

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA

CATARINA LUÍSA ALVES DE ARAÚJO

**Além da máscara e do álcool em gel:
a relação entre burocracia e combate à Covid-19 no Brasil**

RECIFE

2022

CATARINA LUÍSA ALVES DE ARAÚJO

Além da máscara e do álcool em gel: a relação entre burocracia e combate à Covid-19 no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao fim da graduação no curso de Ciência Política com Ênfase em Relações Internacionais, na Universidade Federal de Pernambuco.

Orientadora: Amanda Domingos

RECIFE

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Araújo, Catarina Luísa Alves de.

Além da máscara e do álcool em gel: a relação entre burocracia e combate à Covid- 19 no Brasil / Catarina Luísa Alves de Araújo. - Recife, 2022.
63 p., tab.

Orientador(a): Amanda Rafaela Domingos de Lima
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Ciência Política, 2022.
Inclui referências, apêndices, anexos.

1. burocracia. 2. política subnacional. 3. Covid-19. 4. profissionalização. 5. coronavírus. 6. Brasil. I. Lima, Amanda Rafaela Domingos de. (Orientação). II. Título.

320 CDD (22.ed.)

CATARINA LUÍSA ALVES DE ARAÚJO

Além da máscara e do álcool em gel: a relação entre burocracia e combate à Covid-19 no Brasil

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Ma. Amanda Domingos
Universidade Federal de Pernambuco

M.e Marcus Torres
Universidade Federal de Pernambuco

D.ra Virgínia Rocha
Universidade Federal de Pernambuco

“Se os homens fossem anjos nenhuma espécie de governo seria necessária. Se fossem os anjos a governar os homens, não seriam necessários controles externos nem internos sobre o governo”

James Madison, O Federalista nº 50

Agradecimentos

Agradecer é a parte mais importante do trabalho, pois é uma forma de reconhecer a importância das pessoas as quais tornaram o trabalho e a trajetória da graduação possíveis. Gostaria de agradecer aos meus pais, Antônio e Maria, por terem me ensinado o poder que a educação tem em nossas vidas, e por todo o apoio emocional, financeiro que sempre me deram. Serei eternamente grata por todos os conselhos e puxões de orelha que vocês me deram. Agradeço também aos meus queridos irmãos, Camila, Rafael, João, Fabiano, Daniel e Catarina, que me incentivaram nos momentos difíceis e são exemplos para mim. Não poderia deixar de agradecer a todos os meus familiares, em especial, Ruth, Fernando, Juliana, por terem compreendido minha ausência enquanto me dedicava a esse trabalho.

Agradeço aos meus amigos de profissão, que suportaram todas as minhas queixas quanto ao TCC e me ajudaram no que precisei: José Luiz, Wedja, Mariana e Jeff. Não poderia deixar de agradecer também as minhas amigas Amanda, Anna, Beatriz, Clarice, Flávia, Mariana, Marina e Melissa, por todo o apoio que me deram durante essa jornada.

Um agradecimento especial a Amanda Domingos, por ter aceitado ser minha orientadora e ter me ajudado durante todo o processo de realização do meu trabalho, trabalhando com muita dedicação, companheirismo e integridade. Agradeço também a Diogo Helal, por ter me orientado no Pibic e ter desempenhado a função com muito empenho e por todos os ensinamentos. Obrigada também, por terem acreditado em mim como pesquisadora e toparem participar de projetos comigo.

No Departamento de Ciência Política, agradeço a todos os professores, por todos os aprendizados ao longo da graduação e por todos os incentivos ao longo do curso. Em especial, a Gabriela Tarouco, Marcos Costa Lima (*in memoriam*), Adriano Oliveira, Ricardo Borges, Mariana Batista, Andrea Steiner, Marcelo Medeiros. Também, agradeço a Dalson Figueiredo

e Rafael Mesquita, pelas correções que me permitiram aprimorar o meu trabalho durante a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Agradeço aos meus colegas de curso, pelas trocas de experiências que certamente impactaram na minha formação acadêmica. Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo momentos de aprendizado ao longo do meu percurso acadêmico.

Gostaria de agradecer a mim, pelo meu eu do passado não ter desistido de mim mesma ou desta graduação. Por ter acreditado que eu conseguiria, mesmo nos momentos difíceis. Por fim, agradeço a você que está lendo o meu trabalho.

Resumo

Existe relação entre profissionalização burocrática e mortes por Covid-19 no Brasil? Este trabalho testa a hipótese de que quanto maior a taxa de profissionalização da burocracia, menor a taxa de mortalidade em decorrência do novo coronavírus. Aqui, entende-se profissionalização associada ao tipo de burocracia: se é mais estatutária ou comissionada. Metodologicamente, o desenho de pesquisa combina regressão linear e regressão Tobit para analisar uma base de dados com informações detalhadas de 5.457 municípios brasileiros, no recorte temporal de 2020 a 2021. Os principais resultados indicam que: a) o p-valor é significativo para as variáveis de burocracia estatutária e comissionada; b) há um efeito negativo entre burocratas comissionados e mortes por Covid-19. Este trabalho avança nossa compreensão sobre a profissionalização administrativa e pode ser útil para fundamentar processos de mudança institucional especialmente desenhados para promover a qualidade dos serviços públicos. Além disso, o esforço empírico deste trabalho também contribui para o debate na literatura a respeito da profissionalização da burocracia no manejo de crises, como a pandemia, situações as quais exigem maior capacidade administrativa para enfrentar o problema.

Palavras-chave: burocracia; política subnacional, Covid-19; profissionalização; coronavírus, Brasil

Abstract

Is there a relationship between bureaucratic professionalization and Covid-19 deaths? This work tests the hypothesis that the higher the rate of professionalization of bureaucracy, the lower the mortality rate due to the new coronavirus. Here, professionalization is understood to be associated with the type of bureaucracy: whether it is more statutory or commissioned. Methodologically, the research design combines descriptive statistics and Tobit regression to analyze a database with detailed information from 5,457 Brazilian municipalities from 2020 to 2021. The main results indicate that: a) the p-value is significant for the statutory and commissioned bureaucracy variables; b) there is a negative effect between commissioned bureaucrats and Covid-19 deaths. This work advances our understanding of administrative professionalization and can be useful in supporting institutional change processes specially designed to promote the quality of public services. In addition, the empirical effort of this work also contributes to the debate in the literature regarding the professionalization of bureaucracy in crisis management, such as the pandemic.

Keywords: bureaucracy; subnational politics, Covid-19; professionalization; coronavirus; Brazil.

Lista de quadros, gráficos e tabelas

QUADROS

Quadro 1- Índices do *Stringency index* adotados pelo trabalho

Quadro 2- Estratégia Empírica sumarizada

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Cobertura vacinal do Programa Nacional de Imunizações por estado (2019)

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade nos estados brasileiros (2019)

Gráfico 3- Taxa de óbitos por covid a cada 100 mil habitantes

TABELAS

Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis dependente e independente

Tabela 2- Regressão MQO

Tabela 3- Regressão Tobit

Tabela 4- Efeitos marginais da Regressão Tobit

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. BRASIL E COVID-19	12
3. FEDERALISMO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	16
3.1 DESCENTRALIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	17
3.2 IMPLEMENTAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DOS AGENTES INTEGRANTES DESTE PROCESSO	19
3.3 BUROCRACIA E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	23
3.4 A IMPORTÂNCIA DE VARIÁVEIS CONTEXTUAIS NOS RESULTADOS POLÍTICOS	27
4. METODOLOGIA	30
4.1 VARIÁVEIS DE CONTROLE	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 REGRESSÃO TOBIT	38
6. CONCLUSÕES E DISCUSSÃO	41
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
8. APÊNDICE A- STRINGENCY INDEX DE OXFORD	46
9. APÊNDICE B- GRÁFICO DE HISTOGRAMA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES	62

1. INTRODUÇÃO

A Covid-19 impactou os países de forma heterogênea (SERIKBAYEVA *et al*, 2021; HALE *et al*, 2020; JAHN, 2022). No contexto brasileiro, o presidente da república Jair Bolsonaro decretou a Medida Provisória (MPV) nº 926 de março de 2020, concedendo autonomia aos estados e municípios na adoção de medidas para conter o coronavírus. Essa medida aumentou a responsabilidade dos entes subnacionais no combate ao referido vírus, além de ter minimizado a necessidade de coordenação do governo federal com as esferas estadual e municipal (ABRUCIO *et al*, 2020).

Ao longo da crise sanitária, o ministro da Saúde foi trocado três vezes (BRASIL, 2022)¹, refletindo as dificuldades de articulação da Presidência com o Ministério da Saúde, além do impacto na composição do corpo técnico federal. Na prática, houve uma falta de coordenação entre o nível federal e os entes subnacionais (ABRUCIO *et al*, 2020). Ao observar esse contexto, alguns municípios tiveram diferentes desempenho no combate ao vírus do que outros. Essa particularidade pode estar associada, entre outros fatores, à implementação de políticas pela burocracia. O Brasil constitui um caso interessante por apresentar alto quantitativo de casos e mortes por Covid-19, além dos municípios terem sofrido o impacto da pandemia de forma heterogênea.

Nessa perspectiva, o presente trabalho analisa se existe relação entre profissionalização da burocracia e mortalidade por Covid-19 no Brasil. O trabalho testa a hipótese de que quanto maior a taxa de profissionalização da burocracia, menor a taxa de mortalidade pela Covid-19. Para testar a hipótese, foram utilizadas as técnicas de regressão linear e Tobit. A variável dependente é a mortalidade por Covid-19 a cada cem mil habitantes e a variável independente,

¹ Luiz Henrique Mandetta foi o primeiro ministro da saúde do governo de Jair Bolsonaro, permanecendo no cargo até 16 de abril de 2020. Em seu lugar, Nelson Teich assumiu o cargo até 15 de maio de 2020. No mesmo ano, Eduardo Pazuello foi nomeado ministro, em 16 de setembro, permanecendo no Ministério até 23 de maio de 2021, onde Marcelo Queiroga entrou em seu lugar e é o atual ministro da saúde do governo.

a composição da burocracia, ou seja, a quantidade de cargos estatutários e de comissionados, ambos a cada cem mil habitantes. Além da variação na profissionalização da burocracia, no nível municipal, uma série de fatores também diferenciam um município do outro. Portanto, para controlar o efeito dessas variáveis, foram inseridos como variáveis de controle o IDH, o *Stringency index* (HALE *et al*, 2020) e as transferências federais.

Busca-se avançar no debate quanto ao efeito da burocracia nos resultados de políticas, especialmente em contextos de crise como a pandemia, situações as quais exigem maior capacidade administrativa frente ao problema. Além disso, a pandemia implicou em desafios ao mundo, além de ter impactado a vida de milhões de pessoas. Este trabalho contribui com esforço empírico de analisar a profissionalização sob a ótica dos burocratas de médio escalão, os quais possuem algum poder de decisão.

O restante do trabalho está organizado em cinco partes. A seção seguinte discute os impactos da Covid-19 no Brasil, seguida do debate teórico no qual o trabalho é fundamentado, depois será apresentada a metodologia, discussão dos resultados e, por último, as conclusões.

2. BRASIL E COVID-19

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil soma quase 35 milhões de casos confirmados de Covid-19 e 686 mil mortes pela doença, revelando uma taxa de mortalidade de 326² a cada cem mil habitantes. Comparando com outros países de grande dimensão, o Brasil possui mais casos que Alemanha, Rússia, México e Canadá, enquanto Estados Unidos, Índia e França acumulam mais casos que o Estado brasileiro. Entretanto, no quantitativo cumulativo de mortes o Brasil passa a ocupar a primeira posição, em relação a essas outras 7 nações (OWID, 2022). Nesse sentido, os dados citados revelam o impacto causado pela Covid-19 no contexto brasileiro.

Contudo, ao observar o contexto subnacional, nota-se uma significativa variação. O estado brasileiro com menor taxa de óbitos por cem mil habitantes é o do Maranhão, com 154, ao passo que o Rio de Janeiro lidera as mortes por Covid-19 entre os estados brasileiros, com 435 mortes por cem mil³ (FIOCRUZ, 2022). No nível municipal, por sua vez, o município de Palmas tem o menor quantitativo de mortes acumuladas de coronavírus entre as capitais, com 239 mortes, enquanto Cuiabá, de forma oposta, acumula 601, ambos os dados por cem mil habitantes⁴. Perceber as diferenças no âmbito regional quanto ao desempenho no combate ao Covid-19 consiste em uma atividade capaz de gerar contribuições relevantes. Ainda, ao observar o contexto institucional das duas localidades mencionadas, uma primeira explicação atravessa a implementação de medidas de distanciamento social e *lockdown*, uma vez que o Maranhão foi o primeiro estado brasileiro a adotar o *lockdown* para tentar conter a propagação do coronavírus (G1, 2020).

