

MARINALVA DE SOUSA CONSERVA  
ALICE DIANEZI GAMBARELLA  
ANTÔNIO MIGUEL VIEIRA MONTEIRO  
NEIR ANTUNES PAES  
LENA LAVINAS



OBSERVATÓRIO DE INDICADORES DE  
**PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA**  
INTERFACES COM A GESTÃO DO SUS E DO SUAS

EDIÇÕES



NEPPS



EDITORA DO  
CCTA



OBSERVATÓRIO DE INDICADORES DE  
**PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA**  
INTERFACES COM A GESTÃO DO SUS E DO SUAS

# REDE INTERINSTITUCIONAL EXECUTIVA DA PLATAFORMA

## INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO



### Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – CCHLA

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS

Departamento Serviço Social – DSS

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais – NEPPS

Coordenação do Projeto – Profa. Dra. Marinalva Conserva

Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde

### Rede Institucional Chave



Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais – INPE/SJC

Laboratório de investigações em Sistemas Socioambientais – LISS

## Rede Parceira



**Instituto Federal de Educação da Paraíba/Campus Sousa**  
**Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto Economia**

## Governo do Estado da Paraíba



**Agência de Fomento: Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba – FAPESQ/PB**  
**EDITAL Nº 003/2020 – FAPESQ/SEECT/Projeto de Monitoramento, Análise e Recomendações**  
**para Rápida Implementação diante da Pandemia de Covid-19.**  
**Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano – SEDH**  
**Secretaria de Estado de Saúde – SES**

# REDE EXECUTIVA DE PESQUISADORES

## Coordenação geral

**Marinalva Conserva** – Profa. Titular da Universidade Federal da Paraíba –  
Departamento Serviço Social/Programa de Pós-graduação em Serviço Social/  
Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais.

## Coordenação gestora

**Prof. Dr. Antônio Miguel Monteiro** – Pesquisador Sênior do INPE/LiSS  
**Profa. Dra. Alice Dianezi Gambardella** – Profa. Dra. Colaboradora do PPGSS e Pesquisadora do NEPPS/UFPB  
**Prof. Dr. Neir Antunes Paes** – Pesquisador e professor do Programa de Pós-graduação  
em Modelos de Decisão e Saúde – PPGMDS/UFPB

## Pesquisadores-chave

**Rackynelly Alves Sarmento Soares** – Profa. Dra. IFEPB/Sousa  
**Tathiane Mayumi Anazawa** – Pós-doc/FAPESP/LiSS – INPE

## Pesquisadores participantes

**Almira Cavalcante** – Doutoranda PPGER/UFRN  
**Assel Muratovna Shigayeva Ferreira** – Mestranda PPGMDS/UFPB  
**Emanuel Luiz Pereira da Silva** – Prof. Dr. DSS/PPGSS/NEPPS/UFPB  
**Everlane Suane de Araújo da Silva** – Profa. Dra. DE/UFPB  
**Gabriela Carvalho de Oliveira** – Pesquisadora INPE/LiSS  
**José Constantino Silveira Júnior** – Pesquisador LiSS/INPE  
**Leid Jane Modesto** – Mestre no PPGMDS/UFPB  
**Lucas de Almeida Moura** – Mestre no PPGMDS/UFPB  
**Patrícia Albuquerque Medeiros** – Mestranda PPGSS/NEPPS/UFPB  
**Rudgy Pinto de Figueiredo** – Profa. Dra. FAMENE-PB  
**Thaúnna Cavalcante** – Mestre no PPGSS/NEPPS/UFPB  
**Vanessa Carla Borges Lima** – Pesquisadora NEPPS/UFPB

## Iniciação científica – PIBIC/CNPq

**Jivago Meira** – Geoprocessamento – IFEPB/Sousa  
**João Paulo Lucas Nunes da Costa** – Estatística/UFPB  
**Ozivan Mendonça Bezerra** – PIBIC – Serviço Social/NEPPS/UFPB

## Pesquisadores ad hoc

**Lena Lavinias** – Profa. Titular – Instituto de Economia/UFRJ  
**Ana Carolina Cordilha** – Doutoranda Economia/Université Sorbonne Paris Nord  
**Pedro Rubin** – Mestrando em Economia – IE/UFRJ

### **Gestores parceiros na execução da plataforma**

**Anna Stella Cysneiros Pachá** – Vigilância – Secretaria de Estado da Saúde (SES/PB)

**Ediclé Travassos** – Gestora CadÚnico – Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH/PB)

**Virgínia Helena Serrano** – Assistente social da Vigilância Socioassistencial –  
Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH/PB)

### **Parcerias técnicas especializadas**

**André Fernando Araújo de Carvalho** – Responsável técnico APP – PLATAFORMA COVID-19/PB  
(Desenho e implementação do aplicativo de visualização de indicadores)

**Márcia Godoy** – Responsável *landing page* da Plataforma COVID-19/Paraíba

**Eloisa Beling Loose** – Revisão técnica

**Berna Oliveira** – Arte e ilustração em bordado livre da *landing page*

Marinalva de Sousa Conserva  
Alice Dianezi Gambardella  
Antônio Miguel Vieira Monteiro  
Neir Antunes Paes  
Lena Lavinias

**OBSERVATÓRIO DE INDICADORES DE  
PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA**  
INTERFACES COM A GESTÃO DO SUS E DO SUAS

**1ª edição**



NEPPS



EDITORA DO  
CCTA

João Pessoa  
2023

Direitos autorais 2023 – Editora CCTA/UFPB.

**TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA CCTA/UFPB.**

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

**Capa:** Ricardo Araújo

**Imagem de Capa:** Berna Oliveira

Ficha catalográfica elaborada na Biblioteca Setorial do CCTA da Universidade Federal da Paraíba

O14 Observatório de indicadores de proteção social ampliada: interfaces com a gestão do SUS e do SUAS [recurso eletrônico] / Marinalva de Sousa Conserva ... [et. al.]. - João Pessoa: Editora do CCTA, 2023.

Recurso digital (34,79 MB)

Formato: ePDF

Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN: 978-65-5621-334-7

DOI: 10.5281/zenodo.7951592

1. Saúde - Proteção social - Paraíba. 2. Plataforma Covid-19 - Indicadores de saúde. 3. Serviços Públicos de Saúde - Gestão. I. Conserva, Marinalva de Sousa.

UFPB/BS-CCTA

CDU: 61:364(813.3)

Elaborada por: Susiquine R. Silva CRB 15/653



## O MUNDO

Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus.

Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas.

– O mundo é isso – revelou. – Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas.

Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo.

*Eduardo Galeano (2005)*

# SUMÁRIO

**APRESENTAÇÃO – A PROPOSTA DO OBSERVATÓRIO:  
A PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA EM DIÁLOGO COM A  
GESTÃO DO SUS E DO SUAS..... 11**

*Marinalva Conserva*

*Alice Dianezi Gambardella*

**PREFÁCIO I – INFORMAÇÃO PARA FORTALECER  
O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE EM UM CONTEXTO  
PANDÊMICO ..... 17**

*Felipe Proença*

**PREFÁCIO II – SUAS NA CRIAÇÃO DA PLATAFORMA  
COVID-19/PARAÍBA: OBSERVATÓRIO DE INDICADORES  
SOCIAIS E DE SAÚDE PARA GESTÃO DO SUS E SUAS.....20**

*Maria Luiza Rizzotti*

*Márcia Lopes*

**PARTE I – ELEMENTOS PARA COMPREENDER A  
PLATAFORMA COVID-19/PB.....27**

*Marinalva Conserva*

*Alice Dianezi Gambardella*

*Antônio Miguel Monteiro*

*Neir Antunes Paes*

**PARTE II – O ÍNDICE DA PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA  
MUNICIPAL (IPSAM): PERSPECTIVAS ANALÍTICAS.....65**

*Marinalva Conserva*

*Alice Dianezi Gambardella*

*Neir Antunes Paes*

**PARTE III – TENDÊNCIAS SOCIOECONÔMICAS  
QUE ACOMPANHAM O PERÍODO DE CONCESSÃO  
DO AUXÍLIO EMERGENCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19....80**

*Lena Lavinias*

*Pedro Rubin*

*Ana Carolina Cordilha*

**NOTAS FINAIS – CONTRIBUIÇÕES, LIMITES E AVANÇOS DA  
PLATAFORMA COVID-19/PB ..... 103**

**SOBRE OS AUTORES ..... 113**

# APRESENTAÇÃO

## A proposta do Observatório: A Proteção Social Ampliada em diálogo com a gestão do SUS e do SUAS

A **Plataforma Covid – 19/PB: Observatório de indicadores sociais e de saúde para gestão do SUS e do SUAS** é uma ferramenta *online* para identificar e conectar os serviços, programas e benefícios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) acessados pela população residente nos 223 municípios da Paraíba, a partir de dados capturados no ano de 2020. Tem como propósito contribuir para as diretrizes e a gestão das políticas públicas no combate à covid-19 e no período posterior, pós-crise, tendo em vista as desigualdades territoriais quanto à prevenção, propagação, adoecimento e consequências socioeconômicas.

