante o período sugerindo infecciosidade, elas não eram mais propensas a terem sido testadas do que as pessoas que provavelmente não estavam infecciosas. Indivíduos com alta renda tiveram mais acesso a testes.

As pessoas sintomáticas, provavelmente contagiosas, tinham maior propensão a saírem de casa em apenas um ou dois dias do que as pessoas com menor probabilidade de serem infecciosas, mas apenas 15% das provavelmente contagiosas não saíram de casa nenhuma vez durante o período de potencial contágio. Em conjunto com nossas descobertas sobre o que os cidadãos entendem serem os comportamentos apropriados de alguém em auto-isolamento, esse grau de mudança de comportamento faz sentido. De fato, 95% das pessoas consideraram equivocadamente que o auto-isolamento

⁴³ Bezerra, A. C. V., Silva, C. E. M. da, Soares, F. R. G. & Silva, J. A. M. da. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva* 25, 2411–2421 (2020).

⁴⁴ Essa situação pode ter melhorado desde a introdução de uma nova política de testes em 25 de maio. Desde então, qualquer indivíduo com sintomas teria acesso a um teste PCR pelo sistema público de saúde.

significa que "você pode sair de casa para comprar itens essenciais". Campanhas de informação mais claras com mensagens sobre o que as pessoas devem e não devem fazer nessas situações poderiam mudar esse cenário. Afinal, as populações das oito capitais estudadas estão percebendo campanhas de informação e têm bom conhecimento dos sintomas de Covid-19.

Os resultados da pesquisa também sugerem que os sistemas públicos de rastreamento de contatos não foram bem estabelecidos durante o período estudado. Menos da metade das pessoas com pelo menos um sintoma relatou isso a um médico ou a um funcionário público, e sabemos que a identificação dos sintomas do Covid-19 não foi um problema. Apenas 9% das pessoas que entraram em contato com uma pessoa sintomática descobriram os sintomas dessa pessoa através de um profissional de saúde ou funcionário público.

2) O sistema de saúde possui capacidade suficiente para detectar e isolar todos os casos.

Não avaliamos diretamente esse segundo critério, porque os indicadores OxCGRT que codificamos para o Brasil até o momento não incluem o indicador H4 (investimento emergencial em saúde), que não faz parte do índice de rigidez. Pesquisamos a população em geral, e não profissionais de saúde especificamente, e, por isso, recomendamos que formuladores de políticas públicas considerem nossas descobertas juntamente com outras informações sobre as cadeias de suprimentos e a força de trabalho dos sistemas de saúde. Nossa pesquisa perguntou, no entanto, sobre as impressões dos cidadãos sobre a capacidade do sistema de saúde de suas regiões para lidar com o Covid-19. Esses resultados não foram animadores: 86% das populações das oito cidades disseram estarem preocupadas ou muito preocupadas com o fato de equipamentos médicos, leitos hospitalares ou o número de médicos não serem suficientes para atender à demanda.

Como parte da avaliação da capacidade de um sistema de saúde de detectar e isolar casos, a OMS recomenda que a força de trabalho da área de saúde receba equipamentos de proteção individual. Não perguntamos sobre isso, mas podemos dizer que 12% das pessoas que visitaram hospitais no final de abril e no início de maio relataram que o uso de máscaras é quase universal entre trabalhadores dos hospitais. Da mesma forma, a orientação da OMS é de que aqueles contatados por políticas de rastreamento de contatos e aconselhados a permanecerem em casa recebam visitas diárias virtuais para monitoramento, por exemplo, de voluntários da comunidade. Nossa pesquisa é encorajadora nesse aspecto, 60% das pessoas que não saíram de casa na quinzena anterior receberam chamadas ou mensagens diárias.

3) O risco de novos surtos deve ser minimizado em ambientes altamente vulneráveis, como hospitais e casas de repouso.

As orientações da OMS se concentram em hospitais e casas de repouso por conta do risco de transmissão da doença no primeiro caso e do risco adicional aos pacientes e moradores de ambos os espaços. Além da alta taxa de uso de máscaras em hospitais, descobrimos que mais de 80% dos que visitaram hospitais relataram que medidas de

distanciamento físico de dois metros haviam sido estabelecidas, por exemplo, com o reposicionamento dos assentos nas salas de espera. Mais de 80% de visitantes de hospitais disseram que sabão ou álcool em gel para as mãos estavam disponíveis. Apenas 1% dos entrevistados visitou recentemente uma casa de repouso, por isso temos poucas informações sobre as medidas que foram introduzidas nesses ambientes. Os dados limitados fornecidos por essa pequena proporção de entrevistados sugerem que o uso de máscaras, o distanciamento físico, e a disponibilização de instalações para lavagem das mãos foram estabelecidos nas casas de repouso visitadas.

4) Os locais de trabalho devem estabelecer um distanciamento físico de dois metros, instalações para lavagem das mãos e etiqueta respiratória.

Nossas análises dos efeitos das políticas na mobilidade de smartphones sugerem que o fechamento dos locais de trabalho teve o impacto mais consistente em todas as três medidas de mobilidade, mantendo as demais políticas constantes. O guia da OMS recomenda medidas padrão de prevenção para os locais de trabalho. Pessoas que estavam indo trabalhar antes da pesquisa relataram que, embora a disponibilidade de instalações para lavar as mãos nos locais de trabalho fosse comum, as medidas de distanciamento para pelo menos dois metros de distância entre as pessoas eram notavelmente menos frequentes.

5) Medidas são adotadas para reduzir o risco de importação e exportação de casos.

Não temos informações sobre a exportação de casos do Brasil para outros países. No entanto, a codificação dos indicadores OxCGRT para as políticas do governo federal, dos governos estaduais e dos governos das capitais estudadas mostraram que foram introduzidas medidas em todo o país para reduzir o risco de importação de casos do exterior e de transmissão do vírus entre estados e capitais. Atualmente, o Brasil está com as fronteiras fechadas para viajantes estrangeiros, mas permite que cidadãos brasileiros retornem ao país. Muitos governos subnacionais também fecharam fronteiras entre estados brasileiros e interromperam os serviços de transporte público entre grandes cidades, para evitar transmissão do vírus pelas fronteiras municipais e estaduais. Os resumos das cidades expandem a análise dessas medidas.

6) As comunidades estão envolvidas e compreendem a necessidade de uma flexibilização gradual das restrições rígidas.

É difícil medir o envolvimento da comunidade. No entanto, avaliamos quão ampla é a crença de que o relaxamento das políticas de resposta do governo será gradual e quanto tempo as pessoas pensam que levará até que as políticas de resposta ao Covid-19 sejam completamente removidas. Conforme descrito previamente, os conselhos da OPAS enfatizam ainda mais a necessidade de flexibilização por etapas. A organização recomenda um intervalo de duas semanas entre cada estágio do relaxamento das políticas.

A pesquisa mostra que a mensagem de que a flexibilização das políticas será conduzida passo a passo está chegando às pessoas. Em cada uma das oito cidades pesquisadas,

pelo menos 70% das pessoas esperavam que o abrandamento das restrições seria gradual. Nas oito cidades, o tempo médio estimado até a remoção de todas as políticas foi de 4,7 meses (contados a partir do período entre 6 e 27 de maio). Como diferentes partes do Brasil têm diferentes trajetórias do surto e adotaram políticas diferentes, é razoável que as expectativas dos entrevistados em diferentes cidades sejam distintas. Descobrimos que as pessoas em Recife pensavam que todas as políticas de resposta ao Covid-19 seriam removidas no menor período de tempo (4,1 meses, em média). Enquanto isso, os moradores de Manaus, capital do estado com o maior número de mortes per capita por Covid-19, acreditavam que algumas medidas estariam em vigor por mais tempo (5,4 meses, em média) do que as pessoas nas outras sete capitais.

Impactos medidos das políticas de resposta do governo

O resumo acima deixa claro que as recomendações da OMS não tinham sido observadas nos oito grandes centros urbanos do Brasil no momento da realização da pesquisa. No entanto, muitos governos subnacionais já iniciaram o processo de relaxamento das medidas de distanciamento. Para informar essas tomadas de decisão, nossa pesquisa também coletou informações sobre os efeitos das políticas de resposta do governo em outros aspectos das vidas das pessoas. Com o tempo, é possível que o custo de manutenção de todas as políticas de fechamento e contenção tenha repercussões para a economia no longo prazo, o que, entre outros resultados, poderá limitar os recursos disponíveis para a saúde pública.

Recomendações a formuladores de políticas públicas seriam mais fáceis caso nossas análises dos dados de mobilidade sugerissem que políticas de fechamento e confinamento não afetaram comportamentos. Entretanto, as restrições e recomendações implementadas por governos estaduais estavam associadas a mudanças nos padrões de mobilidade para além da mudança ocorrida antes da adoção generalizada de políticas de resposta. Os efeitos das políticas no comportamento estão associados a uma limitada fadiga das políticas com o passar do tempo.

Vários outros impactos são evidentes. Durante o fechamento das escolas, estudantes de escolas públicas não estavam estudando tanto quanto estudantes de escolas particulares, e não o faziam com materiais que provavelmente eram mais adequados aos seus níveis de aprendizado. Os mais pobres e aqueles que trabalham informalmente ou como microempreendedores formais tiveram maiores perdas entre meados e final de maio, em comparação a fevereiro. Nas mesmas circunstâncias, trabalhadores informais e microempreendedores saíram de casa em menos dias na quinzena anterior do que os trabalhadores formais, o que pode ter acontecido porque eles estavam trabalhando menos horas ou porque eram mais propensos a terem perdido seus empregos.

No contexto em que os grupos economicamente mais vulneráveis da sociedade estão vivenciando as maiores reduções de renda, a medida emergencial de apoio à renda do governo federal, o Auxílio Emergencial, já havia mostrado sinais de que estava ajudando os beneficiários na época da pesquisa. Nossa pesquisa constata que para 64% das pessoas que sofreram uma perda de renda desde fevereiro e que tinham recebido uma parcela do Auxílio Emergencial no momento da pesquisa, esse suporte

compensou por pelo menos metade dos rendimentos perdidos. De fato, a faixa de renda com a maior proporção de pessoas que receberam esses fundos foi a faixa de renda mais baixa. Considerando que esse auxílio está alcançando aqueles em maior necessidade e fazendo uma diferença substantiva para eles, a continuação desse suporte poderá ser crucial para manter a observância das medidas pelas pessoas que estão enfrentando dificuldades financeiras, especialmente enquanto perdurarem os fechamentos de locais de trabalho.

A próxima seção analisa em mais detalhes as oito cidades estudadas.

Fortaleza, Ceará

Figura CE.1 - Número acumulado de óbitos e óbitos per capita no Ceará e nos outros sete estados pesquisados

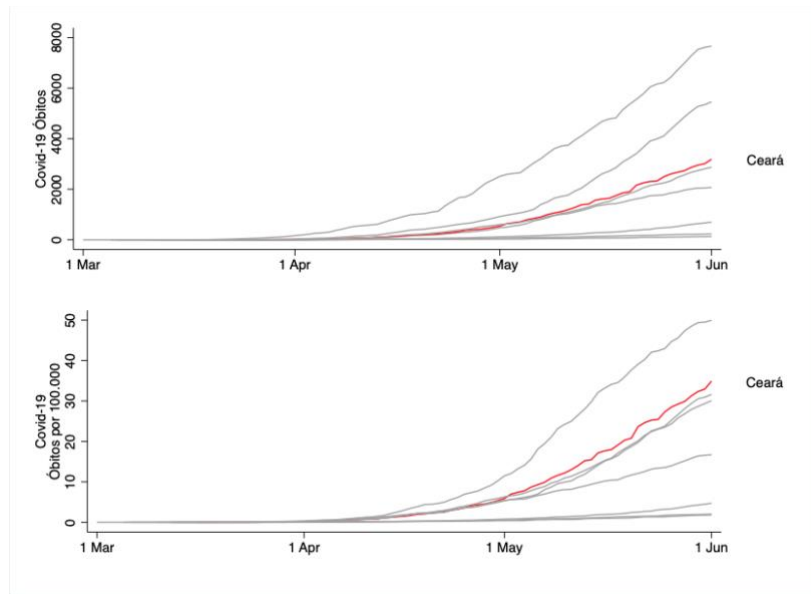
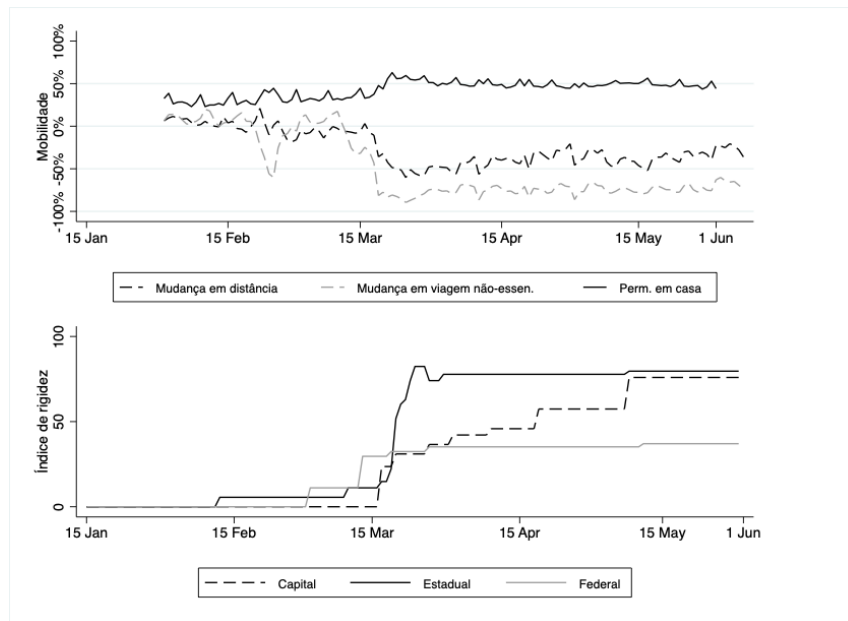


Figura CE.2 - Indicadores de mobilidade para o Ceará e índice OxCGRT de rigidez para diferentes níveis de governo



Respostas dos governos estadual e municipal

Os cinco primeiros casos de Covid-19 no estado do Ceará foram confirmados em 17 de março e os três primeiros óbitos em 26 de março. Desde então, o Ceará se tornou um dos estados com o maior número de casos e óbitos no país per capita, com 841,3 casos e 53,5 óbitos por 100.000 habitantes até 15 de junho.

O governo do estado do Ceará agiu rapidamente. O governador publicou um decreto declarando estado de emergência de saúde e estabeleceu uma série de medidas para conter o vírus, em 16 de março, um dia antes do primeiro caso no estado ser oficialmente confirmado. Tal decreto exigia a suspensão de eventos públicos com público de mais de 100 pessoas, o cancelamento de todas as atividades que poderiam levar a grandes aglomerações (incluindo shows, cinemas, teatros, bibliotecas e centros culturais) e o fechamento de todas as escolas e universidades estaduais. Nos dias seguintes, o governo do estado implementou medidas adicionais de distanciamento social, exigindo o fechamento de todos os serviços não essenciais, como bares, restaurantes, academias, lojas e museus, além da suspensão das atividades de igrejas e outras instituições religiosas. O Ceará tem sido um dos poucos estados no Brasil a impor restrições à indústria, no entanto, abriu exceções para empresas produtoras de bens essenciais, como produtos farmacêuticos e de limpeza, alimentos, água e energia, entre outros. As medidas de distanciamento válidas para todos os municípios do Ceará ficaram em vigor até 31 de maio e, a partir dessa data, algumas das restrições começaram a ser removidas em partes do estado, enquanto em outras partes foram adotadas medidas ainda mais rigorosas.

Desde meados de março, o governador do Ceará tem se pronunciado enfatizando a importância de a população ficar em casa o máximo possível. Contudo, não foram estabelecidas medidas de confinamento domiciliar válidas para todo o estado. A agência reguladora de transportes do Ceará suspendeu todos os trens interurbanos a partir de 21 de março, e todos os ônibus interurbanos a partir de 23 de março. Esses fechamentos de transporte público estavam inicialmente em vigor por dez dias, mas foram posteriormente prorrogados várias vezes. A estimativa é que tais transportes só voltem a circular na última fase do plano de reabertura estabelecido pelo governo do estado.

O controle de viagens internacionais no estado foi objeto de disputas jurídicas. Em 22 de março, uma decisão judicial permitiu ao governo do estado implementar a triagem de entrada de passageiros de voos domésticos e internacionais. Antes das restrições internacionais de viagens, muitas companhias aéreas estrangeiras realizavam voos regulares para o Aeroporto Internacional de Fortaleza. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) recorreu dessa medida, mas, em 2 de abril, o Tribunal Regional Federal da 5ª Região decidiu em favor da política de monitoramento de temperatura proposta pelo governador do estado. Em 24 de março, outra decisão judicial havia suspendido temporariamente partidas e chegadas de todos os voos

internacionais no estado do Ceará, mas tal decisão foi revertida após alguns dias pela instância superior.

Em 5 de maio, um decreto estadual estabeleceu medidas mais rígidas de distanciamento social para a cidade de Fortaleza, que estariam em vigor inicialmente entre 8 e 20 de maio, mas foram posteriormente estendidas até 31 de maio. O prefeito de Fortaleza emitiu um decreto com medidas rigorosas semelhantes, em resposta aos baixos níveis de distanciamento social identificados por meio de dados de mobilidade e ao crescente número de casos e mortes na capital. À época, o sistema de saúde do Ceará estava atingindo o limite de sua capacidade. Essas novas medidas autorizavam moradores de Fortaleza a saírem de casa somente quando estritamente necessário: para comprar mantimentos, por motivos de saúde, ou para a realização de trabalhos considerados essenciais. O uso de veículos particulares em Fortaleza também foi restrito (os carros só podiam circular dentro da cidade para permitir que as pessoas acessassem serviços essenciais), no entanto, táxis, mototáxis, e veículos disponibilizados por aplicativos podiam operar como de costume. Durante o período de confinamento restrito, oficiais do governo estadual e municipal também controlaram o fluxo de pessoas e veículos entrando e saindo de Fortaleza. Aqueles que violassem as regras estavam sujeitos a sanções civis e criminais.

À luz do alegado sucesso das políticas mais rígidas de distanciamento, com base na redução do número de casos de Covid-19 e do volume de hospitalização, em 28 de maio, o governo do estado publicou um plano para remover gradualmente algumas das restrições no Ceará. A partir de 1º de junho, a fase de transição permitiu a reabertura de dentistas e clínicas médicas, algumas indústrias voltaram a operar parcialmente e as atividades da construção foram retomadas com limitações. A partir de 8 de junho, Fortaleza foi a primeira cidade do estado a entrar na primeira fase do plano de reabertura, na qual obras, indústria e comércio (incluindo shopping centers) foram autorizados a operar novamente, com percentual reduzido de funcionários trabalhando no local, e desde que sejam seguidos os protocolos de distanciamento e higiene. A maioria dos municípios cearenses permaneceu na fase de transição, enquanto em alguns municípios do norte do estado foram adotadas medidas mais rígidas de distanciamento.