² Os dados foram coletados no portal da Fiocruz, em 30 de setembro de 2022. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>

³ Os dados foram coletados no portal Coronavírus no Brasil, em 30 de setembro de 2022. Disponível em <https://covid.saude.gov.br/>

⁴ Os dados foram coletados no portal da Fiocruz, em 30 de setembro de 2022. Disponível em <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>

Dessa forma, percebe-se que diferentes localidades lidaram de maneira distinta com a Covid-19, além das ações terem sido tomadas majoritariamente no nível estadual e municipal. Uma das explicações repousa na conjuntura das condutas, as quais foram adotadas de forma diferente nos variados estados e municípios brasileiros. Essa abordagem foi decorrente não somente da MPV nº 926⁵, como também da opinião do presidente Jair Bolsonaro quanto às ações a serem seguidas, as quais podem ter tido maior aderência nas localidades em que o Poder Executivo estava alinhado ao Presidente (EXTRACLASSE, 2022). Diante desse cenário, a descentralização quanto a adoção de medidas de isolamento social acarretou distintas implementações de medidas para controle do coronavírus no contexto regional do país e, assim, gerou resultados bastante diferentes quanto ao combate da Covid-19. Corroborando esse argumento, o *Stringency Index*⁶ constatou heterogeneidade nas medidas adotadas no contexto subnacional brasileiro, com os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Amazonas tendo apresentado maior taxa de contaminação no período analisado, enquanto no Ceará foi observado uma dinâmica oposta (ARUSKA *et al*, 2020). Na Região Norte, por exemplo, a adesão ao isolamento social ocorreu em março, logo após o primeiro caso confirmado na Região. A primeira onda ocorreu entre abril e maio e em junho o governo começou a reabrir o comércio não essencial. Tal medida, no entanto, contribuiu para a segunda onda no Norte, entre dezembro e janeiro e que ocasionou o colapso do Sistema de Saúde (BEATRIZ, 2021).

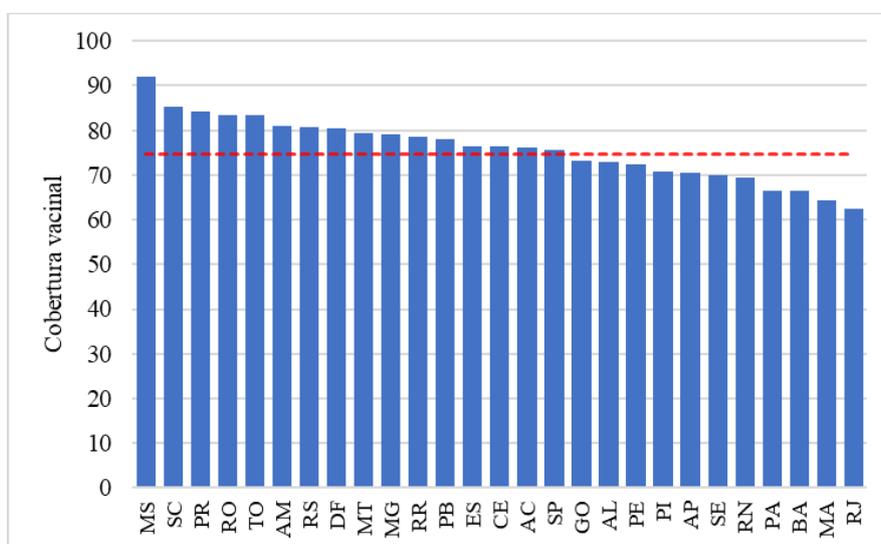
A literatura já apontou para a heterogeneidade das políticas no contexto subnacional, em que o Brasil se destaca como um dos países que apesar de fornecerem uma significativa gama de bons serviços públicos, as diferenças ao longo do território resultam em divergentes

⁵ A Medida Provisória concedeu autonomia aos estados e municípios na adoção de medidas para conter o coronavírus.

⁶ O índice foi criado pela Universidade de Oxford e é uma medida que varia de 0 a 100 e calcula a rigidez das políticas de distanciamento de social, a partir de 9 métricas: fechamento de escolas, cancelamento a eventos públicos, fechamento de locais de trabalho, restrições a reuniões públicas, requisitos de permanência em casa, campanhas de informação pública, fechamento de transporte público, restrição de movimentações internas e controle de viagens internacionais. Quanto mais perto de 100, mais rigorosas foram as medidas adotadas.

entregas dos serviços (HARBERS & STEELS, 2020). Corroborando esse argumento, foi constatado que o Brasil, apesar de ter tido avanços na redução da desigualdade na oferta de serviços de saúde, ainda há um longo caminho a ser percorrido (GIRAUDY & PRIBBLE, 2020). O principal argumento repousa na forma que a descentralização foi influenciada, em que no contexto brasileiro teve raízes no Movimento Sanitarista. Desse modo, o Movimento resultou em um sistema de saúde descentralizado e com menos desigualdade, pelo impacto da sociedade civil (GIRAUDY & PRIBBLE, 2020). O Gráfico abaixo mostra a implementação do Programa Nacional de Imunizações, que apesar de ser uma política descentralizada, conseguiu ser bem implementada e ter uma boa adesão do público-alvo.

Gráfico 1 - Cobertura vacinal do Programa Nacional de Imunizações por estado (2019)

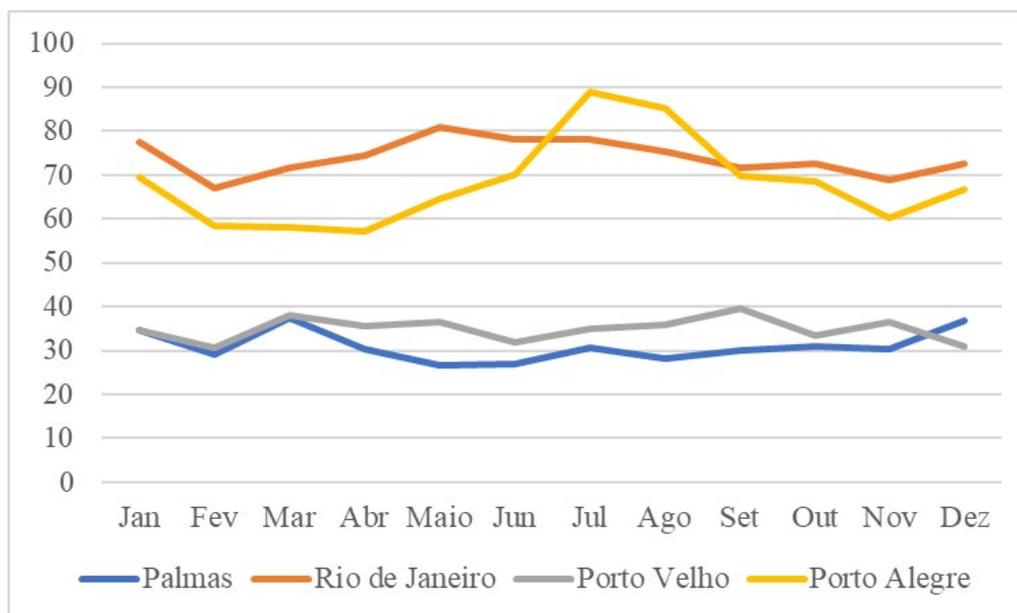


Fonte: elaboração própria a partir do Datasus (2022)

A taxa de mortalidade também indica a qualidade do sistema de saúde, uma vez que pode estar relacionada, entre outros fatores, à ineficiência do setor, sobretudo quando está associada à falta de equipamentos e recursos humanos. Além disso, pesquisadores já mostraram que em locais onde a promoção de serviços de saúde é melhor, as taxas de mortalidade infantil são mais baixas (GIBSON, 2017; GIRAUDY & PRIBBLE, 2020). Nesse contexto, percebe-se

que os indicadores de resultado de políticas públicas variam no nível subnacional no Brasil, conforme apontado no Gráfico 2, que mostra os dados de taxa de mortalidade do ano de 2019.

Gráfico 2 - Taxa de mortalidade nos estados brasileiros (2019)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Datasus (2022)

Portanto, a heterogeneidade na entrega dos serviços públicos e resultados das políticas públicas está presente no contexto brasileiro nos mais variados setores, entre eles a saúde. Dessa forma, a administração pública tem influência nesse processo, uma vez que esta esfera é constituída por atores com poderes decisórios no processo da implementação. Nesse sentido, entendendo a relevância do papel da burocracia na implementação das políticas, bem como os efeitos do federalismo nas políticas públicas, na seção seguinte será discutida de forma mais ampla todo esse debate da literatura.

3. FEDERALISMO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A pandemia da Covid-19 acarretou desafios para o mundo todo, principalmente no tocante às medidas a serem adotadas para controlar a propagação do vírus e a efetividade dessas ações. Nesse sentido, foram observadas variações quanto a capacidades de resposta para controle da propagação do vírus nos países latino-americanos e ao redor do mundo (BATISTA *et al*, 2020; SERIKBAYEVA *et al*, 2021).

Uma explicação clássica da Ciência Política quanto às diferenças na qualidade da oferta de serviços públicos desdobra-se na variação no grau de governança de cada país. Governança aqui sendo entendida como a habilidade do governo, democrático ou não, de fazer cumprir regras, bem como de fornecer serviços (FUKUYAMA, 2013). Vale ressaltar que a qualidade da governança também é importante ao analisar a capacidade de resposta a crises como a do Covid-19. Nesse sentido, faz-se necessário analisar essa problemática de um plano mais micro, observando as nuances na oferta de bens públicos que afetam o contexto brasileiro, isto é, no âmbito subnacional e como essas variações estão associadas ao plano de enfrentamento da Covid-19 no contexto subnacional.

A literatura traz múltiplas definições a respeito do conceito de política pública. Uma importante explicação leva em consideração qualquer decisão consciente tomada pelo governo e que gera resultados intencionais e ou não intencionais (DYE, 1972). Essa definição especifica o governo como o agente primário da formulação da política. William Jenkins (1978), por sua vez, aumenta a substância do significado anterior ao inserir no processo de decisão grupos de atores políticos, identificando, assim, que o processo não está restrito apenas a um ator, como na definição anterior. Além disso, também considera que as políticas costumemente acarretam uma série de decisões, como também insere a capacidade do governo de implementar as decisões proferidas.

Em uma tentativa de simplificar a realidade, foi criado o ciclo da política pública, composto por 5 etapas⁷: reconhecimento do problema, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação de resultados (BREWER, 1974)⁸. Nesse sentido, constitui uma importante etapa deste processo a implementação, uma vez que pode ser um fator explicativo para os diferentes resultados de implementação de uma mesma política em diferentes contextos subnacionais. Em outras palavras, modelos de análise de implementação concentram esforços no sentido de verificar o porquê estados e municípios têm diferentes resultados de políticas.

3.1 DESCENTRALIZAÇÃO E COORDENAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A preocupação quanto à coordenação entre os atores envolvidos na política para uma melhor implementação já foi apontada por muitos autores. Dessa forma, foi percebida a falta de coordenação do governo federal como um dos motivos para a má implementação da política executada em Oakland (PRESSMAN & WILDAVSKY, 1973).

O federalismo é caracterizado como uma organização territorial do poder em que há o compartilhamento da soberania, mas preservando a estrutura nacional e instituindo uma interdependência entre os governos, resultando, assim, na descentralização (ELAZAR, 1987). Nesse sentido, a federação é decorrente da existência de heterogeneidades no país, seja por uma grande extensão ou por apresentar diversidade étnica, socioeconômica, linguística, cultural (ABRUCIO, 2005; LIJPHART, 2003). Diante desse contexto, a descentralização começou a ser amplamente defendida a partir da década de 1980, momento em que houve uma expansão de países adotando formas descentralizadas de administração (ARRETCHE, 1996).

⁷ No mundo real, o desenvolvimento da política pública não ocorre de forma tão linear como o ciclo propõe (JENKINS-SMITH & SABATIER, 1993)

⁸ Harold Lasswell (1971) propôs um modelo do ciclo da política pública em sete estágios, que influenciou a criação de outros modelos, como o de Simmons et al. (1974) e Brewer (1974).

Tal expansão ocorreu, sobretudo, pelo federalismo ter sido identificado como mais democrático e eficiente, promover maior controle social do Estado, além de ser capaz de reduzir práticas clientelistas (ARRETCHE, 1996). No contexto brasileiro, a Constituição de 1988 designou competências concorrentes para boa parte das políticas sociais. Nesse sentido, entre os efeitos desse tipo de medida pode-se destacar a desigualdade territorial na provisão de serviços, bem como superposição de ações (ARRETCHE, 2004). Além disso, a desigualdade na arrecadação tributária entre os entes subnacionais também é uma característica da descentralização, especialmente no contexto brasileiro.