O desenvolvimento de uma plataforma *online* orientada para os dois sistemas protetivos que compõem a Seguridade Social brasileira (o SUS e o SUAS) oportuniza a pesquisadores, gestores de instituições públicas e privadas, e estudantes de diversos níveis o compartilhamento de informações, potencializando troca de ideias e ações em tempo real, e gerando aplicabilidade da pesquisa para toda a sociedade. Essas características compõem um produto dinâmico, a partir da alimentação e retroalimentação nos moldes de um painel de monitoramento, denominado de **Observatório de indicadores sociais e de saúde para gestão do SUS e do SUAS**.

Este Observatório tem como base estudos de impactos socio sanitários da covid-19 e os princípios do direito à vida e do direito à Proteção Social Ampliada em face à pandemia vivenciada no estado da Paraíba. Nessa perspectiva, o fortalecimento da Seguridade Social

Brasileira, através do Sistema Único de Saúde (SUS), que esteve no *front* da crise sanitária, e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), busca afiançar esses direitos. Tais esforços resultaram na criação do Índice de Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM), que aponta diferenças e desigualdades de acesso a serviços e programas expressos numa escala municipal, de modo a tornar mais efetivo o enfrentamento da pandemia.

A potencialidade do Observatório está no acesso à sua plataforma, alimentada *pari passu* com os dados da covid-19, e na disseminação de estudos científicos que possam subsidiar tomadas de decisão para implementação de políticas de proteção social ampliada diante dos desdobramentos da crise. O espaço também dá visibilidade para informações de interesse público, especialmente sobre a população mais vulnerável inserida no Cadastro Único (CadÚnico) e beneficiária de transferência de renda, público prioritário para gestão das políticas públicas setoriais, o que permite averiguar a capacidade protetiva de famílias em seus territórios de vivência.

Esta publicação reúne um conjunto de produtos sintetizados em “**notas técnicas**”, produzidas para orientar decisões de gestores e trabalhadores do SUS e do SUAS, decorrentes do monitoramento de indicadores de Proteção Social Ampliada. Para prefaciá-la, essa primeira edição pela Editora do CCTA/UFPB, em parceria com o NEPPS/UFPB, convidamos o professor Dr. Felipe Proença, atual diretor da Escola de Saúde do Estado da Paraíba e do Centro de Ciências Médicas da UFPB, para tratar das contribuições desse observatório para o SUS. Já para tecer considerações sobre o SUAS, convidamos as professoras Márcia Lopes (ex-ministra do Desenvolvimento Social em 2010) e Maria Luiza Amaral Rizzotti (professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB).

Esta publicação – “**OBSERVATÓRIO DE INDICADORES DA PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA EM DIÁLOGO COM A GESTÃO DO SUS E DO SUAS**”, está estruturada em três seções, resultantes dos

processos e produtos gerados no âmbito do Projeto da Plataforma Covid-19/PB, e assim dispostos:

**Parte I – “Elementos para Compreender A Plataforma Covid-19/PB”:** apresenta as premissas e delineamentos para construção do observatório, ou seja: a Proteção Social Ampliada é resultado da combinação de ativos do SUS e do SUAS, e constitui uma estratégia fundamental para o enfrentamento da crise e pós-crise da pandemia da *corona vírus*, considerando as desigualdades no acesso discricionário da oferta de serviços, programas e benefícios nos territórios de vivência da população paraibana. A ferramenta de observação foi configurada a partir de sistemas de indicadores sócio sanitários de acesso à serviços e benefícios do SUS e do SUAS no território de vivência. Ao final foram sintetizadas numa proposta conceitual de Matrizes do SUS e SUAS, com indicadores multidimensionais e multifatoriais que resultaram na criação do indicador sintético denominado: Índice de Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM) da Covid-19/PB.

**Parte II – O Índice da Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM): perspectivas analíticas,** apresenta situações de aplicabilidade da ferramenta, com intuito de exemplificar possibilidades de análise que subsidiam decisões mais assertivas na implementação de políticas públicas voltadas para os cenários de crise e pós-crise decorrentes da pandemia de covid-19 no estado da Paraíba. A leitura comparativa entre as dimensões que compõem o Índice imprime um espelhamento das ações, das ofertas de ativos e acessos à Proteção Social Ampliada no âmbito municipal, a partir do espectro da saúde e da assistência social, desde uma possível leitura em ranking, composto pelos 223 municípios, até as lentes municipais individualmente. Pode-se utilizar a ferramenta entre diferentes dimensões entre o campo da Saúde e da Assistência Social, a depender da abordagem e do objetivo que o usuário procura responder, contribuindo assim, na tomada de decisão para respostas no âmbito da Proteção Social Ampliada a partir da identificação de

suas áreas mais frágeis, expressas pelo rol de indicadores, dimensões e subdimensões que compõem o IPSAM.

**Parte III – Tendências socioeconômicas que acompanham o período de concessão do auxílio emergencial na pandemia de covid-19**, contextualiza a dinâmica socioeconômica que caracteriza o impacto da covid-19 na vida dos brasileiros subsidiar o debate contextual do Observatório. As análises foram feitas em quatro grandes recortes geográficos, com dados e indicadores para Brasil, Região Nordeste, Paraíba e João Pessoa. O estudo teve como base anual da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), para o período que compreendeu o intervalo entre 2016 e 2019. Para os dados de 2020 foi utilizada a base trimestral da PNAD Covid-19. Nessa seção discute-se, prioritariamente, os dados relativos à Paraíba, em comparação ao Nordeste e ao Brasil.

Por fim, estão dispostas as **Notas Finais: contribuições, limites e desafios da Plataforma Covid-19/PB**. Texto que aborda os principais resultados alcançados e contribuições do Observatório como ferramenta de diálogos entre o meio técnico-científico e a gestão pública. Elucida a partir das contribuições apresentadas em “Notas Técnicas”, algumas possibilidades e perspectivas futuras em termos de: uso, aplicabilidade, atualização, disseminação, enquanto ferramenta de gestão pública passível reprodutibilidade técnico-científica em outros territórios tanto região Nordeste como em âmbito nacional.

Espera-se que essa publicação se constitua em um espaço de encontro dialógico entre o meio técnico-científico e a gestão pública através da elucidação dos sistemas de indicadores, contribuindo com o aprimoramento das diretrizes da gestão das políticas públicas frente às consequências da pandemia de covid-19 na Paraíba. Assim, este e-book, além de ser uma forma de difusão acadêmico-científica da pesquisa empreendida, busca promover o conhecimento e o uso da plataforma e de seu Observatório, a fim de oferecer informações que auxiliem no diálogo entre o meio técnico-científico e a gestão pública.

O desenvolvimento desta rica e exitosa experiência é fruto da composição de uma rede de pesquisadores interinstitucionais e transdisciplinares, de âmbito regional e nacional. Tal arranjo possibilitou o diálogo transversal de saberes entre docentes, discentes, pesquisadores e técnicos, de diversas áreas do conhecimento (serviço social, saúde pública, epidemiologia, demografia, economia, engenharia, medicina etc.). Esta rede técnico-acadêmica multidimensional de grupos, núcleos e pesquisadores está vinculada a programas de pós-graduação e instituições acadêmicas, além de setores estratégicos, como as vigilâncias socioassistencial e de saúde das secretarias de Desenvolvimento Humano e de Saúde do estado da Paraíba.