Resultados da pesquisa em Fortaleza

Fortaleza possui 2,7 milhões de habitantes, e 10% da população tem mais de 60 anos de idade. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,754, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo a 18ª capital mais desenvolvida dentre as 27 capitais brasileiras.

Os resultados mostram que 17% dos entrevistados em Fortaleza não deixaram suas casas por duas semanas no período entre 22 de abril e 13 de maio. Aqueles que se

aventuraram a sair de casa o fizeram, em média, em 4,7 dias. Três quartos dos entrevistados deixou a casa para acessar serviços essenciais, como ir ao supermercado, à farmácia ou ao banco. Dezoito por cento das pessoas saíram de casa para trabalhar durante esse período (comparado a 66% em fevereiro). Aqueles que saíram de casa nas duas semanas anteriores à pesquisa estimaram que 81% das pessoas estavam usando máscaras na rua. Apenas 4% dos entrevistados foram testados para o vírus e 2,5% declararam terem tentado fazer um teste sem sucesso. Para colocar essas porcentagens em contexto, 10% dos entrevistados em Fortaleza relataram terem tido sintomas.

De acordo com as pessoas que visitaram hospitais e supermercados em Fortaleza, o uso de máscaras era comum entre funcionários, e sabão ou álcool em gel eram facilmente acessíveis aos visitantes, e medidas de distanciamento geralmente foram implementadas. Entre os que foram trabalhar, 62% disseram que medidas de distanciamento foram implementadas em seus locais de trabalho para manter trabalhadores a dois metros de distância. Apenas um quarto das pessoas em Fortaleza afirmou ter usado o transporte público em fevereiro e 13% afirmaram que usaram o serviço nas duas semanas anteriores à entrevista. Serviços de transporte público reduzidos impediram 16% das pessoas entrevistadas de realizarem atividades planejadas.

Os níveis de conhecimento sobre os sintomas do Covid-19 e sobre o significado e as práticas de auto-isolamento em Fortaleza foram semelhantes à média das respostas na amostra conjunta da população das oito cidades. Os índices médios entre os residentes de Fortaleza foram 82 em 100 para 'conhecimento dos sintomas' e 46 em 100 para 'conhecimento sobre auto-isolamento' (veja uma explicação desses índices na seção reportando os resultados principais).

Quando perguntadas sobre as principais fontes de informações sobre o Covid-19, a maioria das pessoas apontou noticiários de TV (52%). Jornais e sites de jornais (24%) eram as segundas principais fontes para a população de Fortaleza. Dentre os 69% dos entrevistados que viram campanhas do governo, 80% viram tais campanhas na TV, 35% nos jornais. A maioria das pessoas identificou o governo do estado como a principal fonte das campanhas (75%), enquanto 33% viram campanhas do governo federal, e 30% do governo municipal.

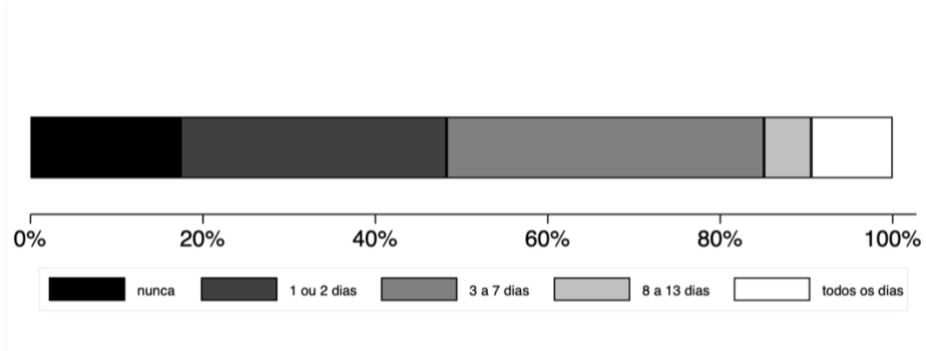
Em Fortaleza, apenas 23% das pessoas acreditam que o sistema público de saúde de sua região esteja bem preparado (13%) ou muito bem preparado (10%) para lidar com o Covid-19, e 87% das pessoas disseram estarem preocupadas (11%) ou muito preocupadas (76%) com a possibilidade de equipamentos, leitos hospitalares, ou médicos não atenderem à demanda.

A grande maioria (82%) das pessoas em Fortaleza considera o Covid-19 muito mais sério do que uma gripe comum. A aprovação das medidas governamentais para combater a propagação da doença é alta, sendo que 56% consideram a resposta adequada, enquanto 27% consideram as medidas insuficientemente rigorosas, e 17% consideram as

medidas muito rigorosas. A maioria das pessoas acredita que as medidas de respostas do governo serão flexibilizadas gradualmente. Apenas 23% disseram acreditar que elas serão removidas de uma só vez. Em média, as pessoas em Fortaleza estimam que serão necessários 4,9 meses para que as políticas do governo sejam completamente removidas.

Figura CE.3 - Distanciamento social, conhecimento e testes em Recife

A. Número de dias em que pessoas entrevistadas saíram de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa

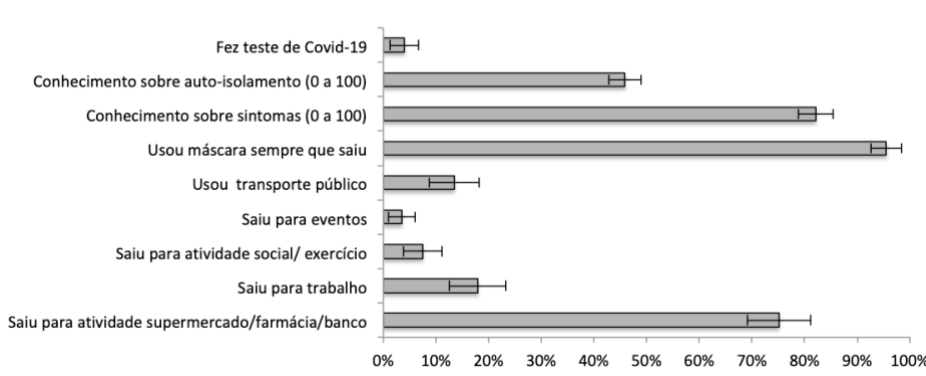
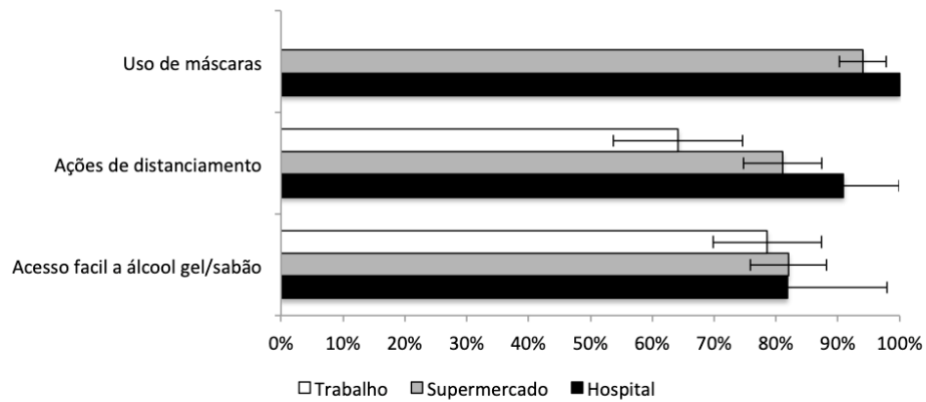


Figura CE.4 - Higiene das mãos, distanciamento e uso de máscaras



Goiânia, Goiás

Figura GO.1 - Número acumulado de óbitos e óbitos per capita em Goiás e nos outros sete estados pesquisados

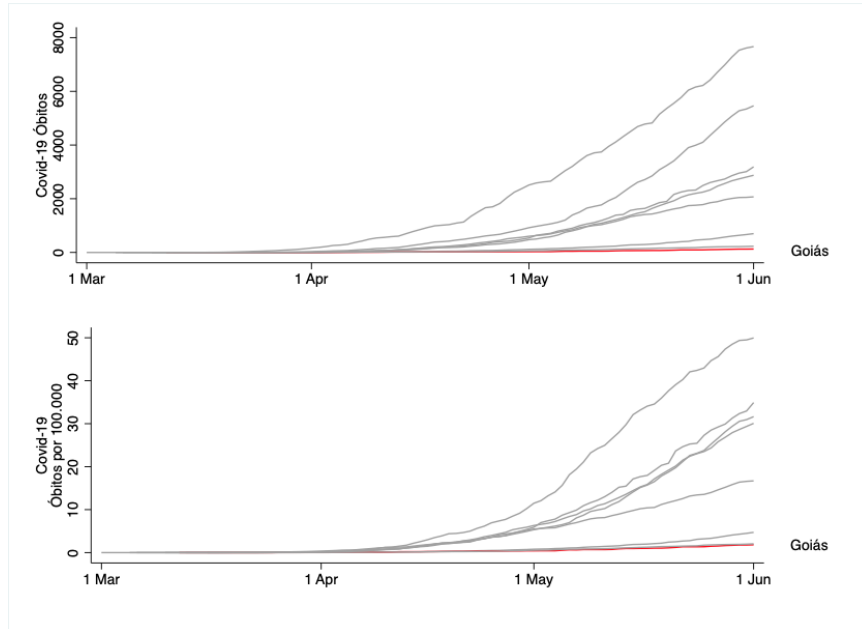
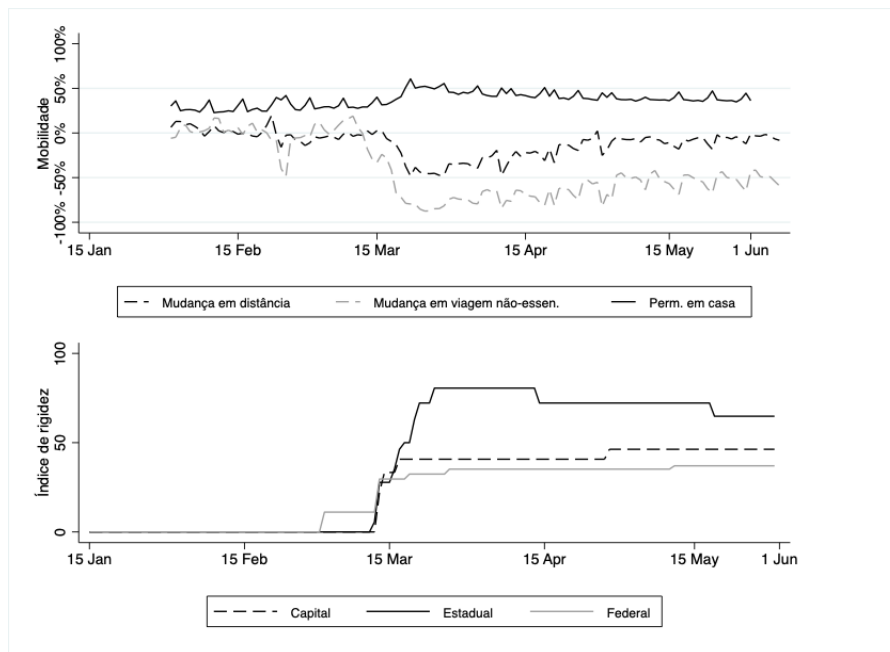


Figura GO.2 - Indicadores de mobilidade para o Goiás e índice OxCGRT de rigidez para diferentes níveis de governo



Respostas dos governos estadual e municipal

O estado de Goiás havia confirmado 113,4 casos de Covid-19 e 3 mortes por cada 100.000 habitantes até 15 de junho. Em 13 de março, os três primeiros casos de Covid-19 foram confirmados no estado, e a primeira morte foi confirmada em 26 de março. Imediatamente em 13 de março, o governador emitiu um decreto declarando uma situação de emergência na saúde pública. Nos dias seguintes, o governo do estado publicou uma série de decretos estabelecendo medidas de distanciamento, incluindo a suspensão de todas as atividades comerciais e industriais não essenciais, o fechamento de estabelecimentos de entretenimento (cinemas, clubes, academias, bares, restaurantes e teatros), o cancelamento de todos os eventos públicos e privados de qualquer tipo (incluindo reuniões religiosas e filosóficas), e o fechamento de escolas estaduais. O governo do estado também introduziu restrições que afetavam a possibilidade de viagens para outros estados: o transporte de passageiros foi suspenso para estados onde casos de Covid-19 foram confirmados ou onde uma situação de emergência havia sido declarada. Veículos particulares também foram proibidos de realizar tais percursos. Além disso, o governador aconselhou a população a ficar em casa sempre que possível, a evitar todos os tipos de reuniões, e a usar máscara quando estivesse fora de casa. No entanto, não foram implementados toques de recolher ou exigências formais para que a população ficasse em casa.

Em 19 de abril, o governo estadual publicou um decreto que reiterava a situação de emergência na saúde pública e prolongava certas medidas de distanciamento social, como o cancelamento de eventos, o fechamento de escolas e universidades, e a proibição de reuniões públicas. No entanto, esse decreto também introduziu a reabertura gradual, a partir de 20 de abril, de alguns locais de trabalho, autorizando a retomada de algumas atividades industriais e da construção civil, e a reabertura de lava a jatos e lavanderias, e de salões de beleza e barbearias (com redução de 50% de sua capacidade), entre outros estabelecimentos. Como parte dessa flexibilização, celebrações religiosas foram autorizadas a ocorrer duas vezes por semana, embora com capacidade reduzida e com a exigência de que todos os participantes usem máscaras e respeitem as regras de distanciamento físico.

O governo da capital, Goiânia, introduziu medidas adicionais para complementar, ou, dependendo da política, reforçar as regras estabelecidas pelo governo estadual. A prefeitura exigiu o fechamento de escolas na cidade, o cancelamento de eventos públicos, e a restrição de todos os tipos de eventos com aglomeração de pessoas onde não fosse possível manter a distância mínima de 2 metros. Em princípio, o governo da cidade não adotou nenhuma regra quanto ao fechamento dos locais de trabalho, pois as medidas estaduais se aplicavam a todos os municípios. No entanto, com o objetivo de limitar o número de usuários de transporte público, em 20 de maio, o governo da cidade adotou uma política de horário de trabalho escalonado, que designava diferentes horários em que diferentes tipos de atividades deveriam começar a operar. Padarias, por exemplo, podem abrir entre 5h e 6h da manhã. Os coletores de lixo

podem operar entre às 7h e às 8h. Essas regras visavam reduzir picos na circulação de pessoas em Goiânia.

Resultados da pesquisa em Goiânia

Goiânia tem 1,5 milhão de habitantes, 10% da população tem mais de 60 anos de idade. O IDH é 0,799, sendo a 10ª capital mais desenvolvida dentre as 27 capitais brasileiras.

Apenas 7% dos entrevistados em Goiânia disseram que não saíram de casa por duas semanas entre 22 de abril e 13 de maio. O restante saiu, em média, em 6,5 dias. Do total da amostra, 80% das pessoas saíram para realizar atividades essenciais, como idas ao supermercado, à farmácia ou ao banco, e 34% foram para o trabalho (comparado a 70% que saíam para trabalhar em fevereiro). Quem saiu de casa percebeu que 80% das pessoas, em média, usavam máscaras nas ruas. Quatro por cento dos entrevistados em Goiânia disseram ter tido pelo menos um sintoma do Covid-19 durante os sete dias anteriores à entrevista. Apenas 3% das pessoas foram testadas para o vírus e 1% disse ter tentado fazer o teste sem sucesso.

Os locais de trabalho daqueles que saíram para trabalhar introduziram medidas de distanciamento social em 65% dos casos. As pessoas que visitaram hospitais em Goiânia e as que estiveram no supermercado disseram que o uso de máscaras era frequente entre funcionários, e que era fácil lavar as mãos com sabão ou álcool gel. Em fevereiro, 28% das pessoas em Goiânia supostamente usavam transporte público, mas apenas 8% disseram ter usado esse tipo de transporte nas duas semanas anteriores às entrevistas. As reduções nos serviços de transporte público impediram apenas 12% das pessoas de fazerem atividades que pretendiam fazer.

Os índices de conhecimento sobre os sintomas do Covid-19 e sobre o significado e as práticas de auto-isolamento entre os habitantes de Goiânia foram semelhantes às médias das oito populações pesquisadas. Em Goiânia, o índice médio de 'conhecimento sobre sintomas' foi de 84 em 100 e o de 'conhecimento sobre auto-isolamento' foi de 43 em 100 (veja uma explicação desses índices na seção reportando os resultados principais).

Os noticiários de TV (50%) e os jornais e sites de jornais (25%) são as principais fontes de informações sobre o Covid-19 para as pessoas em Goiânia. As campanhas de informação pública estão chegando à maioria da população (57%). Dentre as pessoas que disseram ter visto ou ouvido tais campanhas, 71% viram na TV, 31% no Facebook ou Twitter, 29% em jornais, 21% em blogs e 19% receberam tais campanhas por WhatsApp. O governo do estado foi percebido como a principal fonte dessas campanhas; 77% das pessoas relataram terem visto campanhas do governo do estado, 31% viram uma campanha do governo federal, e 16% das pessoas tiveram acesso a uma campanha da prefeitura.

Mais da metade (55%) das pessoas entrevistadas na cidade disse que sua renda havia diminuído desde fevereiro, e 42% relataram uma queda de metade ou mais da renda familiar. Seis por cento do total das pessoas relataram uma perda total de renda.

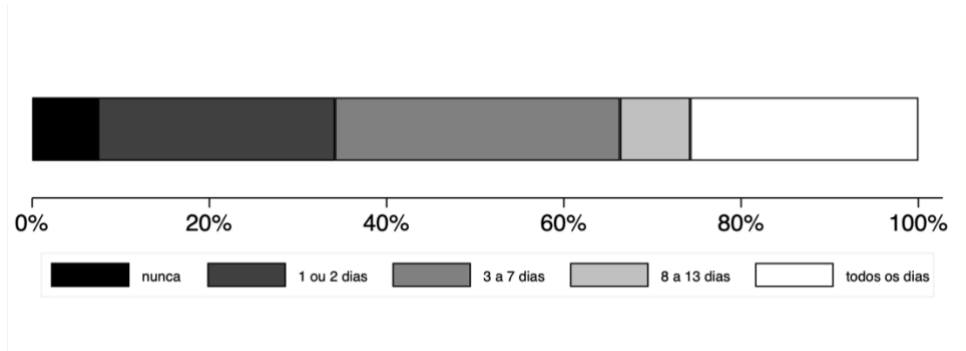
A preocupação com a escassez de equipamentos, leitos hospitalares ou médicos é evidente para 80% dos entrevistados. Vinte e quatro por cento das pessoas em Goiânia disseram estarem preocupadas com isso e 56% disseram estarem muito preocupadas. A confiança no preparo do sistema de saúde pública é baixa: apenas 27% das pessoas acreditam que esteja bem preparado (16%) ou muito bem preparado (11%) para lidar com o surto do novo coronavírus.