Cabe ressaltar que o federalismo, ao ser instituído diante de um cenário de heterogeneidade, enfrenta o desafio de garantir uma boa gestão administrativa entre os governos. Nessa direção, a concentração de autoridade política é um instrumento essencial para a coordenação das políticas nacionais com os entes subnacionais. Desse modo, a formulação de portarias ministeriais tem sido amplamente utilizada como mecanismo de coordenação das políticas nacionais de saúde, condicionando os entes subnacionais à disciplina federal por meio de transferências (ARRETCHE, 2004). No contexto brasileiro, Arretche (2004) chama atenção para uma arrecadação tributária brasileira concentrada na União, em que o governo Federal se utiliza de transferências fiscais para compensar essa desigualdade. Além disso, continua a autora, nos diferentes municípios de cada Estado observam-se distintas capacidades de arrecadação em municípios de mesmo porte.

Nesse sentido, Arretche (2004) já percebeu a importância do fortalecimento da coordenação do governo central com os Estados e municípios e, dessa forma, as políticas sejam mais bem implementadas, sobretudo no contexto da saúde, em que a ampla adesão ao SUS foi possível em virtude desse mecanismo. Também constata que essa coordenação entre as esferas varia entre as políticas, uma vez que está condicionada a recursos institucionais os quais a

Federação detém e, dessa forma, conduzem as escolhas dos governos subnacionais. Portanto, a União deve manter esses recursos que moldam o comportamento desses entes para promover políticas mais bem coordenadas e, conseqüentemente, mais bem implementadas.

Na esfera da saúde, nota-se que a União é responsável pelo financiamento e pela formulação da política de saúde, bem como por coordenar as ações entre os entes (ARRETICHE, 2004). As portarias são o principal mecanismo utilizado pelo Governo para realizar as transferências aos Estados e municípios. Nessa perspectiva, Arretche (2004) destaca a boa capacidade que o Ministério da Saúde detém em influenciar as decisões dos entes subnacionais. Dessa maneira, a referida autora percebeu que a concentração de financiamento no governo federal na área da saúde traz como aspectos positivos a promoção de resultados redistributivos, mas não ocasionou na redução da desigualdade entre municípios no tocante a qualidade da oferta do serviço.

No contexto do governo de Jair Bolsonaro, percebeu-se que a gestão foi marcada pela menor intervenção da União aos entes subnacionais no tocante às decisões de alocação de recursos. Além disso, muitas decisões foram centradas na União, apesar de acarretarem conseqüências aos demais entes. Esse cenário ficou ainda mais evidenciado na pandemia (ABRUCIO et al, 2020). Dessa forma, essa menor coordenação intergovernamental refletiu no impacto que o surto da Covid-19 teve no contexto brasileiro, uma vez que essa articulação se faz necessária diante do federalismo.

3.2 IMPLEMENTAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DOS AGENTES INTEGRANTES DESTE PROCESSO

Com relação às formas de análise da implementação de políticas públicas, pode-se dividir as abordagens em três categorias (PÜLZL & TREIB, 2006). A primeira categoria engloba os modelos *top-down* de implementação (PRESSMAN & WILDAVSKY, 1973;

MAZMANIAN & SABATIER, 1983), em que o foco de análise é na habilidade da burocracia em controlar a implementação da política, isto é, a política pública aqui é implementada de cima para baixo. No segundo modelo, o *bottom-up* (LIPSKY, 1971; LIPSKY, 1980), tem foco na influência dos burocratas de nível de rua na execução da política, ou seja, entende-se que esse agente é o centro da implementação da política pública e, portanto, constitui o principal interesse nas análises. Por último, os modelos híbridos (PÜLZL & TREIB, 2006 *apud* WINDHOFF-HÉRITIER, 1980; SABATIER, 2012) agregam elementos tanto do *top-down* como do *bottom-up*. Uma crítica ao modelo *top-down*, para além de restringir a política pública aos atores no processo de decisão, repousa na subestimação do poder dos burocratas de nível de rua na transformação da política (SABATIER, 2012). No entanto, a abordagem mencionada pode ser útil para analisar casos em que há um único órgão público liderando a implementação da política. Por sua vez, o modelo *bottom-up* é interessante de ser utilizado em casos em que há vários atores políticos envolvidos neste processo (SABATIER, 2012).

No tocante à implementação de políticas públicas, pode-se dividir a área em dois modelos: uma enfatiza o processo de formulação da política e as normas referentes a ela, preocupando com as variáveis que podem interferir no sucesso da implementação; a outra foca em componentes contextuais, como o local e a burocracia implementadora (LIMA & D'ASCENZI, 2013). Dessa forma, enquanto a primeira vê a implementação como uma consequência e procura explicações na trajetória da política, a segunda entende que a política vai sofrendo alterações até chegar no beneficiário. Além disso, temos a figura do burocrata do nível de rua, importante nas análises de implementação sob a ótica das variáveis contextuais, uma vez que influencia a política ao agir com discricionariedade no momento de sua implementação (LIPSKY, 1980).

Entender as diferenças econômicas e políticas entre diferentes países, ou até mesmo as clivagens em um Estado é uma preocupação que começou a crescer na literatura principalmente com a terceira onda da democracia (HUNTINGTON, 1994). Nessa direção, Evans & Rauch (1999) perceberam que burocracias compostas por recrutamentos baseados em meritocracia e com planos de progressão estão mais associadas ao crescimento.

O conceito de burocracia aqui utilizado resgata a burocracia Weberiana, em que, em contraposição ao Estado patrimonialista, o corpo burocrático seria constituído de atores baseado em suas qualificações, além de haver hierarquia e funções bem definidas, bem como a separação entre a gestão pública e a vida pessoal (WEBER, 1999). Além disso, esses burocratas também estão sujeitos a regras e normas para o exercício de sua atividade.

É válido destacar a necessidade de analisar a discricionariedade não apenas sob a ótica do burocrata de nível de rua, mas sim por um conjunto de atores que também atuam nesse processo (LOTTA & SANTIAGO, 2017). Dessa forma, percebendo que a burocracia é um corpo hierárquico e heterogêneo, a literatura mais recente tem se dedicado a analisar os burocratas de médio escalão, isto é, aqueles que estão entre os burocratas de nível de rua e os de alto escalão. Apesar de ainda pouco explorada na ciência política, essa abordagem é bastante útil para explorar variações na implementação de políticas em contextos subnacionais.

Os burocratas de médio escalão, por sua vez, são caracterizados por estarem no meio da hierarquia, além de possuírem subordinados e serem subordinados a um chefe, constituindo, assim, o elo entre os burocratas de alto escalão e a burocracia de nível de rua (CAVALCANTE & LOTTA, 2015; CAVALCANTE *et al*, 2018). Assim, esses profissionais combinam atividades técnicas e gerenciais com aquelas mais técnicas e políticas e são identificados como um grupo heterogêneo. A característica essencial deles, em contraste com os burocratas de nível de rua, repousa na capacidade em influenciar decisões (CAVALCANTE *et al*, 2018;

NOVATO *et al.*, 2020). Portanto, percebe-se a relevância do papel destes atores na implementação da política pública, constituindo uma peça-chave nesse processo.

Os estudos a respeito da burocracia de médio escalão também apontam para uma possível necessidade de um corpo burocrático com bastante experiência e elevado nível de formação (CAVALCANTE *et al.*, 2018). Além disso, também foi identificado que os burocratas de médio escalão mais jovens costumam possuir habilidades técnicas e políticas, enquanto os mais antigos têm capacidades técnicas e gerenciais (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Ainda no tocante aos burocratas de médio escalão, o desempenho desses atores em suas atividades na burocracia está relacionado tanto a fatores estruturais do governo, como com as características individuais desses agentes, sendo as habilidades técnicas e gerenciais as mais importantes para a atuação desses profissionais (CAVALCANTE *et al.*, 2018). Portanto, os burocratas de médio escalão vão exercer influência no processo de implementação, sobretudo pelo poder que possuem nas decisões políticas. Dessa forma, esses atores são importantes ao analisar a implementação, além de ocuparem uma posição que lhes permite algum grau de aproximação dos burocratas de nível de rua, como também daqueles de alto escalão, responsáveis pelas decisões. Assim, é possível notar o maior destaque que eles têm em influenciar a implementação quando comparado aos burocratas de nível de rua.

Uma maneira de observar a implementação de políticas públicas é focada nos arranjos institucionais, isto é, o arcabouço de regras e procedimentos que desenham a forma de implementação da política. Nesse sentido, esses arranjos institucionais são responsáveis por determinar as capacidades de Estado na implementação da política (PIRES & GOMIDE, 2014). Tal perspectiva de análise compõe-se de um importante instrumento de explicação quanto às variações de implementação de políticas em diferentes contextos. Desse modo, faz-se necessário analisar sob a ótica das capacidades técnico-administrativas, conceituadas por Pires

& Gomide (2014), que, dentre outros fatores, observa a importância da capacidade de coordenação intragovernamental, bem como o monitoramento para a boa implementação das políticas públicas.

Nessa direção, uma política com baixa capacidade técnico-administrativa pode gerar uma estrutura institucional esvaziada, bem como dificuldade de coordenação entre os entes do Governo. Um exemplo disso é percebido pela avaliação do Plano Brasil Maior (PBM), que apresenta um variado grau de *enforcement* de leis e decretos por este *enforcement* estar vinculado à ação de cada órgão constituinte. O resultado desta baixa capacidade administrativa, associado com outros fatores, levou a baixos resultados. Dessa forma, Pires e Gomide (2014) ressaltam a importância da capacidade do corpo burocrático para a boa implementação das políticas, bem como uma coordenação satisfatória entre os entes do governo envolvidos na execução da política pública.

Além disso, os referidos autores perceberam uma possível relação entre capacidade estatal e resultado das políticas, isto é, maior capacidade técnico-administrativa, como também elevada taxa de execução geram bons resultados de políticas públicas. A existência de mecanismos de coordenação constitui a principal explicação para os resultados das políticas, seja a coordenação intergovernamental ou intragovernamental ou até mesmo entre atores não estatais e estatais (PIRES & GOMIDE, 2014). Nesse sentido, a coordenação entre as instituições envolvidas no processo de implementação, incluindo a burocracia, é essencial para que sejam alcançados resultados positivos da política.

3.3 BUROCRACIA E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A partir das décadas de 1970 e 1980, o Estado começou a ganhar relevância entre os autores, que passaram a destacar este ator como detentor de autonomia para estabelecer prioridades (SKOCPOL, 1979; MULLER, 2000). Nesse sentido, os processos, organizações e

burocracia de dentro do Estado passaram a importar para o desempenho de políticas públicas. Diante desse contexto, ganharam relevância os estudos que se dedicaram a perceber de quais formas o arcabouço do Estado influenciavam nos resultados das políticas. Destacam-se aqui a literatura a respeito de capacidade estatal, como também houve um maior desenvolvimento do campo de análise de política pública, uma vez que o Estado passou a ser considerado um ator nos estudos (FARAH, 2018).

A governança está relacionada à capacidade de implementação da burocracia, esta podendo ser mensurada a partir do modo que os burocratas executam uma determinada política. Além disso, outra variável importante é a medida de capacidade, referente ao nível de educação e profissionalização dos funcionários públicos. Há ao menos quatro abordagens de mensuração de governança, entre elas, a profissionalização dos burocratas e a autonomia da burocracia, isto é, a maneira que os burocratas implementam a política (FUKUYAMA, 2013). As medidas de resultados, uma outra forma de mensuração da governança, utilizam alguma variável quantitativa para observar a qualidade do governo, como a utilização de resultados em testes educacionais para verificar a qualidade da educação (FUKUYAMA, 2013). Por fim, a autonomia burocrática refere-se ao modo que os burocratas executam uma determinada política.

Evans e Rauch (1999) sugerem que as características de Weber de burocracia estatal, tais como o recrutamento meritocrático e planos de carreira gratificantes aumentam as taxas de crescimento por gerarem competência e motivação aos burocratas. A capacidade do Estado, por sua vez, já foi apontada pela literatura como um importante elemento para o desenvolvimento. Dincecco e Katz (2014), por exemplo, apontam que a centralização fiscal e do governo impactam positivamente na capacidade extrativista.

No contexto brasileiro, a partir da redemocratização, foram instauradas sucessivas formas de aumentar o profissionalismo da burocracia, entre elas a criação da Escola Nacional

de Administração Pública (Enap) em 1986, com o intuito de capacitar os burocratas, como também outras instituições para o aprimoramento da administração pública. Além disso, a Constituição de 1988 instituiu o recrutamento meritocrático dos servidores públicos (CF. 1988; ABRUCIO, 2007).

Lewis (2007) identificou que burocratas nomeados têm desempenho inferior aos burocratas de carreira. Então a depender do tipo da burocracia que estiver administrando, se é profissionalizada ou não, isso vai influenciar a implementação da política pública. O autor também percebeu um desempenho mais baixo dos gestores nomeados durante a gestão da crise do furacão Katrina. Esses achados contribuem para a perspectiva de que burocracias profissionalizadas, isto é, aquelas selecionadas através de recrutamentos meritocráticos como os concursos públicos terão performance superior na implementação de políticas do que aqueles nomeados pelo governo, como acontece com os burocratas comissionados.