Cabe ressaltar que este Observatório é o principal resultado do projeto **Plataforma Covid – 19/PB: Relações entre saúde, território e proteção social em tempos de crise sanitária**, capitaneado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), através do Núcleo de Estudos em Políticas Sociais (NEPPS), sob esta coordenação. O NEPPS ampliou sua rede de atuação com o estabelecimento de parcerias com o Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, e o Instituto Federal da Paraíba/campus de Sousa, que agregaram no compartilhamento de saberes e fazeres, especialmente no campo da saúde coletiva e da análise de diagnósticos sociodemográficos. É imperioso citar a contribuição de diferentes atores que atuam com a vigilância epidemiológica, vinculados as instituições e secretarias de saúde em âmbito estadual. O principal parceiro do NEPPS para o desenvolvimento do estudo em âmbito nacional foi o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE/SJC), através do Laboratório de Investigações em Sistemas Socioambientais (LISS), coordenado pelo pesquisador Antônio Miguel Vieira Monteiro, do Programa Espaço e Sociedade (PESS), no Centro de Ciência do Sistema Terrestre (CCST). A participação da equipe de pesquisadores do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenado pela professora Lena Lavinas, foi de fundamental importância para



avaliação de impactos socioeconômicos da pandemia na Proteção Social no estado da Paraíba, no Nordeste e no Brasil.

A viabilidade desse estudo ocorreu graças à Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba- FAPESQ/PB, por meio da oportuna e necessária chamada pública (Edital N°003/2020 – FAPESQ/SEECT – Projeto de Monitoramento, Análise e Recomendações para Rápida Implementação Diante da Pandemia de Covid-19). Registro aqui nosso agradecimento público a todos e todas que tornaram o projeto possível e desejo que essa publicação contribua para gestão do SUS e do SUAS, servindo de base científica para pesquisadores e gestores públicos na avaliação da crise e pós-crise nesse contexto nefasto e desafiador da crise sanitária.

A abordagem de acoplar tecnologias sociais à gestão pública foi absolutamente expressiva e positiva, para o desenvolvimento de uma ferramenta *on line*, sobretudo, pela elucidação e ineditismo da combinação de dois sistemas de indicadores de proteção social ampliada, pilares da Seguridade Social brasileira – SUS e do SUAS, diretamente impactados pela pandemia da covid-19 em suas dimensões e subdimensões da Proteção Social Ampliada – ao que convidamos aqueles que se interessam pelo tema a conhecer nosso Observatório disponível no link: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

Que os esforços depreendidos até aqui se multipliquem e ecoem, de fato e na vida da população paraibana na perspectiva do direito à cidadania plena!

Do extremo oriental das Américas, 2022.

*Marinalva de Sousa Conserva*  
Coordenadora do Observatório

# PREFÁCIO I

## **Informação para fortalecer o Sistema Público de Saúde em um contexto pandêmico**

No final de 2019 foram publicadas as primeiras notícias de uma pneumonia de origem desconhecida que estava afetando uma região importante da China. Não se imaginava que, pouco tempo depois, o mundo estaria mobilizado com a pandemia do Sars-Cov-2, causador da covid-19. Recentemente, vírus semelhantes haviam causado epidemias importantes, mas geograficamente localizadas. Por isso, não é bem correto afirmar que não se imaginava que uma pandemia pudesse acontecer, mas certamente boa parte da população não estava preparada para um evento desses.

Não que não houvesse informações disponíveis sobre a última pandemia de síndrome gripal, que aconteceu há um pouco mais de cem anos. Na comparação com a repercussão da chamada gripe espanhola, é possível dizer que estávamos mais preparados: na história recente do Brasil tem sido implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso e cuidado de forma universal para a população brasileira. Estar organizado para responder urgências em saúde é atribuição do SUS, e isso estava sendo bem executado até pouco tempo atrás pelos gestores e trabalhadores do sistema.

Apesar disso, chamou a atenção como, mesmo com tempo para se preparar para a pandemia (que da Ásia foi para a Europa, para só então chegar no Brasil), a covid-19 teve uma repercussão muito pior por aqui do que em outros países. Para tanto, basta observar o número de óbitos, proporcionalmente maior do que boa parte dos outros países. Nesse quesito, tem-se apontado a omissão e falta de coordenação

no âmbito federal, que ignorou as informações disponíveis sobre a gravidade da doença, tema que será retomado adiante.

Se há algo a ser destacado na mitigação dos efeitos da pandemia, esse destaque deve ser dado para o SUS. Foi necessário mobilizar todas as suas redes de atenção à saúde para cuidar das pessoas afetadas, utilizar da autoridade sanitária para efetivar medidas restritivas e, a partir de março de 2021, mobilizar a grande capacidade de vacinação do sistema para que a pandemia não se tornasse ainda mais crítica em um país que já sofre tanto com a desigualdade. A mesma se apresentou de forma acintosa nesse período.

Tem-se demonstrado que quase 60% da variação de incidência da covid-19 se justifica pela desigualdade de renda, maior adensamento domiciliar e maior letalidade. Mais uma vez, foi a população mais vulnerável que foi sacrificada com as decisões políticas equivocadas, em um contexto que depende de um esforço coletivo no enfrentamento da pandemia.

Informações como essa só foram possíveis porque as universidades e instituições federais cumpriram seu papel social, e trouxeram contribuições fundamentais sobre a pandemia. Nesse sentido, está materializado no âmbito da plataforma da COVID-19/Paraíba, uma série de dados que auxiliam de maneira decisiva os gestores e demais interessados na tomada de decisões. Ao promover esse encontro entre as informações da saúde e da assistência social (não tão frequente quanto é necessário), é possível traçar um perfil bastante completo da situação dos municípios paraibanos, refletindo os graus variados de efeitos atuais e futuros da pandemia, possibilitando o planejamento de novas ações.

Iniciativas como essa, decisivas para o fortalecimento das políticas públicas, também demonstram o papel fundamental da ciência, tão atacada durante a pandemia. A partir do esforço incansável de pesquisadores, em todo o mundo, foi possível obter as informações confiáveis sobre a pandemia (como bem expresso na plataforma) e

gerar avanços em curto espaço de tempo, a exemplo da disponibilização da vacina para a covid-19.

É nesse ínterim, da interlocução entre o fortalecimento do sistema pública de saúde e do fomento à pesquisa que se apresenta a Escola de Saúde Pública da Paraíba, outro marco durante a pandemia. A ESP-PB é criada na perspectiva de ampliar os espaços de formação de trabalhadores e gestores do SUS, bem como dos demais interessados na área.

Nesse contexto, de defesa da saúde e da educação públicas, que se apresenta essa importante produção.

Desejo a todos uma boa leitura!

*Felipe Proença de Oliveira*

Diretor Geral da Escola de Saúde Pública  
Professor Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba

## PREFÁCIO II

### SUAS NA CRIAÇÃO DA PLATAFORMA COVID-19/PARAÍBA: OBSERVATÓRIO DE INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE PARA GESTÃO DO SUS E SUAS

Nossa proposta aqui é falar sobre as principais características do SUAS, cujo desenho e o desenvolvimento de sua institucionalização adensou, de forma preponderante, o sistema protetivo brasileiro, e, de modo especial, traçar considerações sobre o que ensejou essa publicação: a criação da **Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de indicadores sociais e de saúde para gestão do SUS e SUAS**. Consideramos que a iniciativa congrega grandes atributos, tanto do ponto de vista técnico/científico, quanto de sua relevância social, na medida em que oferece, de forma organizada, informações essenciais para o aprimoramento da gestão das políticas sociais em tela e, por conseguinte, incide sobre as suas ofertas e provisões. Desse modo, a Universidade Federal da Paraíba, por meio do NEPPS/PPPGSS/UFPB e de uma rede interinstitucional de pesquisadores já apresentados nesta publicação, cumpre sua função de integrar as necessidades atuais da sociedade (provocadas pelo contexto pandêmico da covid-19) com o acúmulo e expertise de diferentes áreas de conhecimento, e a faz de forma integrada e intersetorial.

Vale destacar que a parceria profícua da UFPB com a gestão do SUAS na Paraíba já ocorre há bom tempo e se destaca nas áreas de formação e capacitação dos trabalhadores desse sistema, sobretudo no CapacitaSUAS, e na estreita interação com a gestão estadual (uma das docentes do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, na

condução da Secretaria de Estado, deu um grande impulso à política de assistência social na Paraíba). Além disso, dois outros aspectos devem ser ressaltados no que se refere à abrangência do Observatório: a disponibilização das informações sobre o estado da Paraíba para todos os seus 223 municípios, considerando a complexidade de indicadores no campo da proteção social, e a atuação diante da emergência do momento pandêmico, com foco nas implicações para as políticas de saúde e de assistência social.