Em Goiânia, 81% das pessoas consideram o Covid-19 muito mais sério do que uma gripe comum. A maioria da população também avaliou as políticas públicas implementadas para combater a propagação da doença como adequadas (57%). Uma proporção menor considerou as medidas menos rigorosas do que o necessário (32%) e apenas 10% das pessoas consideraram as medidas excessivamente rigorosas.

A maioria das pessoas da cidade acredita que essas medidas serão flexibilizadas gradualmente, com apenas 22% dizendo acreditar que todas as medidas de resposta do governo serão removidas ao mesmo tempo. Em média, as pessoas de Goiânia estimaram que seriam necessários 4,4 meses para que todas as restrições sejam removidas.

Figura GO.3 - Distanciamento social, conhecimento e testes em Goiânia

A. Número de dias em que pessoas entrevistadas saíram de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa

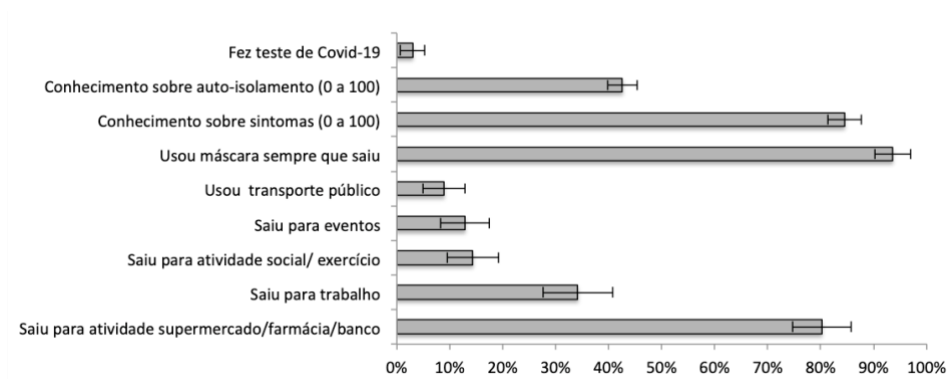
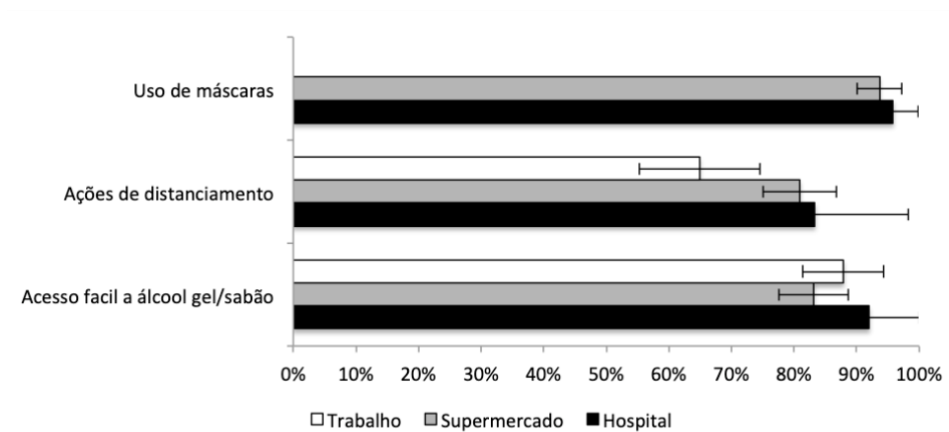


Figura GO.4 - Higiene das mãos, distanciamento e uso de máscaras



Manaus, Amazonas

Figura AM.1 - Número acumulado de óbitos e óbitos per capita no Amazonas e nos outros sete estados pesquisados

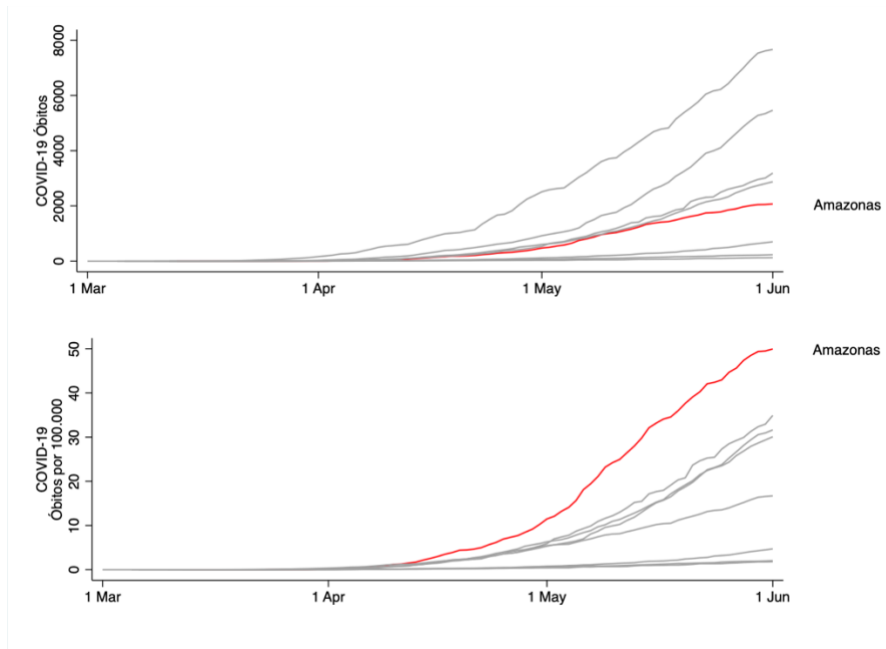
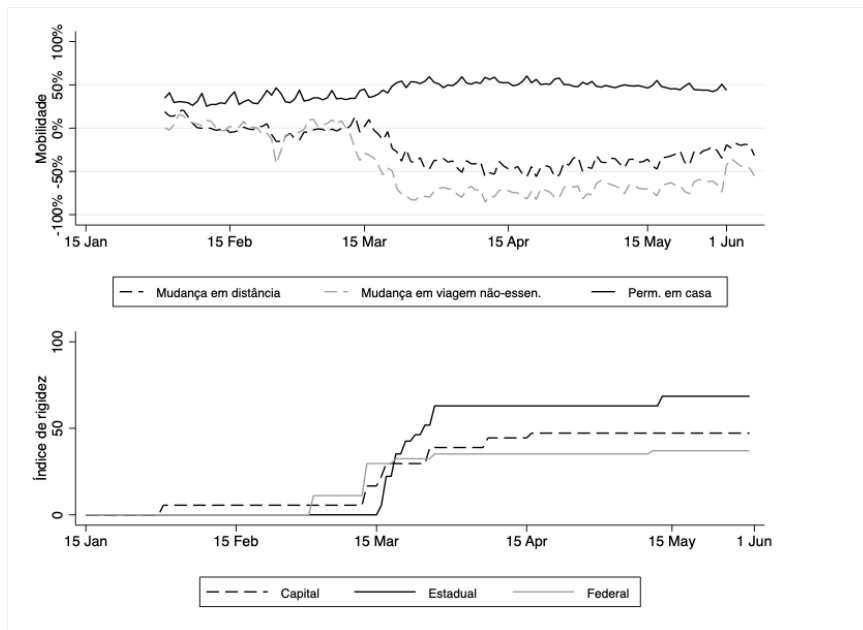


Figura AM.2 - Indicadores de mobilidade para o Amazonas e índice OxCGRT de rigidez para diferentes níveis de governo



Respostas dos governos estadual e municipal

O estado do Amazonas é um dos estados do Brasil mais atingidos pela pandemia e havia registrado 1363,4 casos e 60,1 mortes por 100.000 habitantes até 15 de junho. O primeiro caso foi confirmado em 15 de março. Nos dias que se seguiram, o governo do estado declarou uma emergência de saúde pública e publicou uma série de decretos que introduziam medidas de distanciamento social. Eventos públicos foram cancelados, academias e centros esportivos fechados, o transporte fluvial de passageiros (a principal forma de transporte público em grande parte do estado) foi suspenso, e todas as aulas nas escolas públicas foram interrompidas. Restaurantes, bares e outros estabelecimentos foram proibidos de atender ao público.

Nesse estágio, nem os governos estaduais ou municipais no Amazonas apresentaram formalmente medidas de permanência em casa. Mas, em 23 de março, o governador elevou a emergência de saúde pública (quando um perigo é iminente) a 'um estado de calamidade pública' (sinalizando que um dano seria causado). Com isso, o governo do estado exigiu que todos os locais de trabalho não essenciais do setor comercial e de serviços fechassem as portas, e recomendou que a população ficasse em casa e evitasse sair as ruas a menos que fosse estritamente necessário. A indústria, no entanto, foi autorizada a continuar operando desde que as empresas adotassem medidas sanitárias para conter a propagação do vírus. Dessa forma, um dos maiores centros industriais do norte do Brasil, o Polo Industrial de Manaus, permaneceu operando.

Desde o início do surto do novo coronavírus no Amazonas, os governos estaduais e municipais lançaram campanhas públicas de informação, criaram sites dedicados a coletar informações diárias e fornecer atualizações sobre o Covid-19. O governo do estado também lançou um aplicativo oficial de celular para conectar pessoas que apresentaram resultados positivos com profissionais de saúde.

No final de março, foram introduzidas regras para todos os passageiros que chegassem ao Aeroporto Internacional Eduardo Gomes, em Manaus. Sintomáticos ou não, todos eram orientados a entrar em quarentena. Em 6 de abril, o governador anunciou novas restrições ao movimento interno de pessoas dentro do Amazonas, e suspendeu o transporte interestadual e interurbano de passageiros, inclusive proibindo viagens de táxi e vans entre cidades do estado.

No entanto, o surto continuou a crescer. Manaus, capital do Amazonas, lar de mais da metade dos habitantes do estado, é uma das cidades mais densamente povoadas do norte do Brasil. Com o rápido crescimento no número de casos no Amazonas, a grande maioria tenha sido registrada na capital, que registrou mais de 60% das mortes de Covid-19 no estado. A taxa bruta de mortalidade (proporção de mortes entre os casos confirmados) em Manaus era de 4,4% em 15 de junho.

O governo da cidade de Manaus adotou medidas para restringir ainda mais a circulação de pessoas na capital. A venda e o uso de passes de ônibus para estudantes e passes de ônibus gratuitos para idosos foram suspensos entre 7 e 30 de abril. A partir de 25 de abril, o transporte público só poderia operar em Manaus se o número de passageiros não excedesse o número de assentos do veículo.

No final de abril, o Amazonas foi o primeiro estado do Brasil a atingir a capacidade de seu sistema de saúde. Houve relatos de contêineres sendo usados para armazenar corpos e de enterros em massa ocorrendo nos cemitérios da cidade. Não obstante, as políticas de distanciamento estabelecidas pelo governador ficaram em vigor apenas até 31 de maio e, no momento da redação deste relatório, algumas medidas estavam sendo flexibilizadas. Tal flexibilização das medidas no Amazonas segue um plano em fases estabelecido pelo governo do estado e baseado no crescimento do número de casos. Na primeira fase, de 1º a 15 de junho, alguns tipos de lojas poderão reabrir (incluindo lojas de esportes, concessionárias e revendas de veículos, e pet shops), bem como igrejas e outros locais religiosos, desde que operem com 30% da capacidade e limitem as celebrações a uma hora, com um intervalo de pelo menos cinco horas entre elas.

Resultados da pesquisa em Manaus

Manaus é uma cidade de 2,2 milhões de habitantes e 6% da população tem mais de 60 anos de idade. O IDH é de 0,737, o que a torna a 16ª capital mais desenvolvida (entre 27 cidades).

Em Manaus, 17% das pessoas afirmaram não ter saído de casa por duas semanas entre 22 de abril e 13 de maio. Aqueles que saíram, o fizeram, em média, em seis dias. A maioria das pessoas entrevistadas (62%) saiu para ir ao supermercado, farmácia, banco ou para outro deslocamento essencial. Pouco menos de um terço (30%) saiu para ir ao trabalho (comparado a 66% em fevereiro). As pessoas que se aventuraram nas ruas no período estimaram que 75% das outras pessoas estavam usando máscaras. Entre todos os entrevistados, 20% relataram ter tido pelo menos um sintoma do Covid-19 durante a semana anterior à entrevista, 7% disseram que haviam sido testados em algum momento e 3% relataram terem tentado fazer o teste sem sucesso.

Medidas de distanciamento social nos locais de trabalho parecem ser relativamente frequentes em Manaus. Setenta por cento dos que disseram sair de casa para ir ao trabalho declararam que seu local de trabalho havia introduzido medidas para manter distância de dois metros entre trabalhadores. As pessoas que visitaram hospitais e supermercados em Manaus nas duas semanas anteriores à entrevista tiveram fácil acesso à sabão ou álcool em gel para lavarem as mãos e relataram o uso generalizado de máscaras entre funcionários de hospitais e supermercados. Serviços de transporte público reduzidos impediram 16% das pessoas de realizarem atividades que pretendiam

fazer. Vinte e dois por cento das pessoas disseram que usaram o transporte público durante a quinzena anterior; 38% disseram ter usado esse tipo de transporte em fevereiro.

Os entrevistados em Manaus pontuaram 78 em 100, em média, para índices de conhecimento sobre os sintomas do Covid-19, enquanto o índice médio para conhecimento sobre o significado e as práticas de auto-isolamento foi de 40 em 100 (veja uma explicação desses índices na seção reportando os resultados principais).

Para a maioria da população em Manaus, as principais fontes de informação sobre o Covid-19 são o noticiário da TV (65% disseram ser esta a principal fonte), seguido por jornais e sites de jornais (15%). As campanhas de informação pública estão chegando a 57% das pessoas. Entre as que relatam terem visto tais campanhas, 81% viram na TV, 28% no Facebook ou Twitter, 22% nos jornais, 20% no WhatsApp e 16% em blogs. Cinquenta e quatro por cento das pessoas que viram campanhas de informação acreditavam que tais campanhas eram provenientes do governo do estado.

Em Manaus, apenas um quinto das pessoas acredita que o sistema público de saúde está bem preparado (9%) ou muito bem preparado (11%) para lidar com o surto do novo coronavírus, enquanto 91% estavam preocupados (19%) ou muito preocupados (72%) com a insuficiência de equipamentos médicos, leitos hospitalares ou médicos em sua região.

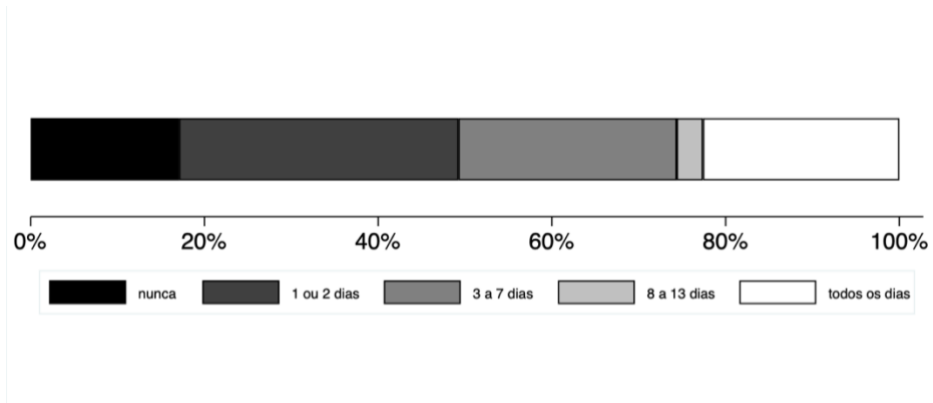
Aproximadamente 40% das pessoas em Manaus relataram reduções de renda em comparação a fevereiro, e pouco mais de um quarto (27%) sofreu um corte de metade ou mais. Cinco por cento da população disse que sua renda havia caído para zero.

Os habitantes de Manaus levam a sério o Covid-19: 81% disseram acreditar que o vírus é mais grave do que uma gripe comum. Um pouco menos da metade dos entrevistados (46%) avaliou as políticas de resposta do governo para combater a propagação da doença como adequadas. A mesma proporção (46%) considera que a resposta é menos rigorosa do que o necessário. Apenas 8% consideraram tais políticas muito rígidas.

Em média, as pessoas em Manaus estimaram que a remoção de todas as medidas levará 5,4 meses, consideravelmente mais do que a expectativa média de 4,6 meses nas oito cidades pesquisadas. Pouco mais de um quarto (28%) da população acredita que as restrições serão removidas de uma só vez.