A profissionalização da burocracia está associada a uma maior probabilidade de o município implementar a política. Nesse sentido, municípios com mais de 20% de burocratas profissionalizados obtiveram maior frequência de implementação de políticas. A profissionalização da burocracia também foi apontada na literatura como um importante fator na variação de arrecadação tributária, com maior efeito nos micros e pequenos municípios (MARENCO *et al*, 2017). Percebe-se, então, a importância do perfil da burocracia na implementação das políticas.

A capacidade local nas políticas de saúde em nível municipal já foi observada, utilizando indicadores municipais do DATASUS como medida de capacidade, e perceberam que o desempenho na política de saúde está associado à composição da burocracia. De forma específica, a proporção de recursos humanos ofertados, isto é, maior quantitativo de médicos e estatutários, pela burocracia está relacionado a um maior desempenho na política de saúde

(JULIANO *et al*, 2019). Dessa forma, foi percebida uma relação entre o corpo burocrático e o desempenho da política no nível municipal.

Do ponto de vista da administração pública, Ito *et al* (2020) examinaram as respostas dadas por 52 municípios nos estágios iniciais da pandemia do Covid-19 no Brasil. Dessa maneira, eles perceberam que para conter a propagação do vírus os agentes públicos estavam tomando três medidas principais nos estágios iniciais do surto: isolamento dos casos confirmados e acompanhamento dos que tiveram contato com o paciente, mobilização de recursos para a saúde e quarentena ou distanciamento social para prevenir a proliferação do vírus. Identificaram também que um dos caminhos tomados para evitar a propagação foi a colaboração entre unidades públicas e parceiros privados, fornecimento de auxílio para a população em vulnerabilidade social.

Uma outra visão de capacidade estatal está relacionada a faculdade de conseguir ter as coisas feitas, isto é, os líderes conseguirem ter a sociedade fazendo o que eles precisam que seja feito, bem como implementar políticas públicas (GEDDES, 1994; MIGDHAL, 1988). Nessa direção, Teorell e Lindvall (2016) entende capacidade de Estado como o exercício do poder, isto é, a eficácia de coerção e persuasão com a sociedade para que esta última cumpra as leis estabelecidas. Assim, uma alta capacidade estatal é referente a uma maior capacidade de obtenção de recursos que elevam a relação entre os instrumentos e os resultados da política pública (TEORELL & LINDVALL, 2016).

Ao analisar a capacidade do sistema de saúde através de indicadores de estrutura e resultado no contexto do Covid-19, Silva *et al* (2020) identificou que a minoria dos municípios do Estado do Rio de Janeiro dispõe de capacidade no sistema de saúde para lidar com uma curva epidêmica acentuada. Os autores citados utilizaram o Índice de Eficiência da Estrutura para verificar a capacidade de cada localidade para enfrentar a Covid-19. Portanto, tal resultado

aponta para a heterogeneidade no tocante à capacidade da burocracia local em lidar com a pandemia do coronavírus.

Entender a influência de burocratas por indicação na eficiência da gestão, bem como a referida discricionariedade destes agentes na implementação das políticas públicas é crucial para entender as variações na gestão da pandemia ao longo do país. Tal importância deve-se sobretudo ao contexto brasileiro, que foi um dos países que adotou o federalismo. Uma das principais consequências da descentralização no Brasil é a heterogeneidade na oferta de serviços públicos (ARRETCHE, 1996; ARRETCHE, 2004).

Ademais, a ciência já mostrou que o Brasil é um dos países que falharam na garantia de uma alta qualidade de governança, além do clientelismo, corrupção e ineficiência na entrega de serviços estar presente em boa parte de sua população (ARRETCHE, 1996; ARRETCHE, 2004; FUKUYAMA, 2013). Além disso, para além de proteger o regime democrático pelo mundo, é preciso também preocupar-se com a qualidade da burocracia estatal das democracias (FUKUYAMA, 2013).

3.4 A IMPORTÂNCIA DE VARIÁVEIS CONTEXTUAIS NOS RESULTADOS POLÍTICOS

Serikbayeva *et al* (2021) analisam como diferentes níveis de eficiência governamental impactaram no desempenho dos países quanto ao combate ao vírus. Dessa forma, eles destacam o tipo de regime político, a quantidade de população idosa, capacidade de recursos do sistema de saúde e rigor das medidas implementadas como variáveis importantes para a luta contra a doença. Enquanto democracias europeias como Alemanha, Espanha, Itália, França e Reino Unido lideravam o ranking dos maiores números de casos confirmados pelo mundo, governos autoritários como Singapura e China conseguiram reduzir seus respectivos números de casos. Dessa forma, o referido estudo identificou que

nos países não democráticos a taxa de mortes por coronavírus é menor se comparado aos democráticos.

No entanto, além do governo e da burocracia, também tem importância a sociedade. Nessa direção, outra dimensão importante é a interação dos burocratas com os cidadãos durante o processo de implementação da política. Assim, os burocratas têm papel relevante na maior adequação ou não da política ao contexto local, sobretudo em contextos de descentralização, como no caso de políticas de saúde (LOTTA & MARQUES, 2019).

Ademais, as características da organização social, tais como normas, sistemas e confiança promovem cooperação espontânea na sociedade civil e, por conseguinte, influenciam nos resultados das políticas públicas (PUTNAM, 1996). Dessa forma, o contexto ao qual a política é inserida pode influenciar o resultado dela, com um mesmo país tendo diferentes resultados de políticas pela variação do capital social entre as localidades deste Estado.

Ao analisar o percurso das políticas públicas brasileiras após a Constituição de 1988, observam-se variações da capacidade de coordenação da Federação de acordo com os presidentes e o alinhamento dos entes subnacionais com a coalizão (ARRETCHE, 2002; ARRETCHE, 2004). Ademais, com a aplicação de vacinas à população, o quantitativo de mortes começou a ser reduzido principalmente pela eficácia do imunizante quanto a mortalidade do vírus (WEISHEIMER, 2021).

Diante dessa perspectiva, o presente trabalho entende que num contexto de federalismo como o caso brasileiro, os resultados quanto ao controle do Covid-19 foram distintos nos municípios, a depender da capacidade estatal de cada localidade. Além disso, se por um lado a MP 926 concedeu autonomia à adoção de políticas locais, visando uma maior adequação a estrutura local, por outro lado gerou ações descoordenadas entre os entes subnacionais.

Portanto, partir-se-á da seguinte hipótese: quanto maior a proporção de burocratas concursados, menor a taxa de mortalidade por Covid-19 nos municípios brasileiros.

4. METODOLOGIA⁹

Esta seção descreve as principais características da estratégia empírica. Para responder à pergunta de pesquisa e testar a hipótese de trabalho, utilizou-se uma abordagem quantitativa observacional, em que a variável independente do trabalho é o tipo da burocracia e a variável dependente, a taxa de mortalidade por coronavírus no Brasil entre 2020 e 2021.

A dimensão capacidade burocrática foi operacionalizada a partir de duas variáveis: (1) proporção de burocratas comissionados/população*100000 e; (2) proporção dos burocratas estatutários/população*100000 (MUNIC- IBGE). Com relação a mortalidade por Covid-19, foi medida através do cumulativo de mortes por coronavírus por cem mil habitantes (DATASUS). O recorte temporal foi definido de 2020 a 2021, com dados anuais de cada variável tendo em vista abarcar também o período de imunização da população.

Em um primeiro momento, foi utilizada estatística descritiva dos dados para entender as variáveis utilizadas, a variação delas e com o intuito de identificar possíveis *outliers* e casos omissos. Posteriormente, foram realizados dois modelos de regressão: uma regressão linear de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) e uma regressão Tobit. A censura na variável dependente quebra um dos pressupostos da regressão linear, o que levou a testar pela Tobit e a regressão MQO foi utilizada para comparar e aumentar a robustez dos resultados.

4.1 VARIÁVEIS DE CONTROLE

Constitui um dos mecanismos do SUS a transferência de recursos por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios e estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Nesse sentido, as transferências do FNS é uma das variáveis de controle utilizadas no trabalho, para

⁹ Materiais de replicação estão disponíveis em: <<https://osf.io/d8sf6/>>.

controlar os efeitos dos recursos financeiros são relevantes na capacidade burocrática. Outra variável importante do perfil do município é o IDH, que foi acrescentado como outra variável de controle, para controlar os efeitos da heterogeneidade na qualidade de vida e desenvolvimento humano dos municípios brasileiros.

As medidas adotadas por estados e municípios para o controle da pandemia também é uma variável importante. Nesse sentido, será utilizado o *Stringency index* para controlar esse efeito. De forma geral, o índice divide as medidas em cinco dimensões: (1) políticas de contenção e fechamento, (2) políticas de suporte econômico, (3) políticas do sistema de saúde, (4) políticas de vacinação e (5) outras políticas. A partir desses eixos, é calculado o *Stringency*, que varia de 0 a 100, em que 0 significa que nenhuma política foi adotada. Com relação às políticas de contenção, são agregados 8 itens: fechamento de escolas, fechamento de locais de trabalho, cancelamento de eventos públicos, limites de capacidade em reuniões, contenção de transporte público, registro de confinamentos em casa à população, restrições de movimento entre cidades e regiões e restrições a viagens internacionais. As políticas do sistema de saúde possuem dimensões, como: registro de campanhas de informação pública, registro a política do governo de acesso a testagem, investimento emergencial em saúde, investimento em vacina, políticas de uso de máscara em ambientes públicos, política de entrega de vacinas e políticas de proteção a idosos. Todas as medidas foram calculadas para os níveis federal, estadual e municipal. No entanto, o nível municipal contém alta taxa de casos faltantes, o que levou este trabalho a utilizar os dados de medidas adotadas no nível estadual. Para um melhor detalhamento do *Stringency index*, encontra-se uma tabela no apêndice. O Quadro 1 sumariza as dimensões dos *index* adotados por este trabalho. A informações em negrito indicam as variáveis acrescentadas em cada índice.

Quadro 1- Índices do *Stringency index* adotados pelo trabalho

Índice	Variáveis
<p>Índice de rigorosidade</p> <p><i>Cálculo a partir das ações de contenção e fechamento</i></p>	<p>Registro de fechamento de escolas e universidades; Registro de fechamento de locais de trabalho; Registro de cancelamento de eventos públicos; Registro de limite de pessoas em reuniões/encontros presenciais; Registro de fechamento de transporte público; Registro de confinamento em casa à população; Registro de restrições de movimento entre cidades/regiões; Registro de restrições a viagens internacionais; Registro da presença de campanhas de informação pública</p>
<p>Índice de rigorosidade (legado)</p> <p><i>Cálculo a partir das ações de contenção e fechamento, utilizando a metodologia mais antiga adotada pelo projeto</i></p>	<p>Registro de fechamento de escolas e universidades; Registro de fechamento de locais de trabalho; Registro de cancelamento de eventos públicos; Registro de limite de pessoas em reuniões/encontros presenciais; Registro de fechamento de transporte público; Registro de confinamento em casa à população; Registro de restrições de movimento entre cidades/regiões; Registro de restrições a viagens internacionais; Registro da presença de campanhas de informação pública</p>
<p>Índice de contenção e saúde</p> <p><i>Cálculo a partir das ações de contenção e fechamento e as políticas do sistema de saúde</i></p>	<p>Registro de fechamento de escolas e universidades; Registro de fechamento de locais de trabalho; Registro de cancelamento de eventos públicos; Registro de limite de pessoas em reuniões/encontros presenciais; Registro de fechamento de transporte público; Registro de confinamento em casa à população; Registro de restrições de movimento entre cidades/regiões; Registro de restrições a viagens internacionais; Registro da presença de campanhas de informação pública; Registro de política do governo sobre quem tem acesso a testes; Registro da política de governo sobre o rastreamento de contatos após um diagnóstico positivo; Registro das políticas sobre o uso de coberturas faciais fora de casa; Registro de políticas de entrega de vacinas para diferentes grupos; Registro de políticas para proteção dos idosos em Casas de repouso</p>

<p>Índice de resposta do Governo</p> <p><i>Calcula as ações adotadas pelo governo, agregando as dimensões de: contenção e fechamento, suporte econômico, políticas do sistema de saúde</i></p>	<p>Registro de fechamento de escolas e universidades; Registro de fechamento de locais de trabalho; Registro de cancelamento de eventos públicos; Registro de limite de pessoas em reuniões/encontros presenciais; Registro de fechamento de transporte público; Registro de confinamento em casa à população; Registro de restrições de movimento entre cidades/regiões; Registro de restrições a viagens internacionais; Registro de pagamentos diretos pelo governo para pessoas que perdem seus empregos ou não podem trabalhar; Ofertas anunciadas de gastos de ajuda relacionados ao Covid-19 para outros países; Registro da presença de campanhas de informação pública; Registro de política do governo sobre quem tem acesso a testes; Registro da política de governo sobre o rastreamento de contatos após um diagnóstico positivo; Registro das políticas sobre o uso de coberturas faciais fora de casa; Registro de políticas de entrega de vacinas para diferentes grupos; Registro de políticas para proteção dos idosos em Casas de repouso</p>
--	--

Fonte: elaboração própria

Entende-se que as medidas de distanciamento social foram adotadas de forma heterogênea ao longo do Brasil e que tais medidas, quando adotadas, surtiram efeitos no controle da Covid-19. Portanto, o *Stringency index* foi utilizado também como uma das variáveis de controle (HALE *et al*, 2020). O Quadro 2 sumariza a estratégia empírica adotada pelo trabalho.