Importante ressaltar que, historicamente, apesar da presença de inúmeras instituições e capacidade instalada no país para a produção e análise de indicadores vinculados às políticas públicas, pode-se afirmar que ainda é recente o desenvolvimento e implementação de processos permanentes e contínuos de sistemas de dados, informações e tecnologias que cheguem em todos os municípios brasileiros, apropriados para a leitura das realidades, planejamento e decisões no âmbito das políticas públicas locais, principalmente, das mais recentes, como a Assistência Social, Segurança Alimentar e Nutricional, Gênero, Povos Tradicionais, entre outras. E, neste caso, demarcar que a Região Nordeste sempre demandou muito o reconhecimento de suas potencialidades e, ao mesmo tempo, sofreu com a defasagem na publicização de suas realidades pautada na perspectiva das transformações necessárias para o enfrentamento das consequências da realidade sócio-histórica da região, marcadamente a fome, a pobreza e as desigualdades, em razão da omissão do Estado brasileiro.

Feito esse preâmbulo, nos cabe abordar, ainda que de forma sucinta, o SUAS, as principais características e os desafios futuros. O caminho escolhido foi recuperar um pouco da trajetória histórica desse sistema que se inicia, na condição de sistema público integralizado e nacionalmente unificado, em 2004. Outro ponto a ser registrado é o ineditismo e a robustez que adquiriu em todo o território nacional – e na Paraíba não foi diferente, pois se capilarizou pela imensa maioria dos municípios e tem tido lugar central na busca de sua estruturação e

exigência de expansão pela gestão estadual. Ainda, com o objetivo de tratar questões centrais do SUAS, este texto vai abordar seus principais pilares, sobretudo as diretrizes, funções e seguranças socioassistenciais.

O SUAS nasce, em termos legais, rompendo com o lastro histórico da proteção não contributiva brasileira e o faz por muitos caminhos, sendo que se fundamenta na responsabilização do Estado pelos direitos socioassistenciais que incluem renda transferida, convívio familiar, acolhida, benefícios eventuais, atenção às desproteções, dentre outras garantias protetivas. Ao se instituir no âmbito estatal, pauta também a sociedade brasileira sob a máxima do direito, o que implica universalização de acesso, constructo de gestão republicana e os preceitos constitucionais para as políticas sociais que se referem à gestão democrática, pacto federativo e descentralização.

Deste modo, o SUAS irrompe com uma tradição da assistência social alocada durante 500 anos à margem do Estado brasileiro, centralizada e fora do campo do direito social e constitucional. Ter sido erguido no contexto de um governo democrático e popular (em 2004) realçou o compromisso com a democratização e a participação. Desse modo, ao mesmo tempo em que se construíam as bases normativas de estrutura no financiamento público, se definiam as principais estruturas de serviços e benefícios, o formato da gestão nas três esferas, o estabelecimento das bases da participação social, com total respeito às decisões do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), das Comissões tripartite (CITs) e bipartites (CIBs), o estímulo à criação de fóruns e organização de gestores, usuários e trabalhadores.

Os avanços no campo das provisões se colocaram num vazio protetivo até então, pois além de apostar em transferência de renda através de dois principais benefícios: o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), ainda instituiu uma rede de serviços com mais de 15 mil unidades públicas em todo o Brasil. No que concerne aos serviços, esses oferecem provisões tanto a nível de complexidade, como é o caso dos CRAS (Centros de Referência da Assistência Social),

CREAS (Centros Especializados de Referência da Assistência Social) e diferentes modalidades de Acolhimento Institucional, quanto de especificidades de segmentos sociais, a exemplo, dos Centros Pop, que atendem população em situação de rua. Esse destaque não objetiva desenhar com precisão toda a estrutura do SUAS, mas alertar para a complexidade e espraiamento de sua rede pelo Brasil. E é exatamente essa densidade que permite caminhar no horizonte de se ter os direitos e as seguranças socioassistenciais garantidos<sup>1</sup>. Na Paraíba, atualmente estão instalados 437 serviços e têm mais de 2,2 milhões de beneficiários, referenciados no Cadastro Único<sup>2</sup>.

Junto com essa estrutura, no âmbito da prestação de serviços, também se instituiu um robusto sistema de informação que foi base fundante no processo de profissionalização da gestão do SUAS. O sistema SUASWEB, que integra diferentes ferramentas de organização de informações e de socialização de informações, permite transparência nos dados, além de ser capaz de integrar nacionalmente toda a rede do SUAS em uma base de dados acessível e amigável. A informatização e a fluidez da informação passaram a ter conexão entre as instâncias federadas e interagir com as universidades e centros de pesquisa. Nessa linha, a iniciativa da UFPB é fundamental para o aprimoramento da gestão e da socialização da informação, pois as oferece aos municípios e à estrutura estadual da Paraíba, além de inspirar outros estados nessa mesma direção.

Nesse contexto, há que se ressaltar que a Política Nacional de Assistência Social brasileira, operada pelo SUAS, está assentada em três funções que dão direção à execução e à gestão de toda a rede socioassistencial no País: Defesa de Direitos, Proteção Social e Vigilância Socioassistencial, esta última, bastante inovadora porque,

---

1 Direitos assegurados no art. 6 da CF/88 e serviços e benefícios socioassistenciais a partir da LOAS/1993, bem como as seguranças de acolhida, renda, convivência, apoio e auxílio e autonomia (PNAS 2004).

2 Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/relatorios/cidadania/index.php#>.



pela primeira vez, se tem a institucionalização de uma função precípua da assistência social que se fundamenta numa abordagem específica, conjugando categorias e conceitos que visam a produção de conhecimentos aplicados ao planejamento e ao desenvolvimento da política de assistência social, nas três esferas de governo. Assegurada pelo artigo 2º da Lei 12.435/2011, “a vigilância socioassistencial visa analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos” e, para isso, deve estar estruturada em todos os municípios e estados brasileiros, no âmbito da gestão local e estadual do SUAS, em articulação e base para toda a rede socioassistencial, qualificando e quantificando as provisões e serviços socioterritoriais, na perspectiva de ressignificar a informação em conhecimento e esse em medidas concretas de proteção aos usuários do SUAS.

Em que pese essa construção coletiva, republicana e profissionalizante do SUAS, nos últimos anos, mais precisamente a partir do golpe parlamentar em 2016, o Brasil tem vivido dias de inúmeros retrocessos em relação aos direitos sociais. Tais retrocessos se expressam no desfinanciamento, no desrespeito ao pacto federativo e às instâncias deliberativas, na falta de investimento em processo formativos dos trabalhadores e, ainda, no avanço de ideias conservadoras que passaram a disputar os espaços do SUAS. Esse quadro se agrava com o aumento da pobreza, fome e da desigualdade social, o que implicaria na não redução na provisão de recursos, muito antes pelo contrário, dever-se-ia ter expansão nos valores e cobertura dos serviços e benefícios em todo o país. No entanto, os dados demonstram que o investimento caiu em mais de 55% entre os anos de 2020 e 2021<sup>3</sup>, ao mesmo tempo em que no período pandêmico milhões de

---

3 A proposta do Piso Emergencial da Coalizão Direitos Valem Mais detalha essa realidade e propõe o que deveria ser o mínimo necessário para atender as demandas atuais das políticas públicas básicas da Assistência Social, Saúde, Educação e Segurança Alimentar e Nutricional.

brasileiros perderam acesso à renda pelo trabalho e tiveram agravos desprotetivos em várias áreas, incluindo a assistência social.

Desse modo, nunca foi tão oportuna a iniciativa da construção deste Observatório, que vai muito além da oferta de informações sustentadoras das políticas públicas em questão (SUAS e SUAS), mas cria um **Indicador de Proteção Social Ampliada** que, além de considerar os tradicionais indicadores de desigualdade, ainda acopla a desproteção social por não acesso aos serviços e benefícios. Essa perspectiva aporta elementos de análise da realidade a ser considerada pelo SUAS, na medida em que, além de mostrar o estado da Paraíba como um todo, ainda indica georreferenciamento às diferenças territoriais. E, certamente, trará grandes contribuições às diferentes iniciativas do Consórcio Nordeste, considerando a atuação do Comitê Científico, das Câmaras Temáticas da Saúde, Assistência Social, Agricultura Familiar, Inovação Tecnológica e o próprio GT de Vigilância Socioassistencial do Comitê Técnico de Assistência Social.