Figura AM.3 - Distanciamento social, conhecimento e testes em Manaus

A. Número de dias em que pessoas entrevistadas saíram de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa

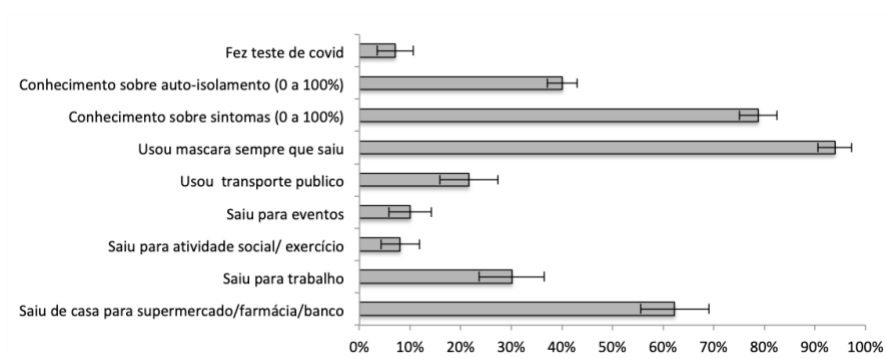
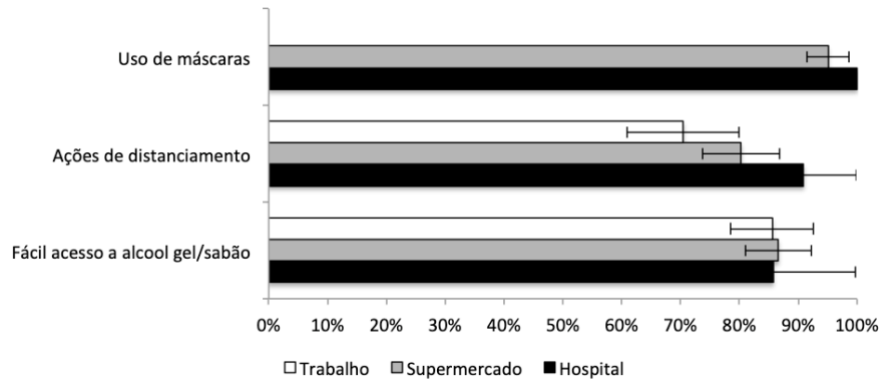


Figura AM.4 - Higiene das mãos, distanciamento e uso de máscaras



Porto Alegre, Rio Grande do Sul

Figura RS.1 - Número acumulado de óbitos e óbitos per capita no Rio Grande do Sul e nos outros sete estados pesquisados

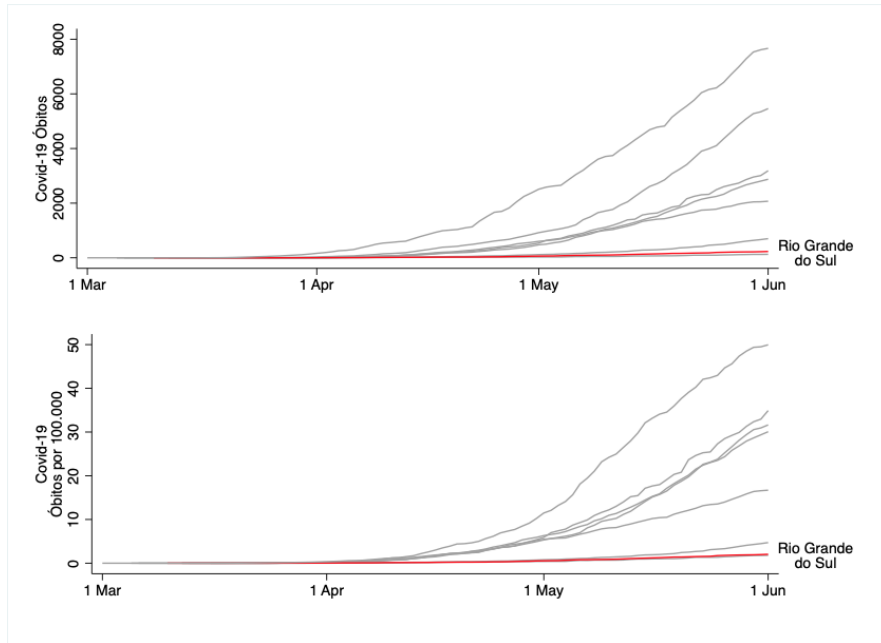
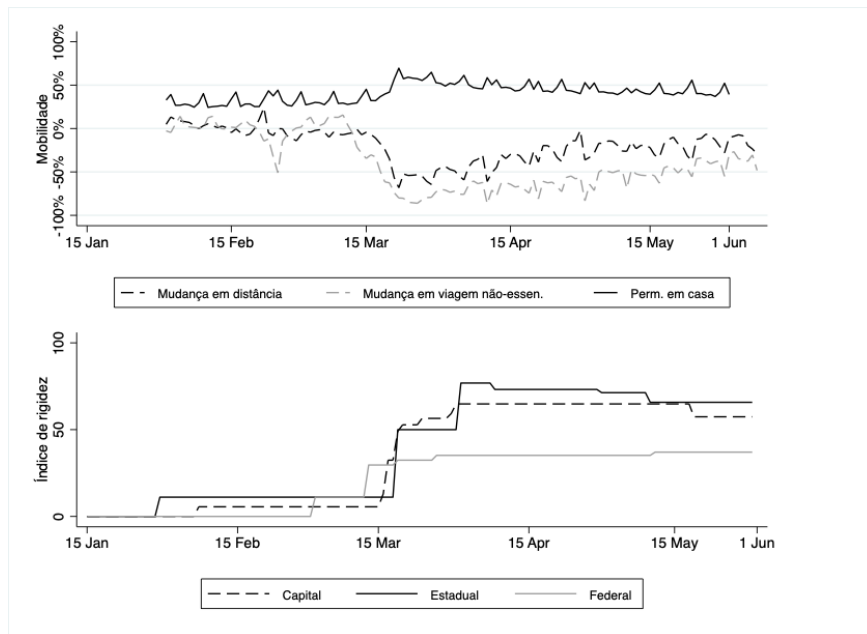


Figura RS.2 - Indicadores de mobilidade para o Rio Grande do Sul e índice OxCGRT de rigidez para diferentes níveis de governo



Respostas dos governos estadual e municipal

O primeiro caso no estado foi confirmado em 10 de março, a primeira morte em 25 de março. Nesse meio tempo, em 19 de março – quando 30 casos haviam sido confirmados na cidade de Porto Alegre – o governo do estado emitiu um decreto declarando situação de calamidade pública (pulando a declaração menos extrema de 'emergência pública'). Esse decreto introduziu uma série de medidas de distanciamento: cancelou as aulas e exigiu o fechamento de shopping centers e de todas as lojas que vendessem itens não essenciais – apenas farmácias, supermercados e bancos foram autorizados a permanecer abertos. Restaurantes poderiam funcionar, desde que pudessem garantir uma distância mínima de dois metros entre cada cliente. O transporte público foi autorizado a continuar operando, mas apenas no limite da capacidade de passageiros sentados. O transporte interestadual de passageiros foi suspenso. O governador passou a recomendar que a população ficasse em casa sempre que possível. Até 15 de junho, o Rio Grande do Sul havia confirmado 128,9 casos de Covid-19 e 3 mortes por 100.000 habitantes.

O governo do estado emitiu outro decreto em 1º de abril, reforçando ainda mais os requisitos de distanciamento social. Todos os serviços não essenciais foram fechados (como cinemas e teatros). Todos os eventos públicos foram cancelados. Reuniões privadas com mais de 30 pessoas foram proibidas. O acesso às praias foi restrito. E veículos provenientes de outros estados ou do exterior (o estado faz fronteira com o Uruguai) deixaram de ser autorizados a entrar no Rio Grande do Sul. Esse decreto também passou a exigir que as pessoas viajassem dentro do estado apenas em situações de necessidade.

A partir de 11 de maio, essas restrições foram gradualmente relaxadas. O governo do estado decidiu fazer a transição para uma política de distanciamento social 'controlada', que permitia que alguns estabelecimentos começassem a reabrir em locais onde os níveis de transmissão do vírus estivessem controlados e de acordo com a avaliação e as orientações fornecidas por cada governo municipal. As escolas permaneceram fechadas e reuniões de mais de 10 pessoas continuaram proibidas.

A cidade de Porto Alegre implementou políticas semelhantes às do governo do estado. A partir de meados de março, o governo municipal suspendeu as aulas, fechou os shopping centers e introduziu medidas de distanciamento social em bares e restaurantes, exigindo que as mesas fossem dispostas com 2 metros de distância entre elas e limitando os serviços dos restaurantes à metade da capacidade. No final de março, o governo da cidade encerrou todas as atividades não essenciais no comércio, indústria e serviços, cancelou eventos públicos e proibiu todas as reuniões privadas e públicas. Espelhando a decisão do governo do estado tomada pouco mais de uma semana antes, a cidade de Porto Alegre começou a flexibilizar algumas das regras em 20 de maio. Academias, bares, igrejas e shopping centers, entre outros

estabelecimentos, foram autorizados a reabrir, desde que adotadas medidas extras de distanciamento social e higiene.

Resultados da pesquisa em Porto Alegre

Porto Alegre tem 1,5 milhão de habitantes e 15% da população tem mais de 60 anos de idade. O padrão de vida é relativamente alto: seu IDH é de 0,805, tornando-a a terceira capital mais desenvolvida do Brasil (de 27).

A permanência em casa nas duas semanas anteriores à pesquisa foi algo raro entre os residentes de Porto Alegre entre 22 de abril e 12 de maio. Apenas 10% dos entrevistados relataram não terem saído de casa durante a quinzena anterior à entrevista. Aqueles que saíram de casa o fizeram em média em 6,1 dias. A maioria da amostra (79%) saiu de casa para atividades essenciais, como ir ao supermercado, farmácia ou banco. Quase um terço, 30%, saiu para ir ao trabalho (comparado a 61% em fevereiro). Aqueles que saíram de casa durante esse período estimaram que, em média, 76% das pessoas usavam máscaras nas ruas. Quatro por cento dos entrevistados foram testados para Covid-19 e 1% disse que havia tentado fazer um teste sem sucesso. Seis por cento dos entrevistados relataram terem tido pelo menos um sintoma na semana anterior à entrevista.

Dos que saíram de casa para ir trabalhar em Porto Alegre, 60% afirmaram que seu local de trabalho havia introduzido medidas para manter distância de dois metros entre trabalhadores. Os entrevistados que visitaram hospitais e supermercados relataram que funcionários nesses locais geralmente usavam máscaras, que havia fácil acesso à álcool em gel ou instalações para lavar as mãos com sabão, e que medidas de distanciamento social nas filas e salas de espera haviam sido implementadas. O fechamento do transporte público não impediu que a maioria das pessoas cumprisse as atividades que pretendia fazer: esse foi o caso de apenas 9% das entrevistadas. Vinte e seis por cento das pessoas em Porto Alegre usaram transporte público durante a quinzena anterior; em comparação, 45% afirmaram que usaram esse serviço em fevereiro.

Os índices de conhecimento sobre os sintomas do Covid-19 e sobre o significado e as práticas de auto-isolamento em Porto Alegre foram semelhantes às médias das respostas nas oito populações urbanas estudadas. Os índices médios foram 82 em 100 para 'conhecimento dos sintomas' e 43 em 100 para 'conhecimento sobre auto-isolamento' (veja uma explicação desses índices na seção reportando os resultados principais).

A principal fonte de informação sobre o Covid-19 são noticiários de TV (58%), e jornais e sites de jornais (14%). Dentre as pessoas que viram campanhas de informação pública (65% de todas as entrevistadas em Porto Alegre), 74% relataram vê-las na TV, 31% se depararam com campanhas em jornais, 29% via Facebook ou Twitter, 17% em blogs e

11% via WhatsApp. Dos que viram campanhas de informação pública, 59% disseram ter visto uma campanha do governo estadual, 42% disseram ter visto uma campanha do governo federal e 31% do governo municipal.

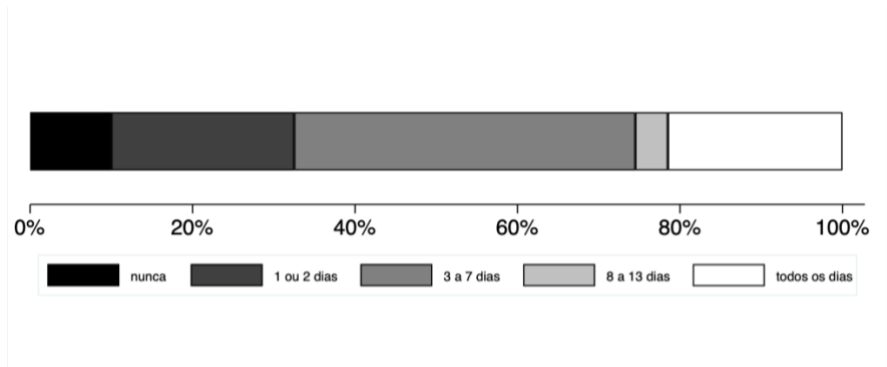
O nível de preparo do sistema público de saúde é motivo de preocupação para as pessoas em Porto Alegre. Apenas 37% das pessoas consideraram que o sistema público de saúde na região está bem preparado (16%) ou muito bem preparado (21%) para lidar com o surto do vírus. A maioria da população (79%) disse estar preocupada (15%) ou muito preocupada (64%) com a possibilidade de que equipamentos médicos, leitos hospitalares ou médicos sejam insuficientes para lidar com a pandemia.

Metade da amostra relatou reduções de renda, e quase um terço (31%) das pessoas sofreu um corte de metade ou mais de seus rendimentos em comparação com fevereiro. Cinco por cento das pessoas relataram uma perda total de renda desde fevereiro.

Sessenta e nove por cento das pessoas em Porto Alegre consideraram o Covid-19 muito mais sério do que uma gripe comum. As medidas governamentais adotadas para combater a propagação da doença foram avaliadas como adequadas por 62% dos entrevistados na cidade, como insuficientemente rigorosas em 30% dos casos, e como excessivamente rigorosas por apenas 8% das pessoas. A população, em geral, acredita que a flexibilização dessas restrições será um processo gradual, e que levará, em média, 5,1 meses para que todas as medidas sejam removidas. Apenas 18% dos entrevistados em Porto Alegre acreditavam que as restrições seriam removidas todas de uma só vez.

Figura RS.3 - Distanciamento social, conhecimento e testes em Porto Alegre

A. Número de dias em que pessoas entrevistadas saíram de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa

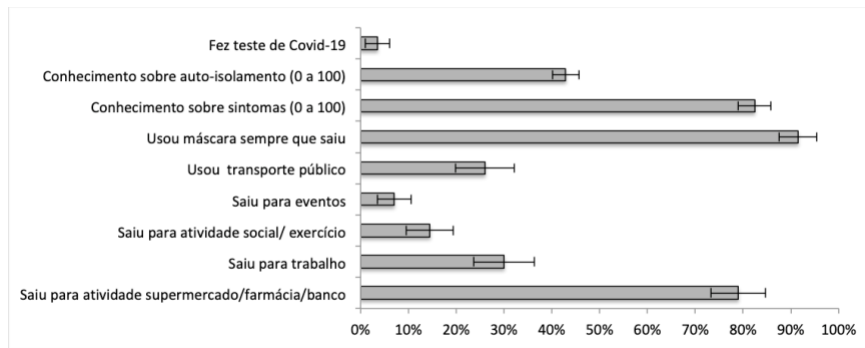
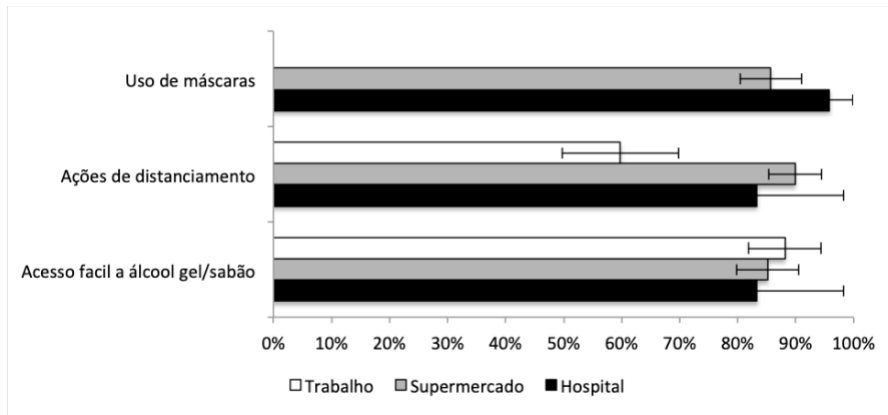


Figura RS.4 - Higiene das mãos, distanciamento e uso de máscaras



Recife, Pernambuco

Figura PE.1 - Número acumulado de óbitos e óbitos per capita no Pernambuco e nos outros sete estados pesquisados

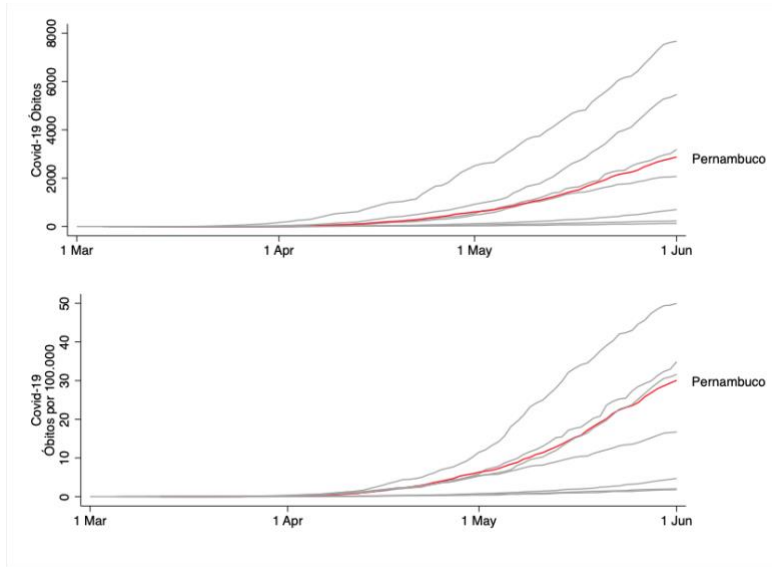
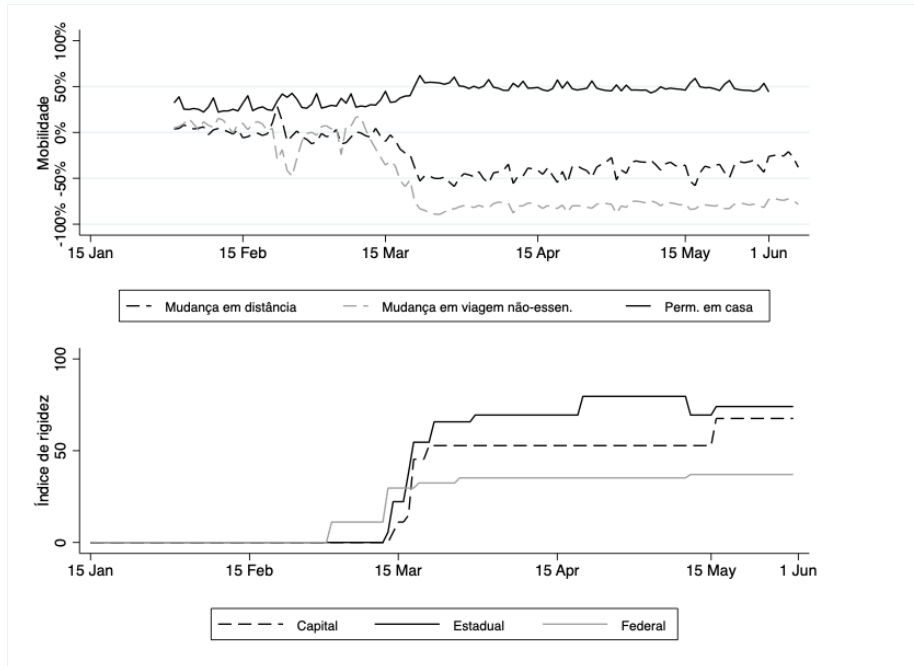


Figura PE.2 - Indicadores de mobilidade para o Pernambuco e índice OxCGRT de rigidez para diferentes níveis de governo



Respostas dos governos estadual e municipal

Pernambuco tinha 473,6 casos e 40,3 mortes por 100.000 habitantes até 15 de junho. O estado viu seus dois primeiros casos confirmados de Covid-19 em 12 de março. A primeira morte foi confirmada em 25 de março. O estado agiu rápido. As campanhas de informação pública começaram a funcionar em meados de março. Em 18 de março, o governo do estado divulgou um número do WhatsApp para fornecer aos usuários informações sobre o Covid-19 por meio de mensagens instantâneas. O estado também foi um dos primeiros a lançar um site que permitia à população ver como os casos confirmados são distribuídos geograficamente, fornecendo informações detalhadas sobre o número de casos confirmados nas cidades do estado, e até mesmo nos bairros.