Quadro 2- Estratégia Empírica sumarizada

Variável Dependente	Mortalidade por Covid-19 por 100 mil habitantes
Variável Independente	Tipo de burocracia (comissionados e estatutários)
Hipótese	Quanto maior a proporção de burocratas concursados, menor a taxa de mortalidade por Covid-19 nos municípios brasileiros
Variáveis de controle	Transferências Federais; IDH do município; <i>Stringency index</i>
Fontes	Fiocruz; IBGE; FNS; Our World in Data

Técnicas	Estatística descritiva; Regressão linear; Regressão Tobit
Recorte Temporal	2020-2021
Unidade de análise	Municípios brasileiros (5.457 casos)

Fonte: Elaboração própria

Com relação a amostra do trabalho, foram selecionados 5.457 municípios brasileiros, quantitativo inferior ao total de municípios brasileiros, que corresponde a 5.570 ao todo. Os municípios não abarcados na amostra foram retirados por não apresentarem dados de comissionados e ou estatutários na base Munic-IBGE. Desse modo, os dados apresentam um percentual de aproximadamente 2,03% de casos ausentes. Com relação à base de dados das mortes por Covid-19, não foi encontrado dado faltante para qualquer município.

Os dados foram analisados através do RStudio, e a limpeza da base foi feita no *software*, com auxílio do Excel. Todos os documentos referentes à análise, bem como os *scripts* estão disponíveis em repositório no *Open Science Framework* (OSF), para fins de transparência e replicabilidade do trabalho (KING, 1995).

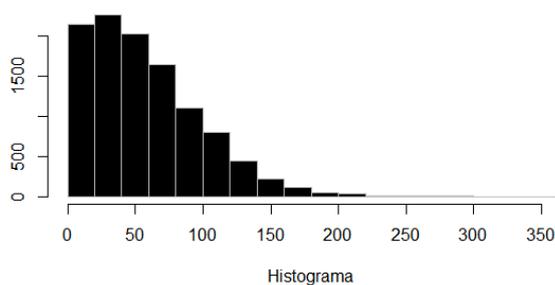
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira etapa de análise dos dados consistiu em uma estatística descritiva das variáveis dependente e independente, para verificar a frequência, desvio padrão, média e a presença de possíveis *outliers*. Adicionalmente foi feito um gráfico de histograma para visualizar a distribuição das variáveis. Os dados de quantidade de mortes por Covid-19 foram coletados através do portal do Datasus e, depois, foi feito o cálculo para obter a taxa por cem mil habitantes. Com relação ao tipo de burocracia, são oriundos do IBGE, presentes na pesquisa de perfil dos municípios brasileiros, que traz dados da quantidade de burocratas comissionados e estatutários da administração direta. Posteriormente, foi feito o cálculo para obter o quantitativo por cem mil habitantes. A partir desses dados, foi feita uma análise de estatística descritiva para observar o mínimo, máximo, a média e o desvio padrão. A Tabela 1 e o Gráfico 3 indicam os resultados encontrados.

Tabela 1- Estatística descritiva das variáveis dependente e independente

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Quantidade de mortes/100 mil habitantes	0	350,70	50,13	43,30	5457
Comissionados/100 mil hab.	0	18040	3119	1758,07	5457
Estatutários/100 mil hab.	0	12273,2	586,1	668,98	5457

Fonte: Elaboração própria a partir do RStudio

Gráfico 3- Taxa de óbitos por covid a cada 100 mil habitantes

Fonte: Elaboração própria a partir do RStudio (2022)

A partir da visualização do Gráfico 3, observa-se que a variável dependente está censurada para a esquerda, uma vez que a população inicia a partir do 0, como pode-se perceber nos resultados da Tabela 1, assim como há casos próximos de 0 na amostra. Esse resultado pode ferir um dos pressupostos de aplicação do modelo de regressão linear e impossibilitar a sua utilização (FIGUEIREDO FILHO *et al*, 2011). Além disso, os dados de mortalidade podem apresentar números decimais, resultante do quociente entre a quantidade de óbitos e a população do município. Assim, não é possível a utilização de modelos de contagem, aplicada apenas para dados de número inteiros. A censura à esquerda da variável dependente parece ferir o pressuposto de heterocedasticidade e erros não normais do modelo de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). Nesse sentido, visando uma maior confiabilidade dos resultados e abarcar a natureza da distribuição da variável dependente, é feita uma análise de regressão MQO e, posteriormente, a Regressão Tobit. A Tabela 2 indica os resultados da regressão linear.

Tabela 2- Regressão MQO

Comissionados/hab	-0,003 (-0,003; -0,002)
Estatutários/hab	0,005 (0,003; 0,006)

IDHm	96,084 (84,404; 107,765)
Transferências	-0,000 (-0,000; 0,000)
Índice de Rigoriedade	0,983 (0,685; 1,280)
Índice de Rigoriedade (legado)	-1,579 (-1,978; -1,180)
Índice de Resposta do Governo	7,415 (6,171; 8,658)
Índice de contenção e saúde	-5,901 (-6,954; -4,848)
Constante	-25,802 (-46,127; -5,477)
Observações	10900
R²	0,053
R² ajustado	0,052
Erro Residual	42,154 (df = 10891)
F	76,110 (df = 8; 10891)

Fonte: Elaboração própria a partir do RStudio (2022)

A partir da leitura da Tabela 2, pode-se observar que o p-valor é significativo para a variável de burocratas comissionados, estatutários e de transferências federais. Chama atenção o p-valor não ter sido significativo para as variáveis de controle das medidas de distanciamento social, como também para o IDHm. Além disso, o efeito pequeno observado nas variáveis pode ser explicado por ser um efeito cumulativo, e não um efeito sozinho. Em outras palavras, é provável que a redução de mortes por Covid-19 seja fruto de um conjunto de políticas, envolvendo medidas de distanciamento social, suporte econômico, investimento em saúde, profissionalização da burocracia e outros fatores.

O R² ajustado é de 5%, o que indica que o modelo explica 5% da variação. Em outras palavras, as variáveis independentes do modelo conseguem explicar 5% da variação da variável dependente, que é a taxa de óbitos. Portanto, não se pode descartar a hipótese nula neste modelo. No entanto, os resultados seguem na direção esperada, indicando que burocracias por

indicação tem efeito negativo nas mortes pela Covid-19, reforçando o argumento de que burocracias estatutárias tem melhor desempenho na taxa de mortalidade nos municípios brasileiros.

5.1 REGRESSÃO TOBIT

Uma das técnicas que podem ser aplicadas em casos de variável dependente com censura à esquerda é a Regressão Tobit. O modelo é ideal para variáveis limitadas, isto é, variáveis com censura em parte dos dados. Nesse sentido, a técnica é ideal para ser utilizada em casos nos quais as variáveis não assumem alguns valores (TOBIN, 1958).

Portanto, no segundo modelo, é feita uma regressão Tobit com as mesmas variáveis, para estimar a relação entre as variáveis e comparar com o resultado da regressão linear. Ao todo, foram observados 1062 casos com censura à esquerda. Os resultados foram semelhantes aos da regressão MQO, com p-valor significativo para as variáveis de: burocratas comissionados, estatutários e transferências federais.

Tabela 3- Regressão Tobit

Comissionados/hab	-0,004 (-Inf.000, Inf.000)
Estatutários/hab	0,004 (-Inf.000, Inf.000)
Transferências	-0,000 (-Inf.000, Inf.000)
IDHm	96,085 (-Inf.000, Inf.000)
Índice de Rigoriedade	0,989 (-Inf.000, Inf.000)
Índice de Rigoriedade (legado)	-1,573 (-Inf.000, Inf.000)
Índice de Resposta do Governo	7,421 (-Inf.000, Inf.000)
Índice de contenção e saúde	-5,897 (-Inf.000, Inf.000)

logSigma	3,825 (-Inf.000, Inf.000)
Constante	-25,802 (-Inf.000, Inf.000)
Observações	10900
Log Likelihood	-52774,040
Akaike Inf. Crit.	105568,1
Bayesian Inf. Crit.	105641

Fonte: Elaboração própria a partir do RStudio (2022)

A partir da leitura da Tabela 3, é notável que, apesar da distribuição da variável dependente, não houve diferença significativa nos resultados do modelo Tobit em relação a regressão MQO. Apesar disso, a utilização dos dois modelos traz robustez aos resultados obtidos a respeito do grau de associação entre mortes por Covid-19 e profissionalização da burocracia.

Para visualizar a magnitude dos coeficientes obtidos no modelo de regressão Tobit, é feita para identificar os efeitos marginais das estimativas, como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 4- Efeitos marginais da Regressão Tobit

Variáveis	Efeito marginal
Comissionados/hab	-3,19
Estatutários/hab	3,45
Transferências per capita	-1,60
IDHM	8,50
Índice de rigorosidade	8,75
Índice de rigorosidade (legado)	-1,39
Índice de resposta do Governo	6,57
Índice de contenção e saúde	-5,22

Fonte: Elaboração própria a partir do RStudio (2022)

Assim, é possível visualizar que o aumento em uma unidade na média da taxa de cargos comissionados reduz em -3,19 as mortes por Covid-19. Com os cargos estatutários, os municípios com mais cargos desse tipo tiveram um aumento em 3,45 nas mortes por coronavírus. Esse resultado contraria a expectativa teórica de que a burocratas por indicação teriam desempenho inferior em reduzir as mortes por Covid-19. Dessa forma, esse achado diverge dos resultados encontrados relacionando profissionalização da burocracia com maior capacidade de implementação de políticas, inclusive em contextos de crise (MARENCO *et al*, 2017; LEWIS, 2007).

Nas variáveis de controle, elevar em uma unidade na média das transferências per capita reduz em -1,60 as mortes por Covid-19. O IDHm, por sua vez, aumenta em 8,50 as mortes por Covid-19. Nos índices de controle da pandemia, apenas o Índice de rigorosidade (legado) e de contenção e saúde tiveram sinal negativo, indicando que elevar esse índice reduz as mortalidades em -1,39 para o Índice de Rigorosidade e -5,22 no Índice de contenção e saúde. Chama atenção os diferentes resultados encontrados com a metodologia antiga e nova do Índice de Rigorosidade, indicando que pode ser útil ter os dois nesse e em outros modelos.

6. CONCLUSÕES E DISCUSSÃO

O presente trabalho buscou observar a relação entre profissionalização da burocracia e mortes por Covid-19 no Brasil. Aqui, entendeu-se a profissionalização da burocracia do ponto de vista meritocrático, isto é, quanto mais burocratas estatutários, mais profissional a burocracia é. Assim, foi testada a hipótese de que quanto mais profissionais estatutários, menor a taxa de mortes por coronavírus.

Para testar a hipótese de trabalho, foram rodados dois modelos de regressão, uma regressão linear e uma regressão Tobit. O resultado da regressão linear mostrou que 5% de variação das mortes por Covid-19 pode ser explicada a partir da profissionalização da burocracia. O p-valor foi significativo para comissionados, estatutários e para a variável de controle de transferências federais. No modelo Tobit o p-valor foi significativo para os dois modelos. Além disso, a regressão mostrou efeito negativo para a variável de burocracia comissionada e a burocracia estatutária apresentou efeito positivo. Conclui-se que a utilização da técnica de Tobit não trouxe ganhos significativos para o trabalho.

Este trabalho apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o modelo de regressão não incorporou alguma variável relacionada a alinhamento político do executivo municipal com o governo federal. Além disso, também não foi inserida alguma variável relativa à vacinação por Covid-19 nos municípios brasileiros. Entende-se a relevância que a imunização em massa teve na redução das mortes durante o período analisado, mas ocorreram dificuldades de acesso a esses dados, sobretudo aos dados cumulativos, os quais chegaram a ser retirados do ar pelo Governo durante a execução do trabalho, impossibilitando a coleta. Portanto, proponho como agenda de pesquisa futura a análise também desses fatores.