Essa iniciativa corrobora com o momento presente de diferentes organizações no âmbito do SUAS<sup>4</sup>, que se configura por resistir aos retrocessos e de fazer valer as orientações do II Plano Decenal de Assistência Social, que deveria pautar as ações a partir de 2016<sup>5</sup>. O II PNDAS, construído com ampla participação no ano de 2015, traz, em suas diretrizes, a necessidade de reconhecer as desigualdades territoriais e, com isso, universalizar acessos considerando especificidades regionais e a equidade. Além disso, há necessidade de aplainar os caminhos da participação social e essa não se constrói sem o acesso à informação, sistematização e publicização das realidades.

---

4 A exemplo das Frentes Parlamentares em Defesa do SUAS, Fórum Nacional de Trabalhadores, Fórum Nacional de Usuários, Frente Nacional em Defesa do SUAS e da Seguridade Social, Movimento Nacional de Entidades de Assistência Social e outras.

5 Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/II\\_Plano\\_Decenal\\_AssistenciaSocial.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/II_Plano_Decenal_AssistenciaSocial.pdf).

Assim, a interação do SUAS com seus desafios atuais e o Observatório descrito neste e-book permitem avançar, tanto na direção científica e técnica, quanto na dimensão política, como instrumento de luta para todos os sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) que se encontram no SUAS e no SUS. Por meio desse acesso, será possível obter instrumentos de aprimoramento da política de assistência social e da saúde, e partilhar um espaço de mobilização para agendas comuns prioritárias, na perspectiva de uma nova sociabilidade com mais acesso aos direitos fundamentais da população.

*Maria Luíza Amaral Rizzotti*

Doutora em Serviço Social e Política Social  
pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Professora convidada do Programa de Pós-Graduação  
em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba

*Márcia Helena Carvalho Lopes*

Mestre em Serviço Social e Política Social  
pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Professora do Departamento de Serviço Social  
da Universidade Estadual de Londrina (1981/2011)  
Assessora colaboradora do Comitê Técnico  
de Assistência Social do Consórcio Nordeste

# PARTE I

## ELEMENTOS PARA COMPREENDER A PLATAFORMA COVID-19/PB

*Marinalva de Sousa Conserva*

*Alice Dianezi Gambardella*

*Antônio Miguel Vieira Monteiro*

### INTRODUÇÃO

Os estudos apresentados nesta edição estão sustentados na base do Projeto – Plataforma Covid-19/PB desenvolvido em meio à crise sanitária e humanitária, sistêmica e em escala mundial, que assolou o mundo a partir de 2020 em razão da disseminação do novo coronavírus. Diversas análises foram e continuam sendo unânimes em afirmar que é urgente rever o(s) modelo(s) de proteção social e o fortalecimento da vigilância em saúde, conter e desacelerar a propagação da doença, a fim de salvar vidas e garantir a segurança da população. Nesta oportunidade, nos ateremos ao modelo brasileiro de Seguridade Social – sobretudo a partir dos Sistemas Únicos de Saúde (SUS) e de Assistência Social (SUAS) – e sua configuração no estado da Paraíba.

A pandemia de coronavírus começou na China e propagou-se rapidamente por todos os continentes. O primeiro alerta foi recebido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019. As autoridades chinesas alertaram para o surgimento de uma série de casos de pneumonia de origem desconhecida na cidade de Wuhan, de 11 milhões de habitantes. Em 30 de janeiro de 2020, foi declarada pela OMS uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

(ESPII); em 4 de fevereiro de 2020, o Brasil declara estado de Emergência de Saúde Pública.

Segundo Guimarães (2020), os impactos da pandemia no Brasil dizem respeito a três dimensões, com prazos distintos. As duas dimensões de curto prazo são: I) o sofrimento e as mortes de pessoas; e II) o resultado da pressão que o SUS e a saúde suplementar sofrem com o crescimento exponencial de pessoas que a eles recorrem (principalmente o SUS, que recebe a maior parte da demanda). Por fim, a terceira dimensão diz respeito aos efeitos de médio e longo prazo, que incidem sobre a economia das famílias, das empresas e do país, com a diminuição das atividades econômicas.

Apesar dos já conhecidos gargalos, o sistema gratuito e universal de saúde brasileiro é um elemento central para o enfrentamento desta pandemia, sobretudo para proteger a população mais vulnerável. Conforme a circulação do vírus vai se espalhando dentro do país, o papel do SUS vai se tornando evidente e fundamental, indo muito além de atenções preventivas, pois organiza-se em um sistema que articula a rede básica com unidades de urgência, emergência, terapia intensiva e internação (SANTOS, 2020).

Desse modo, além das medidas de segurança preconizadas pela OMS, tais como a adoção de quarentena em modelo horizontalizado e verticalizado, e estímulo da aplicação massiva de exames-testes, aponta-se o fortalecimento do SUS como a mais importante estratégia para proteger a população brasileira contra o coronavírus. É importante ressaltar que a OMS tem insistido no enfoque de medidas que deem conforto e protejam a saúde da população mundial mais do que atentar para as causas da pandemia, ou seja, demanda por estudos e pesquisas randômicas acerca de medicamentos de conforto e de cura, assim como estratégias que resultem em mitigar a propagação da doença pelo mundo. Nas palavras do diretor executivo da OMS, Dr. Michael J. Ryan,

é muito importante uma resposta epidemiológica para entender o seu problema, porque não compreendendo seu comportamento será difícil corrigi-lo [...] olhar para a extensão do problema sugere uma indicação de vigilância direcionada mais agressiva (WHO, 2020a, tradução livre).

No contexto do aumento da pobreza e da desigualdade na sociedade brasileira, é importante que os investimentos públicos e os gastos sociais contemplem também ações que diminuam as taxas de mortalidade pela doença e melhorem as ações de vigilância em saúde. No caso de crises sanitárias, a exemplo da pandemia de covid-19, a vigilância epidemiológica, pilar da prevenção de doenças, baseia-se na notificação compulsória e no rastreamento detalhado de todo o histórico dos pacientes suspeitos de contaminação. É o sistema de vigilância que obriga, inclusive, os hospitais particulares a informar ao Estado, caso esse paciente busque atendimento no setor privado. Sob a perspectiva da proteção social, a melhor resposta a um potencial catástrofe é colocar as finanças a serviço dos direitos humanos e apoiar os menos favorecidos por meio de abordagens financeiras ousadas, como estímulos fiscais e pacotes de proteção social direcionados aos menos resilientes no enfrentamento da crise, em estratégias que podem mitigar as consequências devastadoras da atual pandemia (WHO, 2020b).

A agência de saúde da Organização das Nações Unidas (ONU) preconiza que há diferenças climáticas, socioculturais e econômicas existentes entre os países membros e aqueles que estão fora das Nações Unidas, normalmente países pobres e, por conseguinte, possivelmente vivenciando uma situação de vigilância em saúde incipiente. Nesse sentido, a palavra de ordem é a da colaboração entre os países na prevenção, mitigação e tratamento da doença – e isto inclui o compartilhamento de resultados de pesquisas e experimentos que têm sido praticados nessa direção. A OMS assume e reitera o sistema

de aprendizado derivado das experiências relatadas e observadas a partir do monitoramento da doença mundo afora.

O Pacto Regional pela Atenção Primária à Saúde para a Saúde Universal: APS 30-30-30, assinado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)<sup>6</sup>, em abril de 2019, orienta sobre a importância dos investimentos na Atenção Primária à Saúde. Ela é vista como pressuposto para alcançar saúde universal e de qualidade. Isto é, deixa claro que os investimentos na atenção básica e, portanto, de caráter preventivo são um fator de desenvolvimento intrínseco para o desenvolvimento humano. Ainda de acordo com a agência, os países da América Latina gastam menos do que os desejáveis 6% do Produto Interno Bruto (PIB) e, pior, esses investimentos são muito focados nas emergências – mais caras e menos efetivas para pacientes e para a gestão pública. A orientação é a de que 30% da dotação de cada país passe a ser direcionada exclusivamente para a atenção básica.