Em 18 de março, o governo do estado fechou todas as escolas públicas e privadas, universidades e outros estabelecimentos de ensino. Um decreto estadual exigiu o fechamento de todos os bares e restaurantes, barbearias e salões de beleza, clubes, bem como shopping centers e lojas de produtos considerados não essenciais. O acesso às praias era permitido apenas para a prática de exercícios, desde que as pessoas mantivessem uma distância segura das outras. Todos os serviços e atividades comerciais não essenciais foram posteriormente suspensos, bem como o transporte interurbano de passageiros.

Inicialmente, o governo do estado cancelou eventos públicos com mais de 500 pessoas, depois mudou a política para incluir todos os eventos com mais de 50 pessoas, até finalmente cancelar todos os eventos públicos. A partir de 4 de abril, reuniões privadas de mais de 10 pessoas foram proibidas no estado de Pernambuco e praias e parques foram fechados ao público.

Políticas de distanciamento social mais restritivas foram introduzidas a partir de então, mas, apesar de o governador do estado ter recomendando que a população ficasse em casa o máximo possível, nenhuma medida de toque de recolher ou ordem de permanência em casa com validade para todo o estado foi introduzida. O governo do estado eventualmente anunciou a suspensão de todos os serviços de transporte público nas ilhas da costa, incluindo ônibus e táxis. O arquipélago de Fernando de Noronha foi a primeira parte de Pernambuco a introduzir fechamentos de transporte público em 20 de abril e, eventualmente, um decreto do governo estadual exigiu que as pessoas nas ilhas permanecessem em casa. As pessoas só podiam sair às ruas com autorização para a compra de alimentos, remédios e produtos de higiene; para ir ao banco; para pescar; e por motivos médicos. O desembarque e decolagem de aeronaves no Aeroporto Estadual de Fernando de Noronha foi suspenso a partir de 21 de março.

Entre 16 a 31 de maio, um decreto do governo estadual exigiu medidas mais rígidas de distanciamento nos municípios de Recife, Olinda, Camaragibe, São Lourenço da Mata e Jaboatão dos Guararapes. A circulação de pessoas nessas cidades só era permitida para atendimento de necessidades essenciais, como a compra de mantimentos, por

motivos de saúde, e para trabalho considerado essencial. A ordem de permanência em casa nessas cidades foi suspensa em 1º de junho, mas o acesso às praias e aos parques continuou restrito e a maior parte do comércio permaneceu fechada ao público. Nesse mesmo dia, as lojas que vendiam materiais de construção puderam reabrir, desde que seguissem rigorosas práticas de higiene e distanciamento social, e alguns serviços de entrega foram autorizados a voltar a funcionar.

As políticas adotadas pelo governo municipal de Recife seguiam as regras estabelecidas pelo governo estadual. Em meados de março, escolas, shopping centers, restaurantes, bares, salões de beleza e clubes foram fechados, eventos públicos foram cancelados, e reuniões de mais de 50 pessoas proibidas. Entre 16 e 31 de maio, de acordo com a política do governo do estado, a cidade do Recife estabeleceu medidas para garantir o cumprimento das políticas de distanciamento social mais rígido. Por exemplo, a prefeitura designou funcionários para patrulhar as ruas e fechar estabelecimentos que permaneciam abertos.

Resultados da pesquisa em Recife

Recife possui 1,6 milhão de habitantes, dos quais 12% da população está acima dos 60 anos de idade. Seu IDH é 0,772, posicionando-a como a 17ª capital mais desenvolvida (entre 27 cidades).

Aproximadamente 17% das pessoas em Recife ficaram a casa durante uma semana entre 22 de abril e 13 de maio. Aquelas que saíram de casa o fizeram em média em 5,2 dias. A maioria dos entrevistados (71%) saiu de casa para atividades essenciais, como ir ao supermercado, à farmácia ou ao banco. Vinte e sete por cento deixaram sua residência para trabalhar (comparado a 62% que saíram para trabalhar em fevereiro). Aqueles que saíram às ruas nas duas semanas anteriores à entrevista, em média, estimaram que 72% das pessoas estavam usando máscaras. Dezoito por cento das pessoas relataram terem tido pelo menos um sintoma do Covid-19 durante a semana anterior à entrevista. Sete por cento dos entrevistados de Recife foram testados e 1% disse que havia tentado fazer um teste sem sucesso.

Como em outras cidades pesquisadas, as pessoas que visitaram hospitais e supermercados na quinzena anterior disseram que funcionários estavam usando máscaras, que medidas de distanciamento social haviam sido introduzidas nesses locais, e que visitantes tinham fácil acesso à sabão ou gel de álcool para lavarem as mãos. Entre os moradores de Recife que saíram de casa para trabalhar, 68% disseram que seus locais de trabalho implementaram mudanças para manter as pessoas a 2 metros de distância. Reduções nos serviços de transporte público impediram 18% das pessoas de realizarem as atividades que pretendiam fazer. Vinte e três por cento dos entrevistados usaram transporte público nas duas semanas anteriores; 38% disseram utilizar esse serviço em fevereiro.

Em média, o índice de conhecimento das pessoas entrevistadas em Recife sobre os sintomas do Covid-19 foi 78 em 100, semelhante ao nível médio nas oito cidades do estudo. Os índices médios de conhecimento sobre o significado e as práticas de auto-isolamento alcançaram 44 em 100 (veja uma explicação desses índices na seção reportando os resultados principais).

As principais fontes de informação sobre Covid-19 para a população do Recife são os noticiários de TV (67%) e os jornais e sites de jornais (12%). As campanhas de informação pública estão alcançando 77% pessoas na cidade, e a maioria dessas pessoas (89%) relata ter visto campanhas de saúde pública na TV, 31% viram em um jornal, enquanto proporções menores disseram ter se deparado com campanhas em blogs (18%), Facebook ou Twitter (23%) e pelo WhatsApp (19%). Entre as pessoas que disseram terem visto campanhas, 64% disseram terem visto uma política do governo do estado.

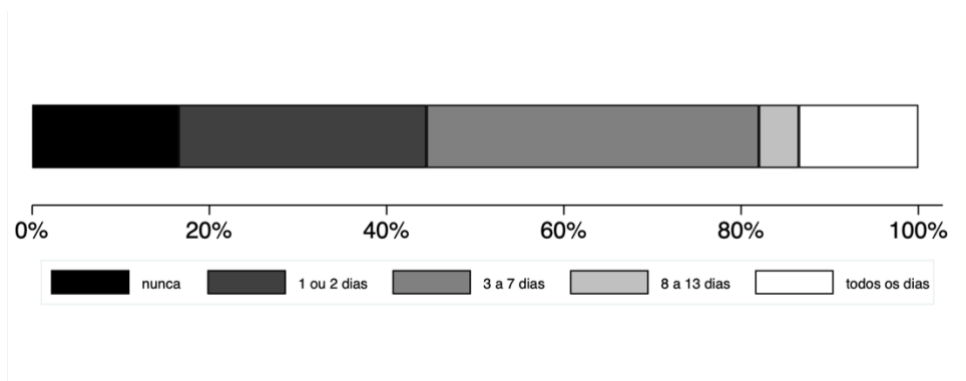
Em Recife, 89% da população está preocupada (9%) ou muito preocupada (81%) com a possibilidade de equipamento médico, leitos hospitalares ou médicos serem insuficientes para lidar com o surto do vírus na região. Apenas 21% das pessoas relataram acreditar que o sistema de saúde em sua região está bem preparado (10%) ou muito bem preparado (11%) para lidar com a doença.

Mais da metade (52%) das pessoas em Recife sofreram reduções na renda desde fevereiro. Pouco mais de um terço (34%) disse que sua redução de renda havia sido para metade ou menos da metade. Sete por cento da população relatou ter perdido totalmente a renda.

A grande maioria das pessoas em Recife (84%) considera o Covid-19 muito mais sério do que uma gripe comum. Menos da metade (46%) da população acredita que as medidas governamentais adotadas para combater a propagação da doença foram adequadas, enquanto 39% dizem que foram menos rigorosas do que o necessário, e 15% consideram as medidas excessivamente rigorosas. Em média, a população em Recife estima que levará 4,1 meses para que todas as medidas sejam removidas, e 28% das pessoas em Recife esperam que todas elas sejam removidas de uma só vez.

Figura PE.3 - Distanciamento social, conhecimento e testes em Recife

A. Número de dias em que pessoas entrevistadas saíram de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa

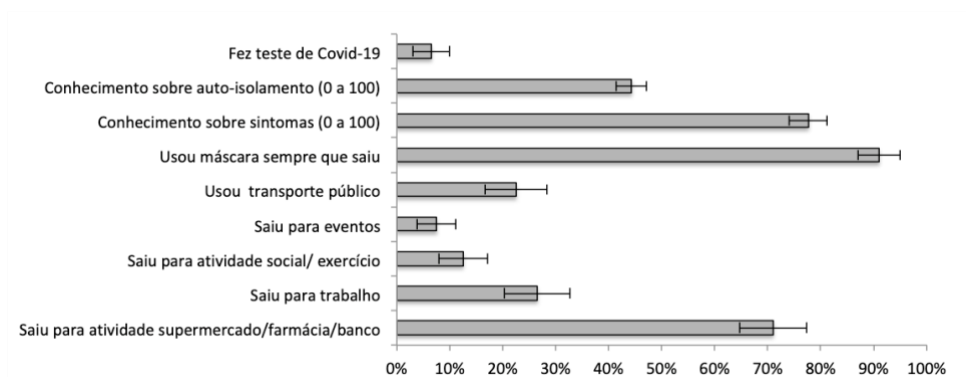
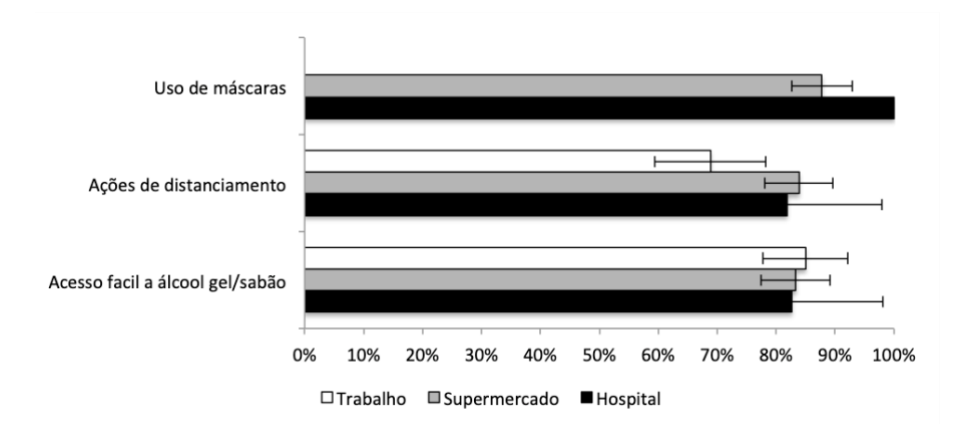


Figura PE.4 - Higiene das mãos, distanciamento e uso de máscaras



Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

Figura RJ.1 - Número acumulado de óbitos e óbitos per capita no Rio de Janeiro e nos outros sete estados pesquisados

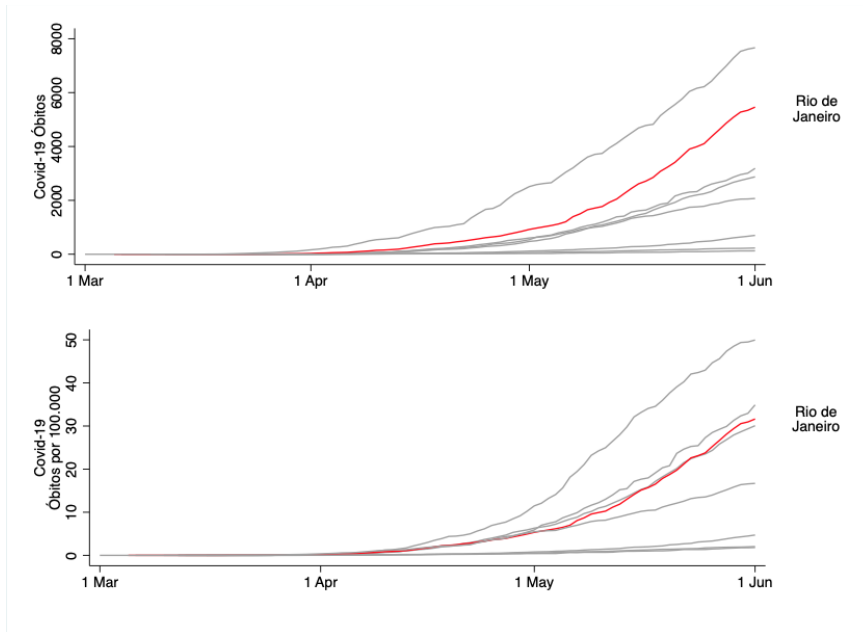
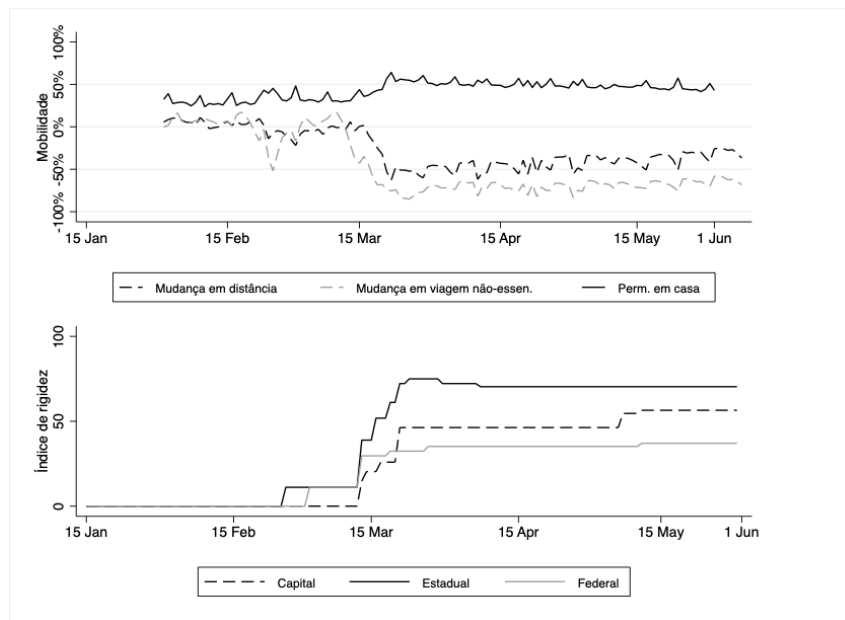


Figura RJ.2 - Indicadores de mobilidade para o Rio de Janeiro e índice OxCGRT de rigidez para diferentes níveis de governo



Respostas dos governos estadual e municipal

Em 26 de fevereiro, no mesmo dia em que o primeiro caso do Covid-19 foi confirmado no Brasil, as páginas oficiais do governo do estado do Rio de Janeiro e da Secretaria de Saúde nas redes sociais anunciaram que não havia casos confirmados no Rio e que o governo do estado já tinha um plano de contingência. O primeiro caso no estado foi confirmado alguns dias depois, em 5 de março. As duas primeiras mortes ocorreram em 19 de março. Desde então, os números aumentaram rapidamente e havia 460,9 casos e 44,4 mortes por 100.000 habitantes registrados no estado em 15 de junho.

Em meados de março, o governo do estado lançou um site dedicado oficial com informações públicas sobre o vírus. Ainda em março, o governo da cidade do Rio de Janeiro, capital do estado de mesmo nome, lançou a campanha "Rio Contra o Corona", também com um site dedicado.

Reconhecendo a necessidade de adoção de ações para enfrentar o novo coronavírus, em 13 de março o governo estadual publicou um decreto com o primeiro conjunto de medidas: suspendendo aulas em escolas e universidades, e cancelando eventos e atividades com presença de público (tais como shows, feiras, e eventos esportivos). Em 16 de março, o governo do estado declarou situação de emergência pública, e recomendou o fechamento de academias, bares, restaurantes, cinemas e atrações turísticas em todo o estado. A partir de 19 de março, estabelecimentos comerciais e de serviços não essenciais, incluindo shopping centres, foram obrigados a fechar as portas para o público, mas bares e restaurantes foram autorizados a continuar operando com até 30% da capacidade, e lojas para a venda de alimentos e bebidas, incluindo açougues e lojas de conveniência, puderam continuar abertas para entrega e retirada de produtos. Três dias depois, o governador fechou as fronteiras do estado e suspendeu os ônibus interurbanos. Essas políticas foram postas em prática por 15 dias, mas foram estendidas várias vezes e permaneceram em vigor até 5 de junho.

O governo do estado também introduziu verificações de temperatura de todos os passageiros que chegavam em voos internacionais no Aeroporto Internacional do Galeão. Não foram implementadas medidas de toque de recolher ou ordens formais de permanência em casa válidas para todo o estado. No entanto, o governo do estado recomendou que a população ficasse em casa o máximo possível e evitasse ir às praias ou visitar rios e lagoas.

Em 13 de março, o prefeito da cidade do Rio de Janeiro recomendou que indivíduos que fizessem parte dos grupos risco ficassem em casa, e esse conselho foi posteriormente estendido a todos os habitantes da cidade. O governo da cidade seguiu a política do estado, cancelando eventos e exigindo que escolas, estabelecimentos comerciais e de serviços fechassem as portas. O prefeito determinou que os ônibus deveriam operar apenas no limite de capacidade de passageiros sentados. Em 23 de abril, o governo municipal publicou um decreto que exigia que as pessoas usassem máscaras fora de casa na cidade do Rio de Janeiro. Embora a capital não tenha

adotado uma medida exigindo que toda a população ficasse em casa, foram introduzidos bloqueios nas ruas em bairros com altas taxas de infecção, incluindo a região de Bangu e Campo Grande.

A partir de 6 de junho, o governo do estado iniciou um processo gradual de flexibilização das medidas de fechamento de estabelecimentos, permitindo que shopping centers, bares, restaurantes e atrações turísticas (incluindo o Cristo Redentor e o Pão de Açúcar) reabrissem ao público em horários reduzidos e respeitando o limite de metade de sua capacidade. As organizações religiosas foram autorizadas a funcionar novamente, e as praias, parques e lagos foram reabertos para a prática de exercício físico. Para poderem reabrir, estabelecimentos de todos os tipos precisam garantir distância mínima de um metro entre as pessoas dentro de suas instalações, disponibilizar álcool em gel, e exigir que todos os funcionários e clientes usem máscaras o tempo todo. Escolas e alguns locais de trabalho (incluindo cinemas, academias e teatros), no entanto, permanecem fechados até pelo menos 21 de junho.

Resultados da pesquisa no Rio de Janeiro

A cidade do Rio de Janeiro possui 6,7 milhões de habitantes, com 15% da população acima de 60 anos de idade. O IDH é de 0,799, tornando-a a 8ª capital brasileira mais desenvolvida do país (de 27).