Uma contribuição trazida é a disponibilização dos scripts utilizados para garantir não apenas a transparência, mas também que eles possam ser utilizados para outras análises. Além disso, o banco de dados utilizado pode ser útil para trabalhos futuros.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração pública*, 54(4):663-677, Rio de Janeiro, 2020.
- ABRUCIO, F. L. Reforma do Estado no Federalismo Brasileiro: A Situação das Administrações Públicas Estaduais. *RAP. Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro/RJ, v. 39, n. 2, p. 401-420, 2005.
- ABRUCIO, F. L.. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *RAP. Revista Brasileira de Administração Pública*, v. 1, p. 77-87, 2007.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, v. 18, p. 17-26, 2004.
- ARRETCHE, M. O mito da descentralização: maior democratização e eficiência das políticas públicas. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.
- ARUSKA, A. *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil. *Nature human behaviour*, v. 4, n. 8, p. 856-865, 2020.
- BEATRIZ, R. Medo, restrições, duas ondas e colapso: um ano de pandemia do coronavírus no Amazonas. G1, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/03/13/medo-restricoes-duas-ondas-e-colapso-um-ano-de-pandemia-do-coronavirus-no-amazonas.ghtml>
- BRASIL. Fundo Nacional de Saúde. Painéis de informações, 2000. Disponível em: <https://portalfn.saude.gov.br/>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Galeria dos ministros. Biblioteca Virtual em Saúde, 2022. disponível em <https://bvsm.saude.gov.br/galeria-dos-ministros/>
- BRASIL. Painel Coronavírus. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- BREWER, G. D. The policy sciences emerge: To nurture and structure a discipline. *Policy Sciences*, p. 239-244, 1974.
- CAVALCANTE, P. L. et al. O desempenho dos burocratas de médio escalão: determinantes do relacionamento e das suas atividades. *Cadernos EBAPE. BR*, v. 16, p. 14-34, 2018.
- CAVALCANTE, P.; LOTTA, G. Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação. 2015.
- CF. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- DATASUS. Informações de saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
- DINCECCO, M.; KATZ, G. State capacity and long-run economic performance. *The Economic Journal*, v. 126, n. 590, p. 189-218, 2016.
- DYE, R. *Understanding Public Policy*. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs NJ, v. 732, 1972.
- ELAZAR, Daniel. *Exploring federalism*. Alabama: University of Alabama Press, 1987.
- EVANS, P.; RAUCH, J. Bureaucracy and growth: a cross-national analysis of the effects of “weberian” state structures on economic growth. *American Sociological Review*, v. 64, n. 5, p. 748-765, 1999
- EVANS, P.; RAUCH, J. Bureaucracy and growth: a cross-national analysis of the effects of “weberian” state structures on economic growth. *American Sociological Review*, v. 64, n. 5, p. 748-765, 1999.
- EXTRACLASSE. Artigo científico quantifica a influência bolsonarista nas mortes por covid-19. *Extraclasse*, 2022. Disponível em: <https://www.extraclasse.org.br/saude/2022/03/artigo-cientifico-quantifica-a-influencia-bolsonarista-nas-mortes-por-covid-19/>

- FARAH, M. F. S. Abordagens teóricas no campo de política pública no Brasil e no exterior: do fato à complexidade. *Revista do Serviço Público*, v. 69, p. 53-84, 2018.
- FIGUEIREDO FILHO, D. et al. O que fazer e o que não fazer com a regressão: pressupostos e aplicações do modelo linear de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). *Revista Política Hoje*, v. 20, n. 1, 2011.
- FIOCRUZ. Monitora Covid-19. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/> Acesso em 22 ago 2022.
- FUKUYAMA, F. What is Governance? *Governance*, v. 26, n. 3, p. 347-368, 2013.
- G1. 'Lockdown' na Grande São Luís começa nesta terça: saiba o que funciona durante bloqueio para conter a pandemia do coronavírus. Disponível em: <https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2020/05/05/lockdown-na-grande-sao-luis-comecanesta-terca-saiba-o-que-funciona-durante-bloqueio-para-conter-a-pandemia-do-coronaviru.ghtml>
- GEDDES, B. *Politician's dilemma: building state capacity in Latin America*. Univ of California Press, 1994.
- GIBSON, C. 2017. The Consequences of Movement Office-Holding for Health Policy Implementation and Social Development in Urban Brazil. *Social Forces* 96, 2: 751–78.
- GIRAUDY, A.; PRIBBLE, J. Territorial inequality in health service delivery: Lessons from Latin America's Federations. *Latin American Politics and Society*, v. 62, n. 3, p. 19-43, 2020.
- HARBERS, I.; STEELE, A. Subnational Variation Across States: A Typology and Research Agenda. *Latin American Politics and Society*, v. 62, n. 3, p. 1-18, 2020.
- HALE, T. *et al.* Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government. Data use policy: Creative Commons Attribution CC BY standard, 2020.
- HUNTINGTON, S. *The Third Wave: Democratization in the Late Twentieth Century*. University of Oklahoma Press, 1991.
- ITO, N. C. *et al.* O surto da COVID-19 e as respostas da administração municipal: munificência de recursos, vulnerabilidade social e eficácia de ações públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 54, p. 782-838, 2020.
- JAHN, Detlef. Politics and corona lockdown regulations in 35 highly advanced democracies: The first wave. **International Political Science Review**, p. 01925121221078147, 2022.]
- JENKINS, W. I.. *Policy analysis: A political and organisational perspective*. Wiley-Blackwell, 1978.
- JENKINS-SMITH, H. C.; SABATIER, P. A. The study of public policy processes. *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*, p. 1-9, 1993.
- JULIANO, M. C. *et al.* Capacidade Local Em Políticas De Saúde: Uma Análise Dos Municípios Brasileiros. *POLITICA HOJE (UFPE. IMPRESSO)*, v. 28, p. 39, 2019.
- KING, G. Replication, replication. *PS: Political Science & Politics*, v. 28, n. 3, p. 444-452, 1995.
- LASSWELL, H. D. *A Pre-View of Policy Sciences*. New York: American Elsevier.
- LEWIS, D. E. Testing Pendleton's Premise: Do Political Appointees Make Worse Bureaucrats?. *The Journal of Politics*, v. 69, n. 4, p. 1073-1088, 2007.
- LIJPHART, A. et al. *Modelos de democracia*. Planeta, 2003.
- LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de sociologia e política*, v. 21, p. 101-110, 2013.
- LIPSKY, M. *Street level bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation, New York, 1980.
- LIPSKY, M. Street-level bureaucracy and the analysis of urban reform. *Urban affairs quarterly*, v. 6, n. 4, p. 391-409, 1971.

- LOTTA, G. S.; MARQUES, E. C. How social networks affect policy implementation: Na analysis of street-level bureaucrats' performance regarding a health policy. *Social Policy & Administration*, v. 54, n. 3, p. 345-360, 2019.
- LOTTA, G.; SANTIAGO, A. Autonomia e discricionariedade: matizando conceitos-chave para o estado de burocracia. *BIB-Revista Brasileira de Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais*, n. 83, p. 21-42, 2017.
- MARENCO, A. Burocracias profissionais ampliam capacidade estatal para implementar políticas? Governos, burocratas e legislação em municípios brasileiros. *Dados*, v. 60, p. 1025-1058, 2017.
- MAZMANIAN, D. A.; SABATIER, P. A. *Implementation and public policy*. Scott Foresman, 1983.
- MIGDAL, J. S. *Strong societies and weak states: state-society relations and state capabilities in the Third World*. Princeton University Press, 1988.
- MUNIC - IBGE. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=destaques>
- NOVATO, V. O. L. et al. O burocrata de médio escalão na implementação de políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 54, p. 416-432, 2020.
- OWID. Our World In Data. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/>>. Acesso em 22 ago 2022
- PIRES & GOMIDE. *Capacidades Estatais e Democracia: Arranjos Institucionais de Políticas Públicas*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2014.
- PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. B. *How great expectations in Washington are dashed in Oakland*. University of California: Berkeley, LA, USA, 1973.
- PÜLZL, H.; TREIB, O. Chapter seven: Implementing Public Policy. *Handbook of public policy analysis*, p. 89, 2006.
- SABATIER et al. Understanding and influencing the policy process. *Policy sciences*, v. 45, n.1, p. 1-21, 2012
- SERIKBAYEVA, B. *et al.* State capacity in responding to COVID-19. *International Journal of Public Administration*, v. 44, n. 11 12, p. 920-930, 2021.
- SILVA, G. A. B. *et al.* Capacidade do sistema de saúde nos municípios do Rio de Janeiro: infraestrutura para enfrentar a COVID-19. *Revista de Administração Pública*, v. 54, p. 578-594, 2020.
- SIMMONS, R. H. *et al.* Policy Flow Analysis: A conceptual Model for Comparative Public Policy Research. *Western Political Quarterly* 27, 3: 457-468.
- SKOCPOL, T. Bringing the State back in: strategies of analysis in current research. In PETER E.; RUESCHEMEYER D.; SKOCPOL, T. *Bringing the State back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- TEORELL, J.; LINDVALL, J. *State capacity as power: a conceptual framework*. Department of Political Science, Lund University, 2016.
- TOBIN, J. Estimation of relationships for limited dependent variables. *Econometrica: journal of the Econometric Society*, p. 24-36, 1958.
- WEBER, M. *Economia e Sociedade*, 2 v. Brasília: UnB, 1999.
- WEISHEIMER, V. P. Utilização de modelo Markoviano para estimar impacto da vacinação de COVID-19 através do indicador QALY. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia de Produção) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Londrina, 2021.

8. APÊNDICE A- STRINGENCY INDEX DE OXFORD

Políticas de contenção e fechamento	Nome	Descrição	Medição	Codificação
C1	C1E_School closing C1NV_School closing C1V_School closing C1M_School closing	Registro de fechamento de escolas e universidades	Escala ordinal	0 - nenhuma medida 1 - fechamento recomendado ou que todas as escolas abrissem com alterações que resultaram em diferenças significativas em relação às operações normais 2 - fechamento de somente alguns níveis ou categorias exigido, por exemplo, apenas ensino médio ou apenas escolas públicas 3 - fechamento de todos os níveis exigido Em branco - sem dados
	C1E_Flag C1NV_Flag C1V_Flag C1M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
C2	C2E_Workplace closing C2NV_Workplace closing C2V_Workplace closing C2M_Workplace closing	Registro de fechamento de locais de trabalho	Escala ordinal	0 - sem medidas 1 - fechamento recomendado (ou trabalho em casa recomendado) ou todos os negócios abertos com alterações que resultem em diferenças significativas em relação à operação normal 2 - fechamento exigido (ou trabalhar em casa) para alguns setores ou categorias de trabalhadores 3 - fechamento exigido (ou trabalhar em casa) para locais de trabalho essenciais (por exemplo, supermercados, médicos)

				Em branco - sem dados
	C2E_Flag C2NV_Flag C2V_Flag C2M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
C3	C3E_Cancel public events C3NV_Cancel public events C3V_Cancel public events C3M_Cancel public events	Registro de cancelamento de eventos públicos	Escala ordinal	0 - sem medidas 1 - cancelamento recomendado 2 - cancelamento requerido Em branco - sem dados
	C3E_Flag C3NV_Flag C3V_Flag C3M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
C4	C4E_Restrictions on gatherings C4NV_Restrictions on gatherings C4V_Restrictions on gatherings C4M_Restrictions on gatherings	Registro de limites de pessoas em reuniões/encontros presenciais	Escala ordinal	0 - sem restrições 1 - restrições para aglomerações muito grandes (limite acima de 1000 pessoas) 2 - restrições para aglomerações entre 101-1000 pessoas 3 - restrições para aglomerações entre 11-100 pessoas 4 - restrições para aglomerações de 10 pessoas ou menos Em branco - sem dados
	C4E_Flag C4NV_Flag C4V_Flag C4M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
C5	C5E_Close public transport C5NV_Close public transport C5V_Close public transport C5M_Close public transport	Registro de fechamento de transporte público	Escala ordinal	0 - nenhuma medida 1 - fechamento recomendado (ou redução significativa do volume/rota/meio de transporte disponível) 2 - fechamento exigido (ou proibição da maioria dos cidadãos de usá-lo) Em branco - sem dados
	C5E_Flag C5NV_Flag C5V_Flag C5M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
C6	C6E_Stay at home requirements C6NV_Stay at home requirements C6V_Stay at home	Registro de confinamento em casa à população	Escala ordinal	0 - sem medidas 1 - recomendação de não sair de casa 2 - exigência de não sair de casa com