Na sociedade brasileira, sobretudo nas grandes metrópoles, vem ocorrendo um fenômeno de aceitação da inclusão social por meio do mercado, ou seja, pelo endividamento do consumo de bens e serviços privados, especialmente nas áreas de educação e saúde. Essa aceitação contribui para inviabilizar a inércia do Estado na provisão de serviços básicos elementares, como saneamento básico, segurança, infraestrutura, habitação, entre outros (LAVINAS, 2015; 2017). As configurações de pertencimento dos vínculos relacionais no território de vivência são imprescindíveis para dimensionar e mensurar a eficácia e efetividade da rede de serviços e benefícios provenientes da iniciativa governamental, derivadas das políticas sociais (KOGA & NAKANO, 2005).

A pobreza e a exclusão são fenômenos complexos, assim como os pressupostos para integração e inclusão das pessoas vivenciando situação de risco humano e social. Considerando que as pessoas são

---

6 Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/11-4-2019-aps-30-30-30-novo-pacto-regional-da-opas-pela-atencao-primaria-saude-para-saude>>.

absolutamente diferentes, a pobreza que as perpassa também não é igual. Logo, o enfrentamento da situação “requer heterogeneidade” (LAVINAS, 2003, p. 48).

Alguns economistas já apontaram a importância da oferta de benefício de transferência de renda, diferenciando não apenas o número de pessoas conviventes do grupo familiar ou idade dos filhos, mas considerando a condição de acréscimo de 20% no caso de famílias monoparentais, por exemplo (LAVINAS et al., 2006; LAVINAS, 2017).

Em acordo com o disposto pelos governos internacionais, nacionais e estaduais, é imperativo avançar sobre a perspectiva de proteção social, sob o prisma do investimento e não do gasto público. Trata-se da lógica econômica da prevenção, sempre mais efetiva e mais barata do que lidar com as consequências dramáticas, decorrentes de frágeis mecanismos de proteção e prevenção. Essa é uma máxima que há algum tempo está presente nas agendas nacionais e internacionais de gestão social e da proteção da vida.

As situações de risco que incidem sobre o tecido social são produtoras de violação de direitos, portanto, o seu enfrentamento ultrapassa a territorialização e a efetividade dos serviços e dos benefícios de proteção social ofertados. Reitera-se, assim, a importância de concatenar os estudos geoestatísticos intraurbanos, dados primários e secundários, de todas as esferas (nacionais, estaduais, municipais) com as orientações que conduzem à prática da oferta de bens e serviços – a fim de verificar sua eficiência com o objetivo de garantir proteção social ampliada. Em outras palavras, avaliar se as pessoas vivenciando situações de risco pessoal e/ou social de ordem econômica, ambiental, política ou social realmente estão sendo protegidas.

É justamente nesta perspectiva que a proposta da **Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de indicadores sociais e de saúde para gestão do SUS e do SUAS** delimitou suas premissas, processos e resultados. De modo especial, o espaço foi desenhado a partir do olhar da população paraibana, de suas demandas e necessidades,



identificadas numa coletânea de indicadores sociais e de saúde, de modo a aprimorar a gestão e o enfrentamento da pandemia do coronavírus.

O Observatório apresenta análises decorrentes da construção do Índice da Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM) no contexto da covid-19. Trata-se de um indicador sintético, composto por duas matrizes de indicadores: I) a Matriz de Indicadores de Proteção Social – SUAS e; II) a Matriz de Indicadores de Oferta, Acesso e de Saúde – SUS. Ambas as matrizes foram organizadas em dimensões e subdimensões atreladas ao acesso a ativos de saúde e demografia, bem como de proteção social acessados pela população no território de vivência.

A Plataforma adota a representação espacial dada pela divisão político-administrativa municipal, com polígonos para cada um dos 223 municípios do Estado da Paraíba, cujos indicadores foram gerados para cada uma dessas unidades espaciais em função da crise sanitária.

## CONCEPÇÕES

A covid-19 reintroduz, a partir de um evento sanitário, a necessária perspectiva do direito básico de proteção à vida. No Brasil, o SUAS e o SUS são sistemas protetivos constitucionais orientados pelo princípio de universalidade. As trajetórias desses dois sistemas de proteção são essenciais para a garantia do direito à vida. Não apenas a saúde foi afetada com a deflagração da pandemia. A calamidade pública agravou as desigualdades sociais, que já eram profundas, denunciando novos riscos sociais e gerando contingentes de demandantes de auxílios emergenciais e benefícios ainda não calculados.

Assim, o objetivo da Plataforma foi reunir informações de ambos os sistemas, criando matrizes conceituais de indicadores que depois foram sintetizadas no IPSAM. Considerou-se a relevância de indicadores relacionados aos impactos da covid-19 na proteção da

vida e cidadania plena, sustentados em aportes de dados oriundos dos SUS e do SUAS, aos diferentes entes federados, com os devidos protocolos administrativos e éticos necessários providenciados.

A relação entre *vulnerabilidades* de indivíduos e famílias e suas capacidades de *acesso* tem sido estudada sistematicamente no contexto da *Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)* desde os anos 1990. Em 1999, após oficina realizada em Montevideo sob a coordenação do sociólogo argentino Ruben Kaztman e do sociólogo chileno Carlos Filgueira, tais estudos foram sistematizados em um documento que estabelece as bases conceituais do que é conhecido como enfoque **AVEO** – *Ativos, Vulnerabilidade e Estruturas de Oportunidade* (KAZTMAN; FILGUEIRA, 1999). No contexto do enfoque **AVEO**, a ideia de *vulnerabilidade* está relacionada às situações que surgem quando as configurações de recursos (*ativos*) que controlam e podem movimentar os domicílios (indivíduos ou famílias) não são suficientes para aproveitar as estruturas de oportunidade de *acesso* ao bem-estar.

Essas premissas relativas tanto ao papel e **lugar** do SUS e do SUAS, assim como os elementos relativos ao **acesso** a estes sistemas protetivos estão sintetizadas nos **quadros 1 e 2**.

**Quadro 1** – Elementos relativos ao papel do *lugar* no SUS e SUAS.

SAÚDE (SUS)	ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)
Suporte à vida	Suporte à vida
Base de organização dos serviços	Base de organização dos serviços
Contextos de produção dos problemas de saúde	Contexto da reprodução social
Área da responsabilidade e da ação compartilhada	Área da responsabilidade e da ação compartilhada

**Quadro 2** – Elementos relativos ao papel do **acesso** no SUS e SUAS.

SAÚDE (SUS)	ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)
Promover acesso	Promover acesso
Universal	Indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social
Serviço de Saúde em todos os níveis de complexidade (atenção primária, secundária e terciária)	Benefícios, programas, projetos e serviços socioassistenciais de proteção social em todos os níveis de complexidade (básica e especial)

Os principais sistemas da proteção social brasileiros, o SUS e o SUAS, são implantados a partir de uma lógica territorial onde o município é unidade espacial essencial. No entanto, o município é uma categoria legal administrativa e a cidade é uma categoria social. O *fator urbano* e a urbanização contemporânea apresentam um caráter extensivo. O *urbano* hoje não se associa somente às cidades, às sedes municipais ou às áreas adensadas, mas apresenta novas características, com novos tipos de assentamentos, fluxos e configurações espaciais (MONTE-MÓR, 2005). Este urbano estendido, pode abrigar toda uma região do Estado, com intensidades diferentes, com fragmentação territorial e com diversidade socioambiental distintas. Neste urbano contemporâneo há uma dinâmica relativa as hierarquias/centralidades entre as cidades e suas redes de relações, que poderão ser observadas no futuro a partir de estudos orientados para a conectividade.

A abordagem tida pela **Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de indicadores sociais e de saúde para gestão do SUS e do SUAS** foi construída a partir de um conjunto de ativos socio sanitários – serviços e benefícios – expressos territorialmente considerando os 223 municípios da Paraíba – a partir de uma adaptação do método de

**Aveo** para os ativos socio sanitários da população da Paraíba. Nesse contexto de resposta do estado à covid-19, concentra sua atenção no modelo brasileiro de Seguridade Social e suas expressões nos territórios da gestão nas esferas municipais e estadual no estado da Paraíba. Assim, firmou-se um desafio no campo da operação das políticas públicas de proteção social, fortemente demandante de diagnósticos e respostas para o enfrentamento das desigualdades socio sanitárias escancaradas pela covid-19.