Apenas 12% das pessoas entrevistadas no Rio de Janeiro ficaram em casa sem sair por duas semanas no período entre 22 de abril e 13 de maio. Aquelas que saíram de casa o fizeram, em média, menos do que uma vez a cada três dias (ou em 4,6 dias, em média, durante a quinzena). Mais de três quartos das pessoas no Rio (78%) saíram para atividades essenciais, como idas ao supermercado, à farmácia ou ao banco. Pouco menos de um quarto (24%) saiu de casa para ir trabalhar (comparado a 67% que saíam para trabalhar regularmente em fevereiro). As pessoas que saíram de casa durante esse período estimaram que 75% das outras pessoas que viram nas ruas estavam usando máscaras. No Rio, 6% das pessoas disseram terem sido testadas e 1% afirmou ter tentado fazer o teste sem sucesso. Onze por cento da amostra relatou ter tido pelo menos um sintoma de Covid-19 na semana anterior à entrevista.

As pessoas entrevistadas que visitaram hospitais e supermercados durante a quinzena anterior à entrevista relataram facilidade para lavarem as mãos com sabão ou gel em álcool, caso desejassem, que funcionários desses locais usavam máscaras, e que medidas foram tomadas para garantir que as pessoas permanecessem a dois metros de distância umas das outras (por exemplo, enquanto estavam na fila ou aguardavam em uma sala de espera). As pessoas que saíram para trabalhar no Rio disseram que as medidas de distanciamento eram menos difundidas nos locais de trabalho: 62% delas disseram que tais medidas foram introduzidas nos locais em que trabalham. Um quarto dos entrevistados usou transporte público nas duas semanas anteriores à entrevista,

enquanto 34% afirmaram terem usado transporte público em fevereiro. Apenas 16% das pessoas disseram que a redução dos serviços de transporte público impediu-as de realizar as atividades pretendidas.

O conhecimento sobre os sintomas do Covid-19 entre os moradores do Rio foi semelhante à média das oito cidades pesquisadas. O índice médio para as pessoas entrevistadas no Rio foi de 83 em 100. O conhecimento sobre o significado e as práticas associadas ao auto-isolamento foi, em média, 48 em 100, o que é um pouco mais alto do que a média das oito cidades (veja uma explicação desses índices na seção reportando os resultados principais).

As principais fontes de informação sobre o Covid-19 para residentes do Rio de Janeiro foram os noticiários de TV (60% dos cariocas disseram que receberam a maior parte de suas informações dessa fonte) e jornais e sites de jornais (18%). Sessenta e um por cento das pessoas disseram terem assistido a campanhas de informação pública, sendo que 82% relataram terem visto na TV, 33% em jornais, 33% no Facebook ou Twitter, 27% em blogs e 24% no WhatsApp. Mais da metade daqueles que viram uma campanha de informação pública (52%) declararam ter visto uma campanha do governo estadual, 46% relataram terem visto uma campanha do governo federal, e 34% uma campanha do governo da cidade.

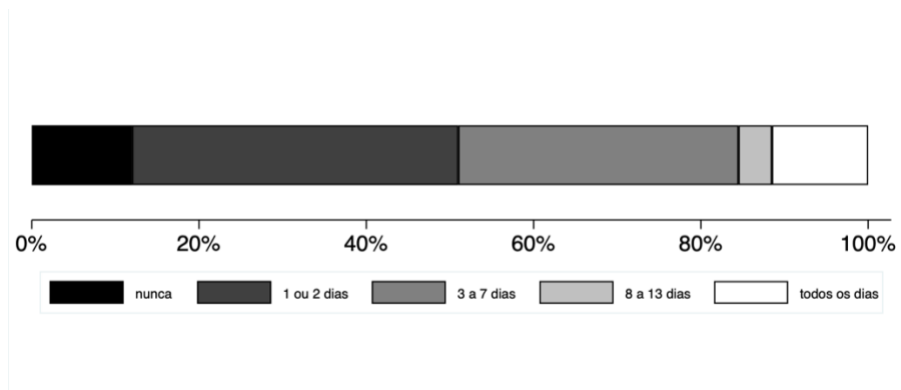
Cerca de 49% dos entrevistados no Rio disseram que sua renda havia diminuído desde fevereiro e um terço (30%) disse que havia perdido pelo menos metade de sua renda. Seis por cento da amostra disse ter perdido toda a renda desde fevereiro.

Os entrevistados no Rio não estavam confiantes de que o sistema público de saúde esteja pronto para lidar com o surto do vírus. Apenas 16% das pessoas relataram acreditar que o sistema de saúde em sua região esteja bem preparado (9%) ou muito bem preparado (7%) para a pandemia. Oitenta e seis por cento das pessoas disseram estarem preocupadas (11%) ou muito preocupadas (75%) com a escassez de equipamentos médicos, leitos hospitalares ou médicos.

A grande maioria da amostra do Rio (81%) considera o Covid-19 mais grave do que a gripe comum. No momento da pesquisa, havia apetite por políticas mais rigorosas de resposta à pandemia: as respostas do governo ao Covid-19 eram consideradas adequadas por apenas 41% dos entrevistados, enquanto 51% as consideravam menos rigorosas do que o necessário. Apenas 9% acreditavam que as medidas eram muito rigorosas. O tempo médio que as pessoas no Rio estimam que levará para que todas as medidas sejam flexibilizadas é 4,4 meses, um pouco abaixo da média nas oito cidades pesquisadas (4,6 meses). Apenas 14% das pessoas entrevistadas no Rio acreditavam que todas as medidas seriam removidas de uma só vez.

Figura RJ.3 - Distanciamento social, conhecimento e testes na cidade do Rio de Janeiro

A. Número de dias em que pessoas entrevistadas saíram de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa

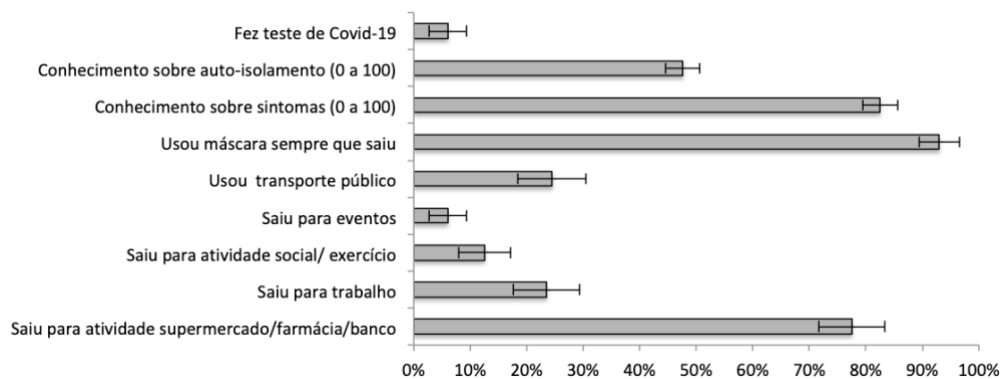
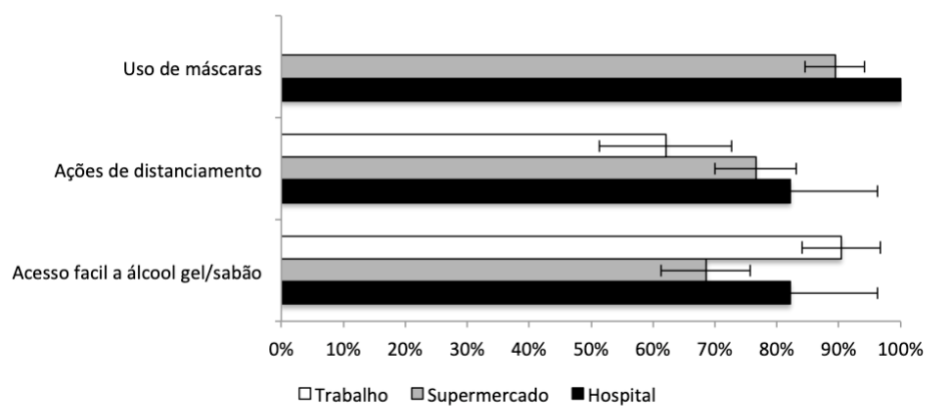


Figura RJ.4 - Higiene das mãos, distanciamento e uso de máscaras



Salvador, Bahia

Figura BA.1 - Número acumulado de óbitos e óbitos per capita na Bahia e nos outros sete estados pesquisados

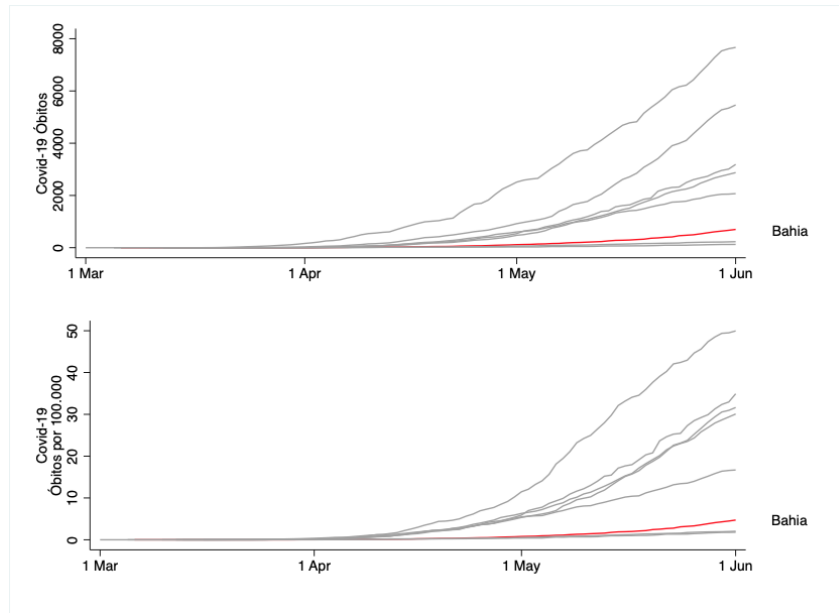
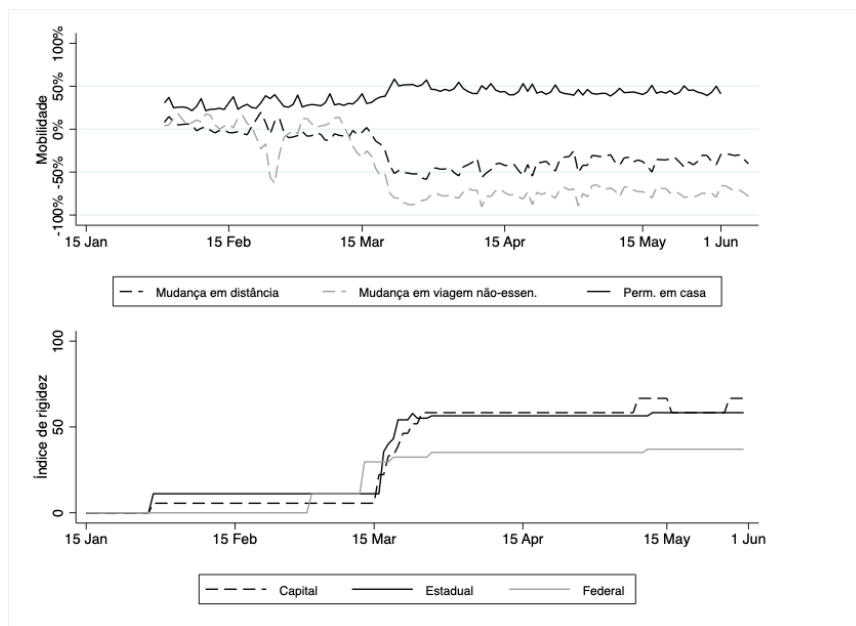


Figura BA.2 - Indicadores de mobilidade para a Bahia e índice OxCGRT de rigidez para diferentes níveis de governo



Respostas dos governos estadual e municipal

Em 6 de março, a Bahia foi o quinto estado do Brasil a confirmar um caso de Covid-19. Sua primeira morte confirmada foi em 29 de março. Desde então, os números cresceram rapidamente e o estado registrava 244,7 casos e 7,4 mortes por 100.000 habitantes em 15 de junho. No entanto, já em 29 de janeiro, antes do primeiro caso de Covid-19 ser registrado em qualquer lugar do Brasil, os canais oficiais de comunicação do estado (site oficial e canais de mídia social) começaram a publicar informações sobre como impedir a propagação do vírus. Um esforço mais concertado, sob a forma de uma campanha oficial chamada 'A Prevenção Está em Nossas Mãos', foi lançado em 17 de março, pedindo às pessoas que evitassem reuniões sociais e lavassem as mãos com frequência. Desde então, o site da Secretaria de Saúde do Estado e as páginas de mídia social são continuamente atualizados com informações relacionadas ao Covid-19.

Um dia antes do lançamento de 'A Prevenção Está em Nossas Mãos', em 16 de março, o governo do estado introduziu o primeiro conjunto de medidas de saúde pública, exigindo o cancelamento de todos os eventos com mais de 50 pessoas, bem como o fechamento de escolas, academias, zoológicos, museus e teatros em cidades com casos confirmados. As restrições eram válidas para Salvador, Feira de Santana, Porto Seguro e Prado, as únicas cidades do estado com casos confirmados à época. O governo do estado introduziu restrições de viagem, exigindo que todos os passageiros que chegassem na Bahia vindos de locais com transmissão comunitária do vírus tivessem suas temperaturas verificadas nas estações de ônibus, portos e aeroportos.

Em 18 de março, o governo do estado declarou situação de emergência e ampliou o escopo de suas políticas de distanciamento. Ônibus interestaduais foram suspensos. Os zoológicos, museus, teatros e afins, bem como as escolas foram instruídos a fechar, reuniões de mais de 50 pessoas foram proibidas e eventos públicos foram cancelados em todos os municípios do estado. Essas medidas foram implementadas inicialmente por 10 dias, mas foram prorrogadas sucessivamente e, na data de escrita do relatório, estavam em vigor até 21 de junho.

O governo do estado não determinou o fechamento dos locais de trabalho industriais, comerciais e da maioria dos setores de serviços. No entanto, exigiu que os empregadores fornecessem máscaras, equipamentos de proteção e disponibilizassem instalações de higienização das mãos para todos os trabalhadores, sendo passíveis de multa de R\$ 1.000 (US\$ 200) por trabalhador em caso de descumprimento. O governo do estado também não exigiu oficialmente que a população ficasse em casa, embora o governador tenha insistido nessa recomendação em seus discursos, e veículos do governo tenham circulado pela capital, Salvador, com mensagens aconselhando as pessoas a permanecerem em suas residências. Os ônibus intermunicipais foram suspensos entre determinados municípios; de acordo com uma lista de cidades

afetadas que o governo do estado atualiza periodicamente conforme o surto do vírus evolui no estado.

Em 12 de maio, o governador da Bahia e os prefeitos de Itabuna e Ipiaú estabeleceram um toque de recolher nessas duas cidades devido à gravidade de seus surtos. A medida proibia habitantes desses locais de saírem de suas casas entre às 20h e às 5h, e exigia a suspensão de todas as atividades comerciais, com exceção do funcionamento de farmácias, durante esse horário. Outros municípios foram posteriormente obrigados a implementarem medidas parecidas. No início de junho, o governo do estado anunciou um toque de recolher semelhante em 19 cidades do sul da Bahia, onde o número de casos estava crescendo rapidamente, incluindo a histórica cidade de Porto Seguro.

O governo da cidade de Salvador adotou políticas adicionais para restringir a circulação de pessoas, alinhadas com as medidas do governo do estado. Por exemplo, o prefeito suspendeu todas as atividades em mercados públicos, casas de espetáculo e boates; fechou bares, restaurantes, shopping centers e clubes sociais; e proibiu reuniões, encontros ou eventos com mais de 50 pessoas. O governo municipal também restringiu o acesso às praias de Salvador e reduziu a frota de ônibus públicos em 30%. Desde o início de maio, o governo da cidade de Salvador adotou medidas ainda mais restritivas em alguns bairros com os maiores números de casos confirmados de Covid-19, exigindo que todos os serviços, exceto os mais essenciais, fossem fechados nesses bairros, e impedindo todas as pessoas, exceto residentes, de entrar nessas áreas da cidade. A partir de 20 de maio, o governo da cidade permitiu que estabelecimentos com uma área total inferior a 200m² abrissem as portas ao público, desde que fossem adotadas medidas de proteção e distanciamento.

Resultados da pesquisa em Salvador

Salvador é o terceiro município mais populoso do Brasil, com 2,9 milhões de habitantes, 9% dos quais tem mais de 60 anos de idade. O IDH é de 0,759, tornando-a a 11ª capital mais desenvolvida do Brasil (entre 27 cidades).

Em Salvador, 15% das pessoas não deixaram suas casas por duas semanas entre 22 de abril e 13 de maio. Aqueles que se aventuraram a sair, estiveram fora de casa em média 4,7 dias durante esse período. Como em outros lugares, a maioria das pessoas (68%) saiu de casa para realizar tarefas essenciais, como ir ao supermercado, à farmácia ou ao banco; 29% de todos os entrevistados relataram terem saído de casa para irem trabalhar durante a quinzena anterior à entrevista (comparado a 62% das pessoas que disseram irem ao trabalho em fevereiro). Aqueles que saíram de casa estimaram que, em média, 80% das pessoas que viram nas ruas estavam usando máscaras. Dez por cento dos entrevistados relataram terem tido pelo menos um sintoma do Covid-19 na semana anterior à entrevista. Nove por cento das pessoas relataram terem sido testadas e 1% afirmou ter tentado fazer o teste sem sucesso.

Nos hospitais e supermercados, era frequente o uso de máscaras pelos funcionários e havia medidas para garantir que os visitantes permanecessem a 2 metros de distância e tivessem acesso a sabão ou álcool gel para lavarem as mãos. Os entrevistados que saíram de casa para ir ao trabalho indicaram que as medidas de distanciamento social eram menos comuns nos locais de trabalho; 63% dessas pessoas disseram que tais medidas foram tomadas em seus locais de trabalho. As reduções no transporte público impediram 19% das pessoas de realizarem as atividades pretendidas. Pouco menos de um quarto das pessoas (22%) afirmou ter usado o transporte público nas duas semanas anteriores à pesquisa, enquanto um terço disse ter usado transporte público em fevereiro.

A grande maioria das pessoas em Salvador (81%) considera o Covid-19 muito mais sério do que uma gripe comum. O índice médio de conhecimento sobre os sintomas do Covid-19 foi de 83 em 100, enquanto o de conhecimento sobre o significado e as práticas de auto-isolamento foi de 45 em 100 (veja uma explicação desses índices na seção reportando os resultados principais).