	requirements C6M_Stay at home requirements			exceções para exercícios diários, compras de supermercado e viagens "essenciais" 3 - exigência de não sair de casa com exceções mínimas (por exemplo, permissão para sair uma vez por semana ou apenas uma pessoa pode sair de cada vez, etc) Em branco - sem dados
	C6E_Flag C6NV_Flag C6V_Flag C6M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
C7	C7E_Restrictions on internal movement C7NV_Restrictions on internal movement C7V_Restrictions on internal movement C7M_Restrictions on internal movement	Registro de restrições de movimento entre cidades/regiões	Escala ordinal	0 - sem medidas 1 - recomendado não viajar entre regiões/cidades 2 - restrições de movimento em vigor Em branco - sem dados
	C7E_Flag C7NV_Flag C7V_Flag C7M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
C8	C8E_International travel controls C8NV_International travel controls C8EV_International travel controls	Registro de restrições a viagens internacionais Nota: esta política é para viajantes estrangeiros, não cidadãos	Escala ordinal	0 - sem restrições 1 - triagem de chegadas 2 - quarentena de chegadas de algumas ou de todas as regiões 3 - proibição de chegadas de algumas regiões 4 - proibição de todas as regiões ou fechamento total das fronteiras Em branco - sem dados
Políticas econômicas				
	Nome	Descrição	Medição	Codificação
E1	E1_Income support (para famílias) *sem políticas diferenciadas relatadas neste indicador	Registro de se o governo está fornecendo pagamentos diretos em dinheiro para pessoas que perdem seus empregos ou não podem trabalhar. Nota: inclui apenas	Escala ordinal	0 - nenhum apoio à renda 1 - o governo está substituindo menos de 50% do salário perdido (ou se for uma soma fixa, é inferior a 50% do salário médio) 2 - o governo está

		pagamentos a empresas se explicitamente vinculados a folha de pagamento/salários		substituindo 50% ou mais do salário perdido (ou se um salário fixo soma, é superior a 50% do salário médio) Em branco - sem dados
	E1_Flag		Variável binária para escopo setorial	0 - apenas trabalhadores do setor formal ou apenas trabalhadores do setor informal 1 - todos os trabalhadores
E2	E2_Debt/contract relief (para famílias) *sem políticas diferenciadas relatadas neste indicador	Registro de se o governo está congelando as obrigações financeiras para as famílias (por exemplo, interrompendo o pagamento de empréstimos, impedindo a interrupção de serviços como água ou proibindo despejos)	Escala ordinal	0 - sem alívio da dívida/contrato 1 - alívio restrito, específico para um tipo de contrato 2 - alívio amplo da dívida/contrato
E3	E3_Fiscal measures *nenhuma política diferenciada reportada neste indicador	Gastos de estímulo econômico anunciados Nota: apenas valor recorde adicional aos gastos anunciados anteriormente	USD	Registro do valor monetário em USD de estímulos fiscais, inclui quaisquer gastos ou cortes de impostos NÃO incluídos em E4, H4 ou H5 0 - sem novos gastos naquele dia Em branco - sem dados
E4	E4_International support *nenhuma política diferenciada reportada neste indicador	Ofertas anunciadas de gastos de ajuda relacionados ao Covid-19 para outros países Nota: apenas valor recorde adicional aos gastos anunciados anteriormente	USD	Registro do o valor monetário em USD 0 - sem novos gastos naquele dia Em branco - sem dados
Políticas de contenção e saúde				
	Nome	Descrição	Medição	Codificação
H1	H1_Public information campaigns *nenhuma política diferenciada reportada neste indicador	Registro da presença de campanhas de informação pública	Escala ordinal	0 - nenhuma campanha pública de sobre a Covid-19 1 - funcionários públicos pedindo cautela sobre a Covid-19

				2 - campanha pública de informação coordenada (por exemplo, nas mídias tradicionais e sociais) Em branco - sem dados
	H1_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
H2	H2_Testing policy *nenhuma política diferenciada reportada neste indicador	Registro de política do governo sobre quem tem acesso a testes Nota: isso registra as políticas sobre testes para infecção atual (testes PCR) e não testes para imunidade (teste de anticorpos)	Escala ordinal	0 - nenhuma política de teste 1 - apenas aqueles que (a) apresentavam sintomas E (b) atendiam a critérios específicos (por exemplo, trabalhadores essenciais, pacientes internados, esteve em contato com um caso conhecido, retornaram do exterior) 2 - testes de qualquer pessoa com sintomas da Covid-19 3 - teste público aberto (por exemplo, teste "drive through" disponível para pessoas assintomáticas) Em branco - sem dados
H3	H3_Contact tracing *nenhuma política diferenciada reportada neste indicador	Registro da política de governo sobre o rastreamento de contatos após um diagnóstico positivo Observação: estamos procurando políticas que identifiquem todas as pessoas potencialmente expostas ao Covid-19; é improvável que aplicativos bluetooth voluntários consigam isso	Escala ordinal	0 - sem rastreamento de contato 1 - rastreamento de contato limitado; não feito para todos os casos 2 - rastreamento abrangente de contatos; feito para todos os casos identificados
H4	H4_Emergency investment in healthcare*nenhuma política diferenciada reportada neste indicador	Anunciamiento de gastos de curto prazo no sistema de saúde, por exemplo, hospitais, máscaras, etc. Nota: registro apenas de valor adicional aos	USD	Registro do valor monetário em USD 0 - sem novos gastos naquele dia Em branco - sem dados

		gastos anunciados anteriormente		
H5	H5_Investment in vaccines *nenhuma política diferenciada reportada neste indicador	Gastos públicos anunciados no desenvolvimento da vacina Covid-19 Nota: registro apenas do valor adicional aos gastos anunciados anteriormente	USD	Registro do valor monetário em USD 0 - sem novos gastos naquele dia Em branco - sem dados
H6	H6E_Facial coverings H6NV_Facial coverings H6V_Facial coverings H6M_Facial coverings	Registro das políticas sobre o uso de coberturas faciais fora de casa	Escala ordinal	0 - Nenhuma política 1 - Recomendado 2 - Obrigatório em alguns espaços compartilhados/públicos fora de casa com outras pessoas presentes, ou algumas situações em que o distanciamento social não é possível 3 - Obrigatório em todos os espaços compartilhados/públicos fora de casa com outras pessoas presentes ou todas as situações em que o distanciamento social não é possível 4 - Obrigatório fora de casa em todos os momentos, independentemente da localização ou presença de outras pessoas
	H6E_Flag H6NV_Flag H6V_Flag H6M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados
H7	H7_Vaccination policy *nenhuma política diferenciada reportada neste indicador	Registro de políticas de entrega de vacinas para diferentes grupos	Escala ordinal	0 - Sem disponibilidade 1 - Disponibilidade para UM dos seguintes: trabalhadores essenciais/grupos clinicamente vulneráveis (não idosos)/grupos de idosos 2 - Disponibilidade para DOIS dos seguintes: trabalhadores essenciais/grupos clinicamente vulneráveis (não

				idosos)/grupos de idosos 3 - Disponibilidade para TODOS os seguintes: trabalhadores essenciais/grupos clinicamente vulneráveis (não idosos)/grupos de idosos 4 - Disponibilidade para todos os três mais disponibilidade adicional parcial (selecção de grupos amplos/idades) 5 - Disponibilidade universal
	H7_Flag		Variável binária para custo	0 - A custo do indivíduo (ou financiado por ONG, seguro ou parcialmente financiado pelo governo) 1 - Nenhum ou custo mínimo para o indivíduo (financiado ou subsidiado pelo governo) Em branco - sem dados
H8	H8E_Protection of elderly people H8NV_Protection of elderly people H8V_Protection of elderly people H8M_Protection of elderly people	Registro de políticas para proteção dos idosos (conforme definido localmente) em Casas de repouso e/ou na comunidade e no ambiente doméstico	Escala ordinal	0 - sem medidas 1 - Recomendação de medidas de isolamento, higiene e restrição de visitantes em casas de repouso e/ou recomendação para idosos ficarem em casa 3 - Restrições amplas de isolamento e higiene nas casas de repouso, todos os visitantes externos não essenciais proibidos e/ou todos os idosos obrigados a ficar em casa e não sair de casa com exceções mínimas, e não receber visitantes externos Em branco - sem dados
	H8E_Flag H8NV_Flag H8V_Flag H8M_Flag		Variável binária para escopo geográfico	0 - segmentado 1 - geral Em branco - sem dados

<p>A maioria dos dados sob nossos indicadores de vacinas são registrados diretamente pelos coletores de dados da OxCGRT. Essas variáveis são:</p>				
Políticas de vacinação	Nome	Descrição	Medição	Codificação
V1	<p>Priorização de vacinas</p> <p>V1_0-4 yrs Infants</p> <p>V1_5-15 yrs Young people</p> <p>V1_General 16-19 yrs</p> <p>V1_General 20-24 yrs</p> <p>V1_General 25-29 yrs</p> <p>V1_General 30-34 yrs</p> <p>V1_General 35-39 yrs</p> <p>V1_General 40-44 yrs</p> <p>V1_General 45-49 yrs</p> <p>V1_General 50-54 yrs</p> <p>V1_General 55-59 yrs</p> <p>V1_General 60-64 yrs</p> <p>V1_General 65-69 yrs</p> <p>V1_General 70-74 yrs</p> <p>V1_General 75-79 yrs</p> <p>V1_General 80+ yrs</p> <p>V1_At Risk 16-19 yrs</p> <p>V1_At Risk 20-24 yrs</p> <p>V1_At Risk 25-29 yrs</p> <p>V1_At Risk 30-34 yrs</p> <p>V1_At Risk 35-39 yrs</p> <p>V1_At Risk 40-44 yrs</p> <p>V1_At Risk 45-49 yrs</p> <p>V1_At Risk 50-54 yrs</p> <p>V1_At Risk 55-59 yrs</p> <p>V1_At Risk 60-64 yrs</p> <p>V1_At Risk 65-69 yrs</p> <p>V1_At Risk 70-74 yrs</p> <p>V1_At Risk 75-79 yrs</p> <p>V1_At Risk 80+ yrs</p> <p>V1_Airport/Border/Airline Staff</p> <p>V1_Clinically vulnerable/chronic illness/significant underlying health condition (excluding elderly and disabled)</p> <p>V1_Crowded/communal living conditions</p>	<p>Registro da posição classificada para diferentes grupos dentro de um plano de priorização de países</p>	<p>Ordem de classificação</p>	<p>Em branco – categoria não selecionada para priorização</p> <p>1, 2, 3, 4... – categoria foi selecionada para priorização; número representa o grau de priorização; categorias com a mesma classificação compartilharão o mesmo número</p>

	<p>(dormitories for migrant workers, temporary accommodations)</p> <p>V1_Disabled People</p> <p>V1_Educators</p> <p>V1_Ethnic minorities</p> <p>V1_Factory workers</p> <p>V1_Frontline/essential workers (when subcategories not specified)</p> <p>V1_Frontline retail workers</p> <p>V1_Healthcare workers/carers (excluding care home staff)</p> <p>V1_Military</p> <p>V1_Other 'high contact' professions/groups (taxi drivers, security guards)</p> <p>V1_People living with a vulnerable/shielding person or other priority group</p> <p>V1_Police/ first responders</p> <p>V1_Pregnant people</p> <p>V1_Primary and secondary school students</p> <p>V1_Religious/Spiritual Leaders</p> <p>V1_Residents in an elderly care home</p> <p>V1_Staff working in an elderly care home</p> <p>V1_Tertiary education students</p> <p>V1_Refugees/migrants</p> <p>V1_Government Officials</p>			
V2	<p>Elegibilidade/disponibilidade da vacina</p> <p>V2_0-4 yrs Infants</p> <p>V2_5-15 yrs Young people</p> <p>V2_General 16-19 yrs</p> <p>V2_General 20-24 yrs</p> <p>V2_General 25-29 yrs</p> <p>V2_General 30-34 yrs</p> <p>V2_General 35-39 yrs</p> <p>V2_General 40-44 yrs</p> <p>V2_General 45-49 yrs</p> <p>V2_General 50-54 yrs</p> <p>V2_General 55-59 yrs</p> <p>V2_General 60-64 yrs</p> <p>V2_General 65-69 yrs</p> <p>V2_General 70-74 yrs</p> <p>V2_General 75-79 yrs</p> <p>V2_General 80+ yrs</p> <p>V2_At Risk 16-19 yrs</p>	<p>Registre quais categorias de pessoas – independentemente de sua posição em um plano de distribuição priorizado – estão atualmente recebendo vacinas</p>	<p>Catégorico/binário</p>	<p>Em branco – sem dados</p> <p>0 - as vacinas não estão sendo disponibilizadas para esta categoria</p> <p>1 - as vacinas estão sendo disponibilizadas para esta categoria</p>

V2_At Risk 20-24 yrs
 V2_At Risk 25-29 yrs
 V2_At Risk 30-34 yrs
 V2_At Risk 35-39 yrs
 V2_At Risk 40-44 yrs
 V2_At Risk 45-49 yrs
 V2_At Risk 50-54 yrs
 V2_At Risk 55-59 yrs
 V2_At Risk 60-64 yrs
 V2_At Risk 65-69 yrs
 V2_At Risk 70-74 yrs
 V2_At Risk 75-79 yrs
 V2_At Risk 80+ yrs
 V2_Airport/Border/Airline Staff
 V2_Clinically
 vulnerable/chronic
 illness/significant
 underlying health
 condition (excluding
 elderly and disabled)
 V2_Crowded/communal
 living conditions
 (dormitories for migrant
 workers, temporary
 accommodations)
 V2_Disabled People
 V2_Educators
 V2_Ethnic minorities
 V2_Factory workers
 V2_Frontline/essential
 workers (when
 subcategories not
 specified)
 V2_Frontline retail
 workers
 V2_Healthcare
 workers/carers (excluding
 care home staff)
 V2_Military
 V2_Other 'high contact'
 professions/groups (taxi
 drivers, security guards)
 V2_People living with a
 vulnerable/shielding
 person or other priority
 group
 V2_Police/ first
 responders
 V2_Pregnant people
 V2_Primary and
 secondary school students
 V2_Religious/Spiritual
 Leaders
 V2_Residents in an
 elderly care home
 V2_Staff working in an
 elderly care home
 V2_Tertiary education
 students