Conforme registrou o importante geógrafo brasileiro, Milton Santos, 'O cidadão é o indivíduo num lugar', e assim elaboramos um modelo capaz de abarcar dados dos territórios de vida e de vivências dos indivíduos e das famílias paraibanas e operá-los em escalas funcionais para a gestão da proteção social. Essa perspectiva foi ainda complementada com a perspectiva do indivíduo na qualidade de cidadão, isto é: dotado de liberdades e direitos coletivos e individuais, portanto, complementado por uma natureza não apenas territorializada mas transitória e processual no tempo e no espaço. Neste aspecto destacamos o pensamento complementar de Couclelis em que a **Acessibilidade** é uma definição geográfica para **oportunidade** (COUCLELIS, 2000) na qual o indivíduo transita e atua em movimentos não apenas locais, mas por vezes regionais, motivado por oportunidades de acessos aos ativos distribuídos por sobre o território vivido.

A materialidade desses conceitos de **Aveo** e a busca das oportunidades de acesso aos ativos concatenados com as políticas de proteção social colocaram em evidência parâmetros sociais e políticos, de lugar e de acesso, que procuram expressar as ofertas e capacidades do SUS e no SUAS.

Nesse sentido, foram elaboradas duas matrizes de indicadores específicas, para o estado da Paraíba, uma para o SUS e outra para o SUAS. Suas elaborações ocorreram a partir de indicadores aqui consolidados, com informações respectivas aos primeiros seis meses de

pandemia, especificamente entre março e setembro de 2020, pautadas pelos seguintes princípios na universalidade de direitos:

- **o princípio do direito à vida** em face à pandemia da covid-19 no estado da Paraíba; e,
- **o princípio do direito à Proteção Social Ampliada**, à cidadania plena impactados pela crise socio sanitária mundial, ainda em curso.

Projetados com potencial elaboração de um Índice global de proteção social no estado da Paraíba, foram considerados os seguintes critérios relacionados ao acesso e oferta de serviços, programas e seguranças protetivas e territorializadas:

1. **ESCALA:** todo indicador precisa ter presença nos 223 municípios da PB;
2. **MENSURAÇÃO:** todo indicador utilizado precisa ser passível de mensuração/avaliação;
3. **PROTEÇÃO SOCIAL:** todo indicador precisa ter representatividade para a dimensão de proteção social ampliada do SUS e do SUAS;
4. **ÍNDICE:** todo indicador precisa estar relacionado à covid-19 e seus impactos, mas não pode se sobrepor nem ser derivativo de nenhum outro que irá compor o IPSAM.

Nessa perspectiva, teve como objetivo principal o fortalecimento da Seguridade Social brasileira através dos sistemas protetivos já citados, que estiveram no *front* da pandemia da covid-19.

## A MATRIZ DE INDICADORES DO SUAS

A **Matriz de Indicadores de Proteção Social do SUAS-PB (2020)** foi construída a partir de um conjunto de indicadores e variáveis, configurados como resposta ou ativo oriundo diretamente do acesso às seguranças de renda e de acolhida, ou seja, a oferta de serviços relativa à proteção e (des)proteção de segmentos da população em situação de vulnerabilidade. Com isso, a dimensão de segurança de renda tornou-se imperativa no estudo de impactos socio sanitários para essa população.

As parcerias interinstitucionais estabelecidas com os órgãos estaduais contribuíram fortemente no caminho metodológico para definição de indicadores, para o levantamento e acesso aos dados para construção de indicadores. A contribuição da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH/PB) foi fundamental nesse processo, através da Gerência Estadual do CadÚnico e da Vigilância Socioassistencial, sobremaneira, pela participação ativa na consolidação, integração e validação de dados e concepções analíticas.

O principal ativo que impactou a população de baixa renda foi o **Auxílio Emergencial (AE)**, uma renda básica disponibilizada em função da pandemia de covid-19 em âmbito nacional, previsto na Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020. O AE foi regulamentado pelo Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020, que estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) (BRASIL, 2020).

Em termos de acesso à proteção social, o AE tornou-se o denominador comum para construção e definição dos indicadores de segurança de renda. Assim foi eleita a primeira dimensão da matriz do SUAS, denominada "Segurança de renda pela condição de acesso ao auxílio emergencial", organizada em três subdimensões:

- 1. Acesso das famílias já inseridas no CadÚnico**, principal plataforma do SUAS para famílias já referenciadas no Programa Bolsa Família (PBF), dentre outros programas e benefícios de políticas públicas;
- 2. Acesso das famílias extra CadÚnico**, através do aplicativo da Caixa Econômica Federal, que produziu diferenças e iniquidades tanto em relação aos valores recebidos quanto em relação à segurança de acolhida a essa população – que até então, estava “invisibilizada” nos sistemas de informações, programas e serviços do SUAS.
- 3. Segurança de renda pela cobertura no território**, através dos desenhos de novos indicadores modelados pelos pesquisadores-chave do projeto.

A segunda dimensão desta matriz refere-se ao acesso ou à oferta de serviços de proteção social, da rede pública e privada, presente nos territórios municipais, agregados em três subdimensões:

- 1. Serviços públicos de proteção social do SUAS:** específicos do Sistema Único de Assistência Social, incluindo a rede de serviços de proteção social básica e especial.
- 2. Controle social:** presença de conselho de direitos sociais: da assistência social, da mulher, da criança e da pessoa com deficiência.
- 3. Rede de proteção social privada:** presença de organizações da sociedade civil (OSC), incluindo organizações religiosas, associações e fundações de cunho social.

Já a terceira dimensão diz respeito à presença de Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (GPTE), cadastrados no CadÚnico do SUAS. Esta dimensão está subdividida em 5 subdimensões, a saber:

- 1. Presença de povos originários relação com o sistema único de assistência social – CadÚnico:** formado pelos dados dos agrupamentos indígenas e quilombolas cadastrados no sistema único da assistência Social.
- 2. Presença de grupos de origem étnica na relação com o sistema único de assistência social – CadÚnico:** composto pelos indicadores de ciganos e comunidades de terreiro.
- 3. Presença de grupos relacionados ao meio ambiente na relação com o sistema único de assistência social – CadÚnico:** incluindo dados de ribeirinhos, pescadores e extrativistas.
- 4. Presença de grupos relacionados ao meio rural na relação com o sistema único de assistência social – CadÚnico:** formado pelos dados de assentados, agricultores e acampados.
- 5. Presença de grupos em situações conjunturais na relação com o sistema único de assistência social – CadÚnico:** incluindo dados sobre presos do sistema carcerário, atingidos por acidentes de empreendimentos, catadores de recicláveis e vivenciando situação de rua.

Vê-se que a composição da Matriz do SUAS abriga 32 indicadores distribuídos em três dimensões e 11 subdimensões. Cada um destes 32 indicadores foi construído a partir de dados públicos e oficiais, compondo taxas relativas para cada um dos 223 municípios individualmente. A composição dos indicadores, justificativas para uso, detalhamento do cálculo e fontes de dados estão dispostos na ficha de descritores, disponível em apêndice e na Plataforma Covid-19 PB (online).



**Figura 1 – Matriz de indicadores do SUAS – PB.**

Indicadores de segurança de renda, de serviços de proteção social e de presença de povos originários, tradicionais e específicos no território.