As principais fontes de informação do Covid-19 foram os noticiários de TV (62%) e jornais e sites de jornais (18%). Setenta e um por cento dos entrevistados relataram terem visto campanhas de informação do governo, o que está acima da média nas oito cidades pesquisadas (65%). Entre essas pessoas, o governo estadual foi considerado a principal fonte das campanhas, por 68% das pessoas. Vinte e cinco por cento das pessoas disseram terem visto uma campanha do governo federal, e 59% do governo municipal.

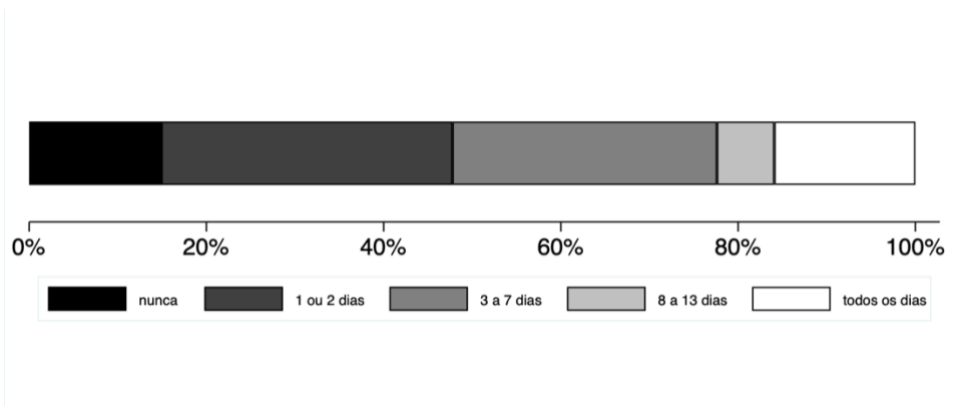
Cerca de 56% das pessoas em Salvador relataram reduções na renda familiar, 42% disseram ter perdido pelo menos metade de sua renda desde fevereiro, e 8% sofreram a perda total de renda quando comparado a fevereiro.

Apenas 37% das pessoas entrevistadas em Salvador relataram acreditar que o sistema público de saúde de sua região esteja bem preparado (20%) ou muito bem preparado (17%) para lidar com o surto. 85% das pessoas afirmaram estarem preocupadas (11%) ou muito preocupadas (74%) com a possibilidade de faltarem equipamentos médicos, leitos hospitalares ou médicos para lidar com surto em sua região.

No entanto, a maioria dos entrevistados em Salvador (65%) avaliou as políticas adotadas para combater a disseminação do Covid-19 como adequadas. Pouco mais de um quarto (26%) considerou as políticas insuficientemente rigorosas, enquanto apenas 9% considerou-as muito rigorosas. A maioria dos entrevistados achou que tais medidas seriam removidas gradualmente, com apenas 17% dizendo acreditar que todas seriam removidas de uma só vez. Em média, as pessoas em Salvador estimam que levará 4,6 meses para que as políticas de resposta ao Covid-19 sejam completamente removidas.

Figura BA.3 - Distanciamento social, conhecimento e testes em Salvador

A. Número de dias em que pessoas entrevistadas saíram de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa

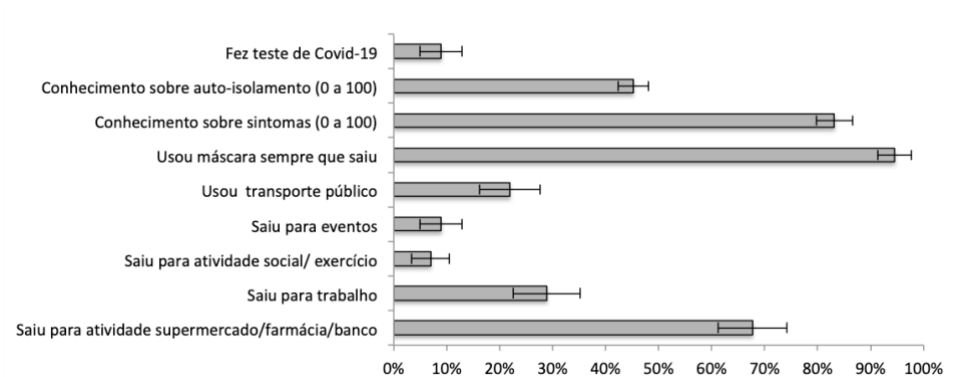
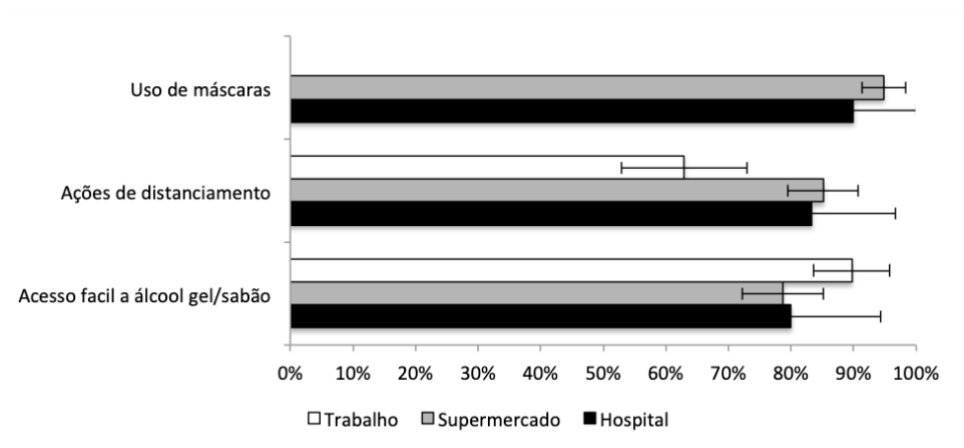


Figura BA.4 - Higiene das mãos, distanciamento e uso de máscaras



São Paulo, São Paulo

Figura SP.1 - Número acumulado de óbitos e óbitos per capita em São Paulo e nos outros sete estados pesquisados

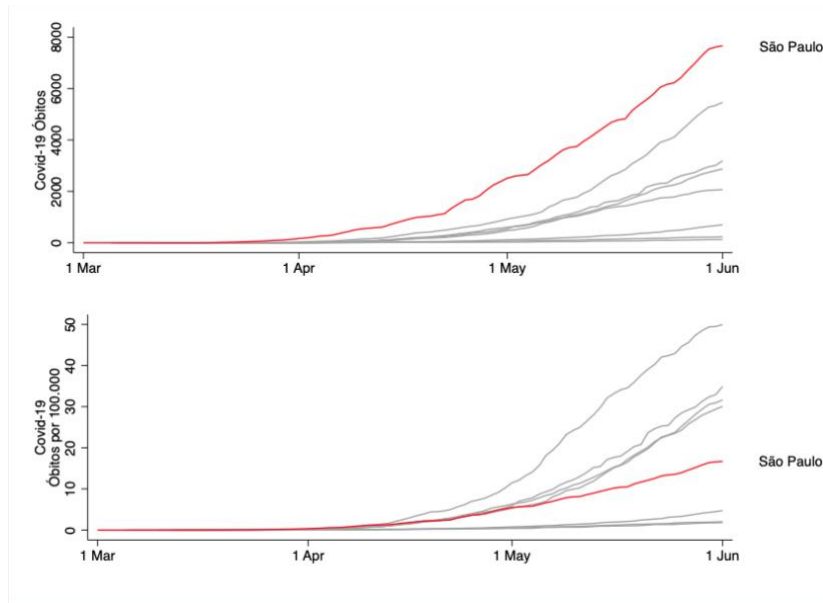
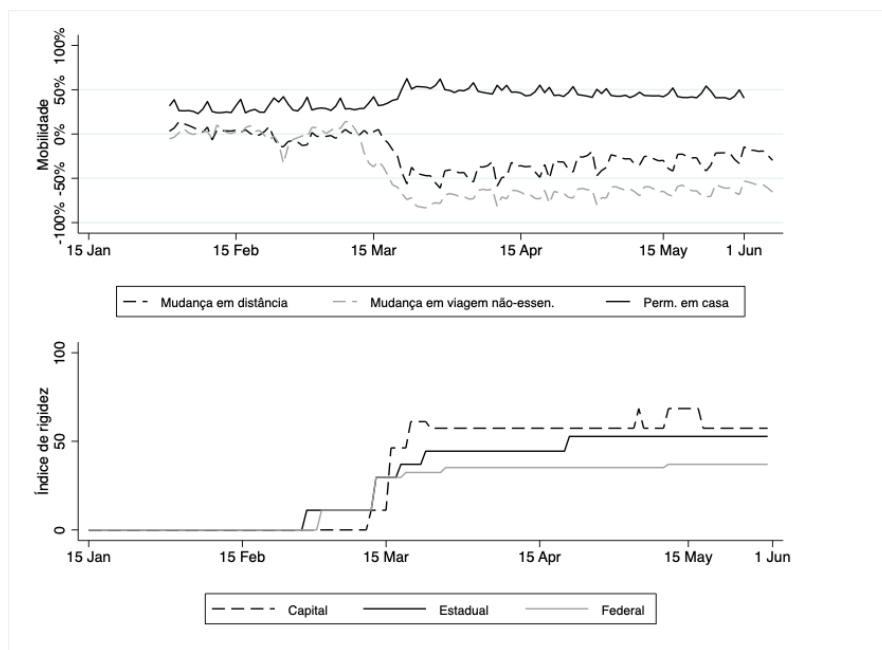


Figura SP.2 - Indicadores de mobilidade para São Paulo e índice OxCGRT de rigidez para diferentes níveis de governo



Respostas dos governos estadual e municipal

A cidade de São Paulo registrou o primeiro caso do novo coronavírus no Brasil, em 26 de fevereiro. O indivíduo em questão era um homem de 61 anos que havia chegado da Itália. O segundo, o terceiro e o quarto caso de Covid-19 também foram confirmados na cidade, que rapidamente se tornou o epicentro do surto no Brasil. A primeira morte do estado e do Brasil ocorreu em 17 de março. Até 15 de junho, o estado de São Paulo tinha registrado 388 casos e 23,3 mortes por 100.000 habitantes.

Em 16 de março, o governo do estado de São Paulo começou a introduzir medidas de distanciamento social. Por meio de um decreto, o governo exigiu que escolas e universidades fechassem gradualmente entre 16 e 23 de março, e, a partir de então, as aulas presenciais foram suspensas em todo o estado. Em 22 de março, o governador publicou outro decreto estabelecendo uma série de medidas mais rigorosas, permitindo que apenas serviços essenciais, certas indústrias, e construção civil continuassem em operação. O governador também recomendou que as pessoas se deslocassem dentro do estado apenas em circunstâncias excepcionais e que deixassem suas casas apenas para comprar mantimentos, por razões de saúde, ou para desempenhar funções consideradas essenciais. As medidas foram inicialmente adotadas até 7 de abril e, após serem prorrogadas várias vezes, ficaram em vigor até 31 de maio. A partir dessa data, o governo do estado implementou um plano em cinco fases para flexibilizar gradualmente as políticas de distanciamento.

Em 30 de março, o governo do estado anunciou uma nova campanha de comunicação que enfatizava a recomendação para a população ficar em casa. O governador também pediu às pessoas que não viajassem durante o feriado da Páscoa e do Dia dos Trabalhadores e, em particular, para não irem às praias por conta do risco de o vírus ser levado para cidades litorâneas com pouca infraestrutura de saúde pública.

Em 27 de maio, o governador publicou um plano faseado para afrouxar as políticas de resposta em partes do estado. De acordo com o plano, cada município poderia considerar a abertura gradual de locais de trabalho e espaços públicos a partir de 1º de junho, com base no número de casos, na disponibilidade de leitos hospitalares e no comportamento de indivíduos em espaços públicos. Em todos os 645 municípios de São Paulo, as atividades da indústria e da construção civil poderiam operar normalmente. O plano, no entanto, inicialmente mantém em vigor a proibição total de eventos públicos, peças de teatro, cinemas e reuniões com multidões (como festas, shows e eventos esportivos); tais restrições serão gradualmente revistas. As escolas continuam fechadas, mas a secretaria de educação do estado anunciou que as aulas seriam retomadas, inicialmente, com números reduzidos de alunos nas escolas.

O prefeito de São Paulo implementou regras adicionais, reforçando as políticas estaduais na capital. Em 17 de março, o prefeito assinou um decreto declarando estado de emergência, fechando museus, bibliotecas, teatros, clubes esportivos e centros culturais, cancelando todos os eventos públicos e limitando o público em enterros e funerais ao máximo de 10 pessoas. Em 20 de março, o governo municipal fechou todos

os bares e restaurantes para atendimento ao público e recomendou que os moradores da cidade ficassem em casa.

Em 11 de maio, o prefeito adotou medidas adicionais para reduzir pela metade o número de carros circulando na cidade de São Paulo. Nos dias terminando em 0, 2, 4, 6 ou 8, apenas carros com placas terminando em números pares eram permitidos nas ruas. Nos dias terminando em 1, 3, 5, 7 ou 9, apenas carros com placas terminados em números ímpares podiam circular. Essa medida, no entanto, não foi considerada efetiva para reduzir a mobilidade na cidade (de acordo com dados de celular) e foi revogada após apenas uma semana. Ônibus extras foram adicionados à frota de transporte público para reduzir o número de passageiros em cada veículo de transporte público.

A partir de 1º de junho, de acordo com os critérios estabelecidos no plano elaborado pelo governo do estado, a cidade de São Paulo entraria na fase 'laranja', na qual algumas atividades não essenciais (incluindo shopping centers e estabelecimentos de comércio e de serviços) poderiam abrir suas portas ao público. Tal reabertura, no entanto, depende da aprovação de uma proposta apresentada por representantes de cada setor ao governo municipal, listando todas as medidas de proteção que seriam adotadas para o setor, incluindo turnos alternados, protocolos de higiene e distanciamento social, e apoio ao cuidado de dependentes, entre outras. Após analisar diversas propostas, o governo da cidade de São Paulo aprovou a reabertura do comércio de rua a partir de 10 de junho e de shopping centers a partir do dia seguinte.

Resultados da pesquisa em São Paulo

São Paulo, capital do estado com o mesmo nome, é uma cidade enorme de 12,2 milhões de habitantes, com 12% da sua população acima de 60 anos de idade. O IDH da cidade é 0,805, o que a torna a 7ª capital mais desenvolvida (entre 27 cidades).

Aproximadamente 13% dos entrevistados em São Paulo não haviam saído de casa em nenhum dia ao longo de duas semanas, no período entre 22 de abril e 13 de maio. Aqueles que saíram, deixaram as casas em média 5,44 dias. Cerca de 81% dos residentes de São Paulo saíram de casa para ir ao supermercado, à farmácia ou ao banco; 24% saíram de casa para o trabalho (comparado a 65% em fevereiro). Entrevistados que deixaram suas casas nos últimos 14 dias, estimaram que 74% das pessoas na rua, em média, estavam usando máscaras. Oito por cento das pessoas relataram terem tido pelo menos um sintoma do Covid-19 na semana anterior, 3% disseram terem sido testados e 1% afirmou ter tentando fazer um teste, mas não conseguiu.

Os entrevistados que visitaram hospitais e supermercados relataram o uso difundido de máscaras entre funcionários, e medidas foram estabelecidas para garantir uma distância física de pelo menos 2 metros entre as pessoas. Nesses locais, os visitantes encontraram fácil acesso à sabão ou álcool gel para lavar às mãos. Os entrevistados

que saíram para trabalhar relataram que o distanciamento social no local de trabalho era menos comum; 58% das pessoas desse grupo disseram que seu local de trabalho adotou medidas para manter uma distância de 2 metros entre trabalhadores.

As mudanças no transporte público fizeram pouco para impedir que as pessoas realizassem as atividades pretendidas. Apenas 8% dos entrevistados afirmaram terem encontrado esse obstáculo. Em fevereiro, 36% das pessoas teriam usado transporte público. Vinte e dois por cento disseram que usaram esse tipo de transporte nas duas semanas anteriores.

O índice médio entre os entrevistados em São Paulo para o conhecimento sobre os sintomas do Covid-19 foi de 83 em 100. O índice médio para o conhecimento sobre o significado e as práticas do auto-isolamento foi de 44 em 100 (veja uma explicação desses índices na seção reportando os resultados principais).

Apenas uma pequena proporção das pessoas em São Paulo disse que acredita que o sistema de saúde pública de sua região está bem preparado (11%) ou muito bem preparado (8%) para lidar com o surto do novo coronavírus, enquanto 86% disseram que estavam preocupadas (11%) ou muito preocupadas (75%) com a possibilidade de escassez de equipamentos médicos, leitos hospitalares ou médicos.

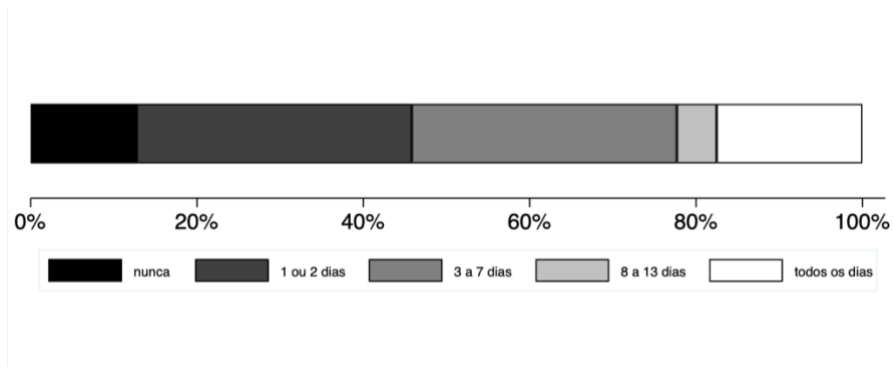
Para Paulistas, noticiários de TV (62%) e jornais e sites de jornais (19%) foram as principais fonte de informações sobre o Covid-19. Entre os 69% da população que viu ou ouviu uma campanha de informação pública sobre o Covid-19, a grande maioria (89%) assistiu uma na TV, 41% no jornal, 29% em blogs, 29% via Facebook ou Twitter, e 23% pelo WhatsApp. O governo do estado foi percebido como a principal fonte dessas campanhas de informação; 67% das pessoas disseram terem assistido a uma campanha do governo estadual.

Cerca de 56% das pessoas disseram que sua renda havia diminuído desde fevereiro, e 35% disseram ter experimentado uma queda de 50% ou mais. Sete por cento da população relatou uma perda total de renda.

A grande maioria dos paulistas (81%) vê o Covid-19 como mais do que apenas uma gripe. Aproximadamente a mesma proporção de pessoas (45%) avalia as medidas introduzidas para combater a propagação da doença como menos rigorosas do que o necessário, do que a proporção de pessoas que acredita que tais medidas são adequadas (43%). Apenas 12% dos entrevistados disseram que as medidas eram excessivamente rígidas. As pessoas em São Paulo acreditam que levará, em média, 4,3 meses para que todas as restrições sejam removidas. Vinte por cento esperam que todas as medidas sejam retiradas de uma só vez.