V2 Refugees/migrants V2 Government Officials				
V3	Apoio financeiro da vacina	Registre como as vacinas são financiadas para cada categoria de pessoas identificadas em V2 como atualmente recebendo vacinas.	Escala ordinal	Em branco - sem dados
	V3_0-4 yrs Infants			1 - custo total arcado pelo indivíduo (ou através de seguro de saúde privado) ou sem apólice
	V3_5-15 yrs Young people			2 - parcialmente financiado pelo governo e o indivíduo paga taxa nominal
	V3_General 16-19 yrs			3 - totalmente coberto por financiamento do governo, GRATUITO
	V3_General 20-24 yrs			
	V3_General 25-29 yrs			
	V3_General 30-34 yrs			
	V3_General 35-39 yrs			
	V3_General 40-44 yrs			
	V3_General 45-49 yrs			
	V3_General 50-54 yrs			
	V3_General 55-59 yrs			
	V3_General 60-64 yrs			
	V3_General 65-69 yrs			
	V3_General 70-74 yrs			
	V3_General 75-79 yrs			
	V3_General 80+ yrs			
	V3_At Risk 16-19 yrs			
	V3_At Risk 20-24 yrs			
	V3_At Risk 25-29 yrs			
	V3_At Risk 30-34 yrs			
	V3_At Risk 35-39 yrs			
	V3_At Risk 40-44 yrs			
	V3_At Risk 45-49 yrs			
	V3_At Risk 50-54 yrs			
	V3_At Risk 55-59 yrs			
	V3_At Risk 60-64 yrs			
	V3_At Risk 65-69 yrs			
	V3_At Risk 70-74 yrs			
	V3_At Risk 75-79 yrs			
	V3_At Risk 80+ yrs			
	V3_Airport/Border/Airline Staff			
	V3_Clinically vulnerable/chronic illness/significant underlying health condition (excluding elderly and disabled)			
	V3_Crowded/communal living conditions (dormitories for migrant workers, temporary accommodations)			
	V3_Disabled People			
	V3_Educators			
	V3_Ethnic minorities			
	V3_Factory workers			
	V3_Frontline/essential workers (when subcategories not specified)			
	V3_Frontline retail workers			
	V3_Healthcare			

	<p>workers/carers (excluding care home staff)</p> <p>V3_Military</p> <p>V3_Other 'high contact' professions/groups (taxi drivers, security guards)</p> <p>V3_People living with a vulnerable/shielding person or other priority group</p> <p>V3_Police/ first responders</p> <p>V3_Pregnant people</p> <p>V3_Primary and secondary school students</p> <p>V3_Religious/Spiritual Leaders</p> <p>V3_Residents in an elderly care home</p> <p>V3_Staff working in an elderly care home</p> <p>V3_Tertiary education students</p> <p>V3_Refugees/migrants</p> <p>V3_Government Officials</p>			
V4	<p>V4_Requisito/mandato da vacina</p> <p>V4_0-4 yrs Infants</p> <p>V4_5-15 yrs Young people</p> <p>V4_General 16-19 yrs</p> <p>VV4_General 20-24 yrs</p> <p>V4_General 25-29 yrs</p> <p>V4_General 30-34 yrs</p> <p>V4_General 35-39 yrs</p> <p>V4_General 40-44 yrs</p> <p>V4_General 45-49 yrs</p> <p>V4_General 50-54 yrs</p> <p>V4_General 55-59 yrs</p> <p>V4_General 60-64 yrs</p> <p>V4_General 65-69 yrs</p> <p>V4_General 70-74 yrs</p> <p>V4_General 75-79 yrs</p> <p>V4_General 80+ yrs</p> <p>V4_At Risk 16-19 yrs</p> <p>V4_At Risk 20-24 yrs</p> <p>V4_At Risk 25-29 yrs</p> <p>V4_At Risk 30-34 yrs</p> <p>V4_At Risk 35-39 yrs</p> <p>V4_At Risk 40-44 yrs</p> <p>VV4_At Risk 45-49 yrs</p> <p>V4_At Risk 50-54 yrs</p> <p>V4_At Risk 55-59 yrs</p> <p>V4_At Risk 60-64 yrs</p> <p>V4_At Risk 65-69 yrs</p> <p>V4_At Risk 70-74 yrs</p> <p>V4_At Risk 75-79 yrs</p> <p>V4_At Risk 80+ yrs</p> <p>V4_Airport/Border/Airlin</p>	Relata a existência de um requisito para ser vacinado	Binário	<p>Em branco - sem dados</p> <p>0 - sem necessidade de ser vacinado</p> <p>1 - necessidade de ser vacinado</p>

e Staff
 V4_Clinically
 vulnerable/chronic
 illness/significant
 underlying health
 condition (excluding
 elderly and disabled)
 V4_Crowded/communal
 living conditions
 (dormitories for migrant
 workers, temporary
 accommodations)
 V4_Disabled People
 V4_Educators
 V4_Ethnic minorities
 V4_Factory workers
 V4_Frontline/essential
 workers (when
 subcategories not
 specified)
 V4_Frontline retail
 workers
 V4_Healthcare
 workers/carers (excluding
 care home staff)
 V4_Military
 V4_Other 'high contact'
 professions/groups (taxi
 drivers, security guards)
 V4_People living with a
 vulnerable/shielding
 person or other priority
 group
 V4_Police/ first
 responders
 V4_Pregnant people
 V4_Primary and
 secondary school students
 V4_Religious/Spiritual
 Leaders
 V4_Residents in an
 elderly care home
 V4_Staff working in an
 elderly care home
 V4_Tertiary education
 students
 V4_Refugees/migrants
 V4_Government Officials

Indicadores de
 resumo
 adicionais são
 gerados
 automaticame
 nte pelo nosso
 banco de
 dados, com
 base nos dados
 inseridos para

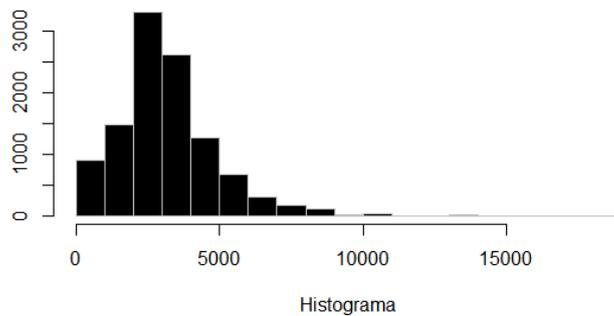
variáveis na tabela anterior:				
EU IRIA	Nome	Descrição	Medição	Codificação
V1	V1_Vaccine prioritisation (summary)	Relata a existência de um plano priorizado para lançamento de vacinas	Escala ordinal	Em branco – sem dados 0 - sem plano 1 – um plano priorizado está em vigor 2 – elegibilidade universal/geral; sem priorização entre grupos
V2A	V2_Vaccine eligibility/availability (summary)	Informa se alguma categoria de pessoas está recebendo vacinas	Escala ordinal	Em branco – sem dados 0 – nenhuma categoria está recebendo vacinas 1 – as vacinas estão disponíveis para algumas categorias 2 – as vacinas estão disponíveis para qualquer pessoa com idade superior a 16 anos 3 – as vacinas estão disponíveis para qualquer pessoa com idade superior a 16 anos MAIS uma ou ambas 5-15 anos e 0-4 anos
V2B	V2B_Vaccine age eligibility/availability age floor(General population summary)	Relata a faixa etária mais baixa da população geral sendo vacinada	Numérico	Em branco – sem dados 0 – nenhuma categoria está recebendo vacinas faixa numérica – Faixa etária mais baixa para a categoria 'Geral'
V2C	V2C_Vaccine age eligibility/availability age floor(At-risk population summary)	Relata a faixa etária mais baixa da população em risco sendo vacinada	Numérico	Em branco – sem dados 0 – nenhuma categoria está recebendo vacinas faixa numérica – Faixa etária mais baixa das categorias 'Geral' ou 'Em risco'
V2D	V2D_Medically/clinically vulnerable (Non-elderly)	Informa o número de categorias selecionadas do grupo temático: V2_At risk faixas etárias abaixo de 60 anos (uma ou mais selecionadas contam como 1 x categoria) V2 Clinically	Ordinal	Em branco – sem dados 0 – nenhuma categoria está recebendo vacinas 1 – 1 ou 2 categorias no grupo selecionado 2 – 3 ou mais categorias

		vulnerable/chronic illness/significant underlying health condition (excluding elderly and disabled) V2_Disabled people V2_Pregnant people V2_People living with a vulnerable/shielding person or other priority group		selecionadas ou todas V2_General 16-19 yearsaté o V2_General 80+ yearspresente
V2E	V2E_Education	Informa o número de categorias selecionadas do grupo temático: V2_Educators V2_Primary and secondary school students V2_Tertiary education students	Ordinal	Em branco – sem dados 0 – nenhuma categoria está recebendo vacinas 1 – 1 categoria no grupo selecionado 2 – 2 ou mais categorias selecionadas ou todas V2_General 16-19 yearsaté o V2_General 80+ yearspresente
V2F	V2F_Frontline workers (non healthcare)	Informa o número de categorias selecionadas do grupo temático: V2_Police/first responders V2_Airport/Border/Airline staff V2_Factory workers V2_Frontline retail workers V2_Military V2_Other high contact professions/groups (taxi drivers, security guards) V2_Frontline/essential workers (when subcategories not specified)(aciona um automático 2)	Ordinal	Em branco – sem dados 0 – nenhuma categoria está recebendo vacinas 1 – 1 ou 2 categorias no grupo selecionado 2 – 3 ou mais categorias selecionadas ou todas V2_General 16-19 yearsaté o V2_General 80+ yearspresente
V2G	V2F_Frontline workers (healthcare)	Informa o número de categorias selecionadas do grupo temático: V2_Staff working in an elderly care home V2_Healthcare workers/carers (excluding care home staff)	Ordinal	Em branco – sem dados 0 – nenhuma categoria está recebendo vacinas 1 – 1 categoria no grupo selecionado 2 - 2 categorias selecionadas ou todas V2_General 16-19 yearsaté o V2_General 80+ yearspresente
V3	V3_Vaccine financial support (summary)	Relata a abordagem geral adotada para o	Escala ordinal	Em branco - sem dados

		financiamento de vacinas – seja pago pelo indivíduo ou pelo governo		<p>0 - sem disponibilidade</p> <p>1 - custo total para o indivíduo para todas as categorias identificadas em V2</p> <p>2 - custo total para o indivíduo para algumas categorias identificadas em V2, algum subsídio para outras categorias</p> <p>3 - financiamento parcial pelo governo para todas as categorias identificadas em V2</p> <p>4 – financiamento parcial pelo governo para algumas categorias identificadas em V2, financiamento total para outras categorias</p> <p>5 – todas as categorias totalmente financiadas pelo governo</p>
V4	V4_Mandatory Vaccination (summary)	Relata a existência de um requisito para ser vacinado	Binário	<p>Em branco - sem dados</p> <p>0 - não há necessidade de ser vacinado</p> <p>1 - a exigência de ser vacinado está em vigor para um ou mais grupos</p>

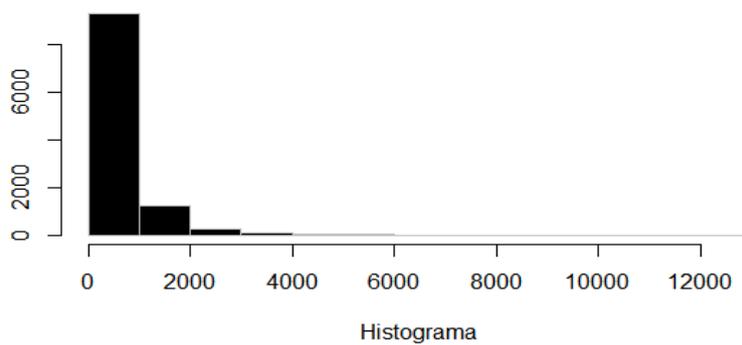
9. APÊNDICE B- GRÁFICO DE HISTOGRAMA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Gráfico 1- Proporção de cargos comissionados



Fonte: Elaboração própria a partir do RStudio (2022)

Gráfico 2- Histograma de cargos estatutários



Fonte: Elaboração própria a partir do RStudio (2022)