Figura SP.3 - Distanciamento social, conhecimento e testes na cidade de São Paulo

A. Número de dias em que pessoas entrevistadas saíram de casa nas últimas duas semanas



B. Teste, conhecimento, uso de máscara e razões para sair de casa

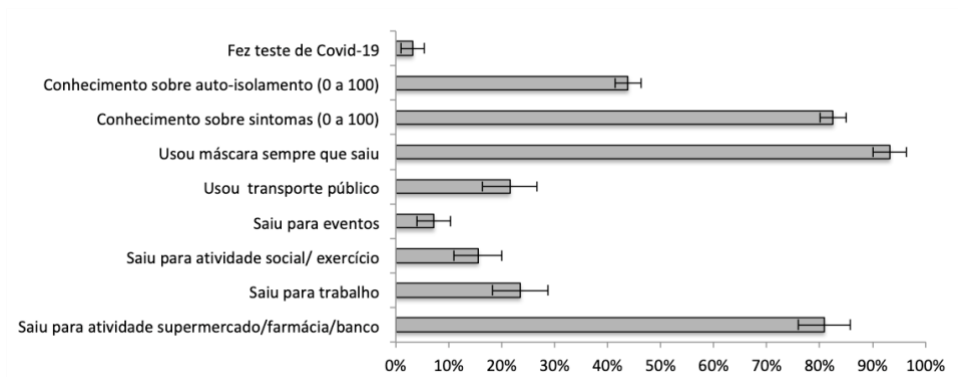
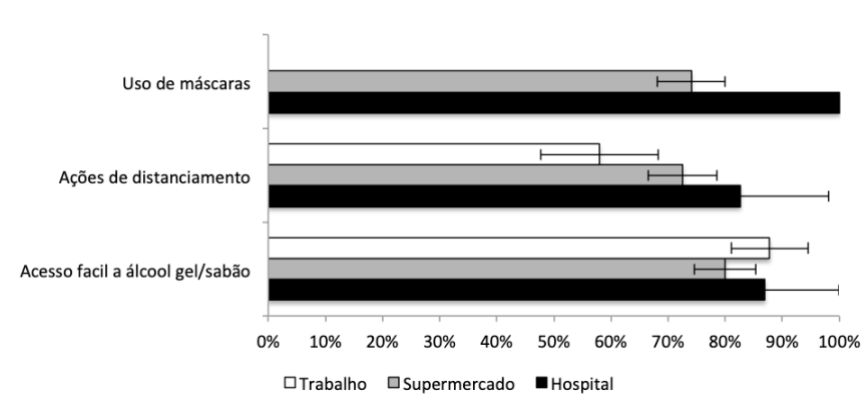


Figura SP.4 - Higiene das mãos, distanciamento e uso de máscaras



Referências

Bezerra, A. C. V., Silva, C. E. M. da, Soares, F. R. G. & Silva, J. A. M. da. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva* 25, 2411–2421 (2020)

Candido, D. S., et al. Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. medRxiv 2020.06.11.20128249; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.11.20128249>

Dong E. et al. 2020. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5): p533-534. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)

Gerard, F., Imbert, C., & Orkin, K. Policy Brief: Social Protection Response to the COVID-19 Crisis: Options for Developing Countries. Abril 2020 (pendente publicação na Oxford Review of Economic Policy). Disponível em: <https://econfp.org/policy-brief/social-protection-response-to-the-covid-19-crisis-options-for-developing-countries/#>

Hale, T., Angrist, N., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S. "Lockdown Rollback Checklist" Version 4.0. Blavatnik School of Government Working Paper. 1 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/lockdown-rollback-checklist>

Hale, T., Angrist, N., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S. "Variation in Government Responses to COVID-19" Version 6.0. Blavatnik School of Government Working Paper. 25 de maio de 2020. Disponível em: www.bsg.ox.ac.uk/covidtracker.

He, X., Lau, E.H.Y., Wu, P. et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 26, 672–675 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19. Maio 2020. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/IBGE>.

Li, Q. et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 382, 1199–1207 (2020)

Mellan, T. A., Hoeltgebaum, H. H., Mishra, S. et al. Estimating COVID-19 cases and reproduction number in Brazil. Imperial College London (08-05-2020), doi: <https://doi.org/10.25561/78872>

MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Imperial College London. Situation Report for COVID-19: Brazil, 2020-06-09. Disponível em: <https://mrc-ide.github.io/global-lmic-reports/BRA/>

Organização Mundial da Saúde. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). 19 de março de 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

Organização Mundial da Saúde. Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance. 15 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

Organização Mundial da Saúde. COVID-19 Strategy update. 14 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>.

Organização Mundial da Saúde. Laboratory testing of human suspected cases of novel coronavirus (nCoV) infection. 10 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330374/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.1-eng.pdf>

Organização Mundial da Saúde. Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19. 21 de março 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331509/WHO-COVID-19-lab_testing-2020.1-eng.pdf

Organização Mundial da Saúde. Strengthening Preparedness for COVID-19 in Cities and Urban Settings. 28 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/strengthening-preparedness-for-covid-19-in-cities-and-urban-settings>

Organização Pan-Americana de Saúde. Considerations on the adjustments of social distancing and travel related measures. 27 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/considerations-adjustments-social-distancing-and-travel-related-measures>

Souza, W. M. de *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of the early phase of the COVID-19 epidemic in Brazil. medRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.20077396>

To, K. K.-W. *et al.* Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases* 20, 565–574 (2020).

Apêndice

Figura A1: Mudança em renda familiar por faixas de renda

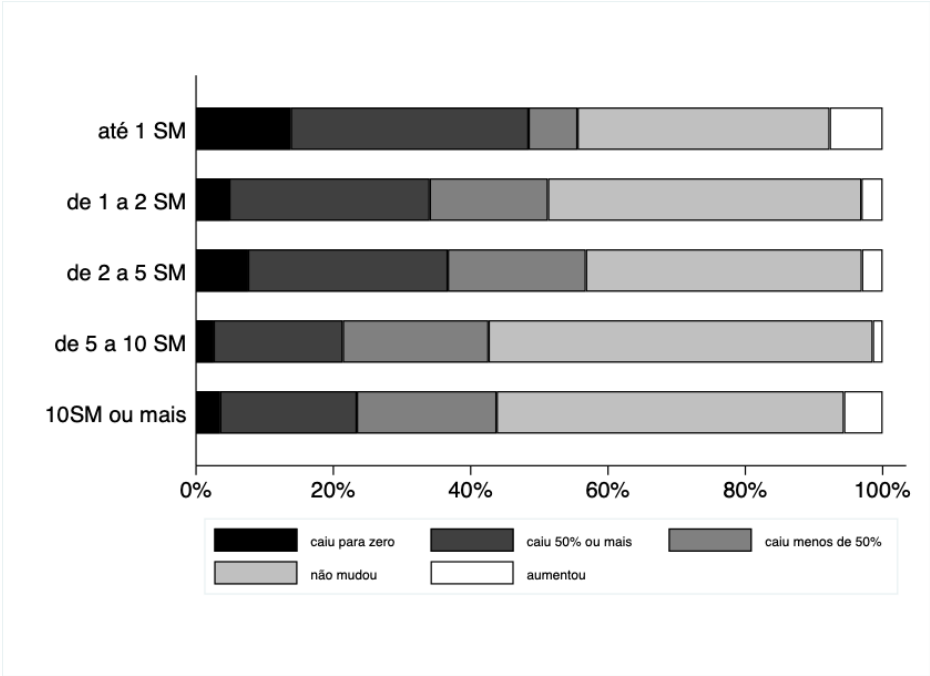


Tabela A1: Características demográficas da amostra por cidade

Cotas	São Paulo	Rio de Janeiro	Porto Alegre	Goiânia	Fortaleza	Salvador	Manaus	Recife
Sexo								
F	53.0	54.5	55.0	53.0	54.2	55.2	51.8	55.5
M	47.0	45.5	45.0	47.0	45.8	44.8	48.2	44.5
Idade								
18 a 24	15.9	15.5	14.5	18.8	20.4	18.9	22.1	18.0
25 a 40	35.5	31.5	33.0	37.1	35.3	37.8	40.7	33.5
40 a 60	32.7	35.0	34.0	31.2	31.3	31.8	28.1	32.5
60 +	15.9	18.0	18.5	12.9	12.9	11.4	9.1	16.0
Educação								
Ensino fundamental	35.1	31.0	32.5	38.6	39.8	32.8	38.7	39.5
Ensino médio	30.3	36.5	30.5	35.2	37.3	39.3	39.2	34.5
Ensino superior	34.7	32.5	37.0	26.2	22.9	27.9	22.1	26.0
Renda								
Até 2 SM	19.2	33.0	24	41.6	45.3	36.3	50.3	41.5
De 2 a 5 SM	51.8	40.5	54.0	38.6	43.8	46.3	33.2	44.0
De 5 a 10 SM	17.5	15.5	14.0	10.4	8.0	11.0	9.6	5.5
10 SM +	11.6	11.0	8.0	9.4	3.0	6.5	7.0	9.0

Tabela A2: Modelos de regressão por mobilidade com variáveis binárias de medidas (0=abaixo de 50, 1=50 ou mais)

	Permanência em casa	Mudanças em deslocamentos não essenciais	Mudanças em distâncias	Permanência em casa	Mudanças em deslocamentos não essenciais	Mudanças em distâncias
Fechamento de escolas (binária)	8.599*** (1.469)	-33.523*** (5.857)	-12.098*** (3.617)	1.882* (0.932)	-6.504** (2.597)	-0.706 (3.427)
Fechamento de locais de trabalho (binária)	3.838*** (1.112)	-8.606** (3.776)	-8.931** (3.400)	2.434*** (0.804)	-4.467 (2.682)	-5.837* (3.101)
Fechamento de locais de trabalho (binária)	4.023*** (1.100)	-23.382*** (4.683)	-10.309*** (3.254)	1.051 (0.759)	-9.883*** (2.826)	-5.842* (2.916)
Restrição de aglomerações (binária)	-0.818 (0.787)	2.546 (2.323)	1.187 (2.623)	-0.570 (0.500)	1.685 (1.734)	0.570 (1.881)
Confinamento domiciliar (binária)	0.778 (1.648)	6.016 (4.814)	2.265 (5.806)	1.234 (1.619)	4.072 (4.723)	1.307 (5.959)
Restrições de movimentação interna (binária)	1.987* (1.085)	-5.767* (3.312)	-9.037** (3.541)	0.926 (0.823)	-3.177 (2.604)	-6.325* (3.321)
Campanhas públicas de informação (binária)	0.014* (0.008)	-0.079** (0.032)	-0.018 (0.029)	-0.001 (0.006)	-0.001 (0.026)	0.001 (0.029)
Dias da semana efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Calendário-semana efeitos-fixos	No	No	No	Yes	Yes	Yes
Calendário-mês efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Observações	3078	3078	3078	3078	3078	3078
R-quadrado	0.805	0.841	0.720	0.860	0.904	0.784

Erros padrão clusterizados entre parênteses

* p<.10 ** p<.05 *** p<.01"

Tabela A3: Modelos de regressão por mobilidade com efeitos-fixo mês

	Permanência em casa	Mudanças em deslocamentos não essenciais	Mudanças em distâncias	Permanência em casa	Mudanças em deslocamentos não essenciais	Mudanças em distâncias
Índice de rigidez	0.285*** (0.014)	-1.129*** (0.059)	-0.628*** (0.034)			
Fechamento de escolas (índice)				0.071*** (0.014)	-0.328*** (0.054)	-0.096** (0.040)
Fechamento de locais de trabalho (índice)				0.061*** (0.017)	-0.165** (0.065)	-0.160*** (0.047)
Cancelamento de eventos públicos (índice)				0.040*** (0.012)	-0.229*** (0.048)	-0.094** (0.037)
Restrições de aglomerações (índice)				-0.015 (0.009)	0.059* (0.033)	0.023 (0.027)
Confinamento domiciliar (índice)				0.117*** (0.030)	-0.232** (0.091)	-0.176** (0.085)
Restrições de movimentação interna (índice)				0.016 (0.011)	-0.048 (0.030)	-0.087** (0.033)
Campanhas públicas de informação (índice)				0.014 (0.009)	-0.087** (0.032)	-0.014 (0.029)
Dias da semana efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Calendário-semana efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Observações	3078	3078	3078	3078	3078	3078
R-quadrado	0.788	0.817	0.712	0.819	0.851	0.738

Erros padrão clusterizados entre parênteses

* p<.10 ** p<.05 *** p<.01

Tabela A4: Modelos de regressão por mobilidade com efeitos-fixos mês e termo auto-regressivo de primeira ordem

	Permanência em casa	Mudanças em deslocamentos não essenciais	Mudanças em distâncias	Permanência em casa	Mudanças em deslocamentos não essenciais	Mudanças em distâncias
Índice de rigidez	0.285*** (0.014)	-1.129*** (0.059)	-0.628*** (0.034)			
Fechamento de escolas				0.032*** (0.006)	-0.085*** (0.016)	-0.043*** (0.014)
Fechamento de locais de trabalho				0.022*** (0.007)	-0.033** (0.016)	-0.051*** (0.016)
Cancelamento de eventos públicos				0.018*** (0.005)	-0.068*** (0.014)	-0.043*** (0.014)
Restrições de aglomerações				-0.007** (0.003)	0.021** (0.008)	0.011 (0.009)
Confinamento domiciliar				0.031*** (0.010)	-0.002 (0.017)	-0.022 (0.023)
Restrições de movimentação interna				0.004 (0.004)	-0.002 (0.007)	-0.024** (0.010)
Campanhas públicas de informação				0.005 (0.003)	-0.022** (0.010)	-0.009 (0.009)
Permanência domiciliar _{t-1}				0.626*** (0.016)		
Mudanças em deslocamentos não essenciais _{t-1}					0.772*** (0.016)	
Mudanças em distância _{t-1}						0.689*** (0.021)
Dias da semana efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Calendário mês efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Observações	3078	3078	3078	3078	3078	3078
R-quadrado	0.788	0.817	0.712	0.893	0.938	0.867

Erros padrão clusterizados entre parênteses

* p<.10 ** p<.05 *** p<.01

Tabela A5: Modelos de regressão para mobilidade com efeitos-fixos semana e termo auto-regressivo de primeira ordem

	Permanência em casa	Mudanças em deslocamentos não essenciais	Mudanças em distâncias	Permanência em casa	Mudanças em deslocamentos não essenciais	Mudanças em distâncias
Índice de rigidez	0.088*** (0.017)	-0.321*** (0.092)	-0.326*** (0.093)			
Fechamento de escolas				0.007 (0.005)	-0.025** (0.009)	-0.015 (0.014)
Fechamento de locais de trabalho				0.016*** (0.005)	-0.030* (0.015)	-0.043** (0.016)
Cancelamento de eventos públicos				0.005 (0.004)	-0.030*** (0.009)	-0.026* (0.014)
Restrições de aglomerações				-0.005* (0.003)	0.015* (0.008)	0.006 (0.009)
Confinamento domiciliar				0.033*** (0.010)	-0.027 (0.023)	-0.026 (0.026)
Restrições de movimentação interna				0.003 (0.004)	-0.008 (0.008)	-0.025* (0.012)
Campanhas públicas de informação				-0.000 (0.003)	-0.004 (0.009)	-0.002 (0.011)
Permanência domiciliar _{t-1}				0.553*** (0.017)		
Mudanças em deslocamentos não essenciais _{t-1}					0.685*** (0.019)	
Mudanças em distância _{t-1}						0.629*** (0.025)
Dias da semana efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Calendário mês efeitos-fixos	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Observações	3078	3078	3078	3078	3078	3078
R-quadrado	0.858	0.902	0.780	0.910	0.954	0.876

Erros padrão clusterizados entre parênteses

* p<.10 ** p<.05 *** p<.01

Tabela A6: Resultados dos modelos de regressão (com medida alternativa de exposição ao coronavírus)

	Número de dias em que saiu de casa nas últimas duas semanas	Saiu de casa uma ou duas vezes nas últimas duas semanas	Não saiu de casa nem uma vez nas últimas duas semanas	Realizou teste para coronavírus
Idade (referência 18 a 24)				
24 a 40	0.558* (0.327)	-0.0112 (0.0341)	-0.0784*** (0.0245)	-0.0233 (0.0167)
40 a 60	0.576* (0.339)	-0.0440 (0.0353)	-0.0485* (0.0254)	-0.0209 (0.0173)
60 ou mais	-0.365 (0.396)	-0.00843 (0.0413)	0.0678** (0.0297)	-0.0315 (0.0202)
Educação (referência ensino fundamental)				
Ensino médio	0.317 (0.265)	0.00428 (0.0276)	-0.00453 (0.0199)	0.00854 (0.0135)
Ensino superior	-1.101*** (0.307)	0.0962*** (0.0320)	0.0242 (0.0230)	0.00206 (0.0157)
Gênero (referência feminino)				
	2.617*** (0.222)	-0.144*** (0.0231)	-0.0662*** (0.0166)	-0.00412 (0.0113)
Renda (referência até 1 salário mínimo)				
De 1 a 2 SM				
	-0.154 (0.371)	0.0293 (0.0386)	0.0355 (0.0278)	-0.0116 (0.0189)
De 2 a 5 SM	0.350 (0.338)	0.0327 (0.0352)	-0.0106 (0.0253)	-0.00991 (0.0172)
De 5 a 10 SM	-0.288 (0.459)	-0.0253 (0.0478)	0.104*** (0.0344)	0.0169 (0.0234)
Mais que 10 SM	0.245	-0.0112	-0.00965	0.0468*
Tipo de trabalho				
Trabalhador informal	-1.232*** (0.292)	0.0697** (0.0304)	0.0485** (0.0219)	-0.00306 (0.0149)
Empreendedor formal	-1.328*** (0.372)	0.0409 (0.0388)	0.0884*** (0.0279)	0.00774 (0.0190)
Sem trabalho remunerado	-1.962*** (0.318)	0.0900*** (0.0332)	0.0991*** (0.0238)	-0.0240 (0.0162)
Contagioso com sintomas (medida alternativa)				
	-0.100 (0.506)	0.0662 (0.0527)	-0.0194 (0.0379)	0.00703 (0.0258)
Contagioso por contato com suspeito (medida alternativa)				
	1.716** (0.679)	-0.0139 (0.0708)	-0.0439 (0.0509)	-0.0359 (0.0347)
Não saia de casa em fevereiro				
	-1.457*** (0.361)	-0.0277 (0.0376)	0.127*** (0.0270)	0.000215 (0.0184)
Número de pessoas na residência				
	0.0748 (0.0712)	-0.00461 (0.00742)	0.00234 (0.00533)	-0.00409 (0.00363)
Observações	1654	1654	1654	1654
R-quadrado	0.188	0.053	0.107	0.019

Erros padrão entre parênteses

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001