DIMENSÃO: SEGURANÇA DE RENDA NA PANDEMIA	DIMENSÃO: OFERTA DE SERVIÇOS DE PROTEÇÃO NO TERRITÓRIO	DIMENSÃO: POVOS ORIGINÁRIOS, TRADICIONAIS E ESPECÍFICOS NO TERRITÓRIO
<p><b>Subdimensão: SEGURANÇA DE RENDA PELA CONDIÇÃO DE ACESSO AO AUXÍLIO EMERGENCIAL</b></p> <p>001. Taxa de beneficiários PBF (por hab.) 002. Taxa de cadastrados no CadÚnico (por hab.) 003. Taxa de beneficiários EXTRACAD (por hab.)</p> <p><b>Subdimensão: SEGURANÇA DE RENDA AUXÍLIO EMERGENCIAL NA RELAÇÃO COM O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CADÚNICO*</b></p> <p>004. Taxa de beneficiários PBF 005. Taxa de cadastrados no CadÚnico 006. Taxa de beneficiários EXTRACAD</p> <p><b>Subdimensão: SEGURANÇA DE RENDA PELA COBERTURA DO TERRITÓRIO</b></p> <p>007. Taxa do Auxílio Emergencial concedido (R\$/por hab.) 008. Taxa do BPC concedido (R\$/por hab.) 009. Taxa de BPC no território</p> <p><b>Subdimensão: SEGURANÇA DE RENDA PELA COBERTURA DE ATIVOS NO TERRITÓRIO</b></p> <p>010. Taxa de beneficiários do Auxílio Emergencial (por hab.) 011. Presença de beneficiários do BPC – PCD no território 012. Presença de beneficiários do BPC – Pessoa idosa no território</p>	<p><b>Subdimensão: SERVIÇOS PÚBLICOS DE PROTEÇÃO SOCIAL DO SUAS - BÁSICA E ESPECIAL</b></p> <p>013. Taxa bruta da presença de serviços da PSB (por hab.) 014. Taxa bruta da presença de serviços da PSE (por hab.)</p> <p><b>Subdimensão: CONTROLE SOCIAL</b></p> <p>015. Presença de conselhos</p> <p><b>Subdimensão: REDE DE PROTEÇÃO PRIVADA</b></p> <p>016. Presença de Organizações da Sociedade Civil no território</p>	<p><b>Subdimensão: PRESENÇA DE POVOS ORIGINÁRIOS, RELAÇÃO COM O SISTEMA O CADÚNICO</b></p> <p>017. Presença de Indígenas cadastrados no CadÚnico 018. Presença de Quilombolas cadastrados no CadÚnico 019. Taxa de Indígenas declarados</p> <p><b>Subdimensão: PRESENÇA DE GRUPOS DE ORIGEM ÉTNICA NA RELAÇÃO COM O CADÚNICO</b></p> <p>020. Presença de pessoas ciganas 021. Presença de pessoas de comunidades de terreiro</p> <p><b>Subdimensão: PRESENÇA DE GRUPOS RELACIONADOS AO MEIO AMBIENTE NA RELAÇÃO COM O CADÚNICO</b></p> <p>022. Presença de Extrativistas 023. Presença de Ribeirinhos 024. Presença de Pescadores artesanais</p> <p><b>Subdimensão: PRESENÇA DE GRUPOS RELACIONADOS AO MEIO RURAL NA RELAÇÃO COM O CADÚNICO</b></p> <p>025. Presença de Agricultores familiares 026. Presença de pessoas Assentadas 027. Presença de pessoas Acampadas 028. Presença de Beneficiários PNCF</p> <p><b>Subdimensão: PRESENÇA DE SITUAÇÕES CONJUNTURAIS</b></p> <p>029. Presença de pessoas Atingidas por empreendimentos 030. Presença de Catadores de material reciclável 031. Presença de Preso do sistema carcerário 032. Presença de pessoas em Situação de rua</p>

Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021). Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

Cabe aqui ressaltar a singularidade e a prevalência no SUAS e no CadÚnico da dimensão “Presença de povos tradicionais”, especialmente os que compõem o Grupo Étnico – Indígena e Quilombola. A expressão “Povos e Comunidades Tradicionais” surgiu no âmbito do movimento ambientalista para se referir aos grupos sociais que vivem em contato direto com o meio ambiente, com formas próprias de utilização dos recursos naturais e características socioculturais diferenciadas em relação ao restante da população brasileira, ainda que com ela interaja e compartilhe práticas e hábitos. Estima-se que os povos e comunidades tradicionais no Brasil totalizem cerca de 25 milhões de pessoas, 5 milhões de famílias e ocupam aproximadamente  $\frac{1}{4}$  do território nacional. Dessa forma, os territórios tradicionais são os espaços necessários à reprodução cultural, social e econômica dessas populações, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária, observado, no que diz respeito aos povos indígenas e quilombolas, respectivamente, o que dispõem os Artigos 231 da Constituição e 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e demais regulamentações.

## A MATRIZ DE INDICADORES DO SUS

A **Matriz de Indicadores de Oferta, de Acesso e de Situação de Saúde – SUS/PB (2020)** tem como objetivo consolidar indicadores de saúde e demográficos nas diferentes dimensões da desigualdade (oferta, acesso, situação de saúde) relevantes para o contexto da pandemia de covid-19. Baseia-se em uma investigação epidemiológica de base populacional, do tipo ecológico, cuja unidade agregada de observação são os municípios paraibanos, a partir de múltiplas fontes de dados de múltiplas instituições, sobretudo daqueles cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/PB).

A construção e a sistematização dos indicadores ocorreram a partir de uma avaliação da qualidade de dados disponíveis. Tal

trabalhou resultou na elaboração de duas dimensões, uma composta por Indicadores indiretamente relacionados à covid-19 e a segunda, por Indicadores diretamente relacionados à covid-19.

**A primeira dimensão** está composta por duas subdimensões:

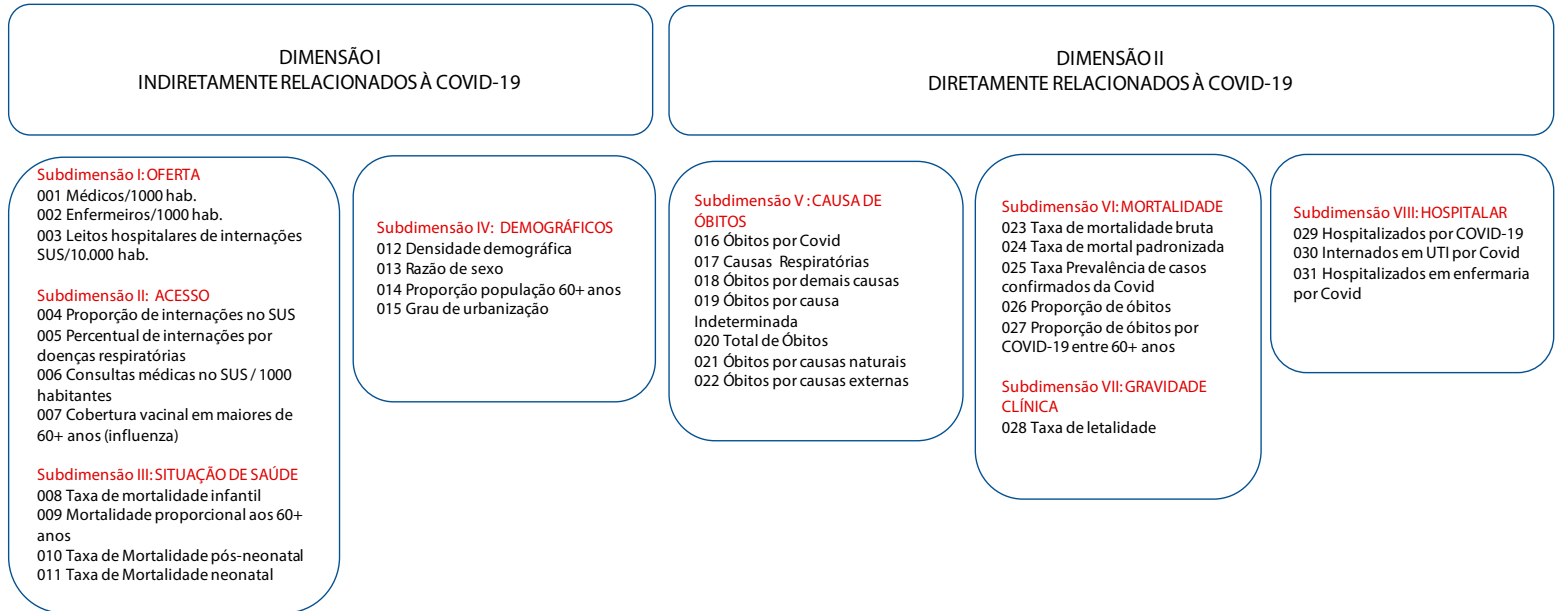
1. **Saúde:** com indicadores de Oferta à serviços de saúde; acesso à serviços de saúde e situação de saúde.
2. **Demografia:** com disposição dos indicadores demográficos paraibanos.

**A segunda dimensão** é composta por três subdimensões, a saber:

1. **Causas de óbitos:** incluindo óbitos por Covid19, de ordem respiratória, causas externas e demais causas.
2. **Mortalidade:** composta por indicadores de gravidade, prevalência em dados brutos e taxas diretamente associados à Covid19.
3. **Hospitalar:** composto por dados de internados, hospitalizados por causas diretas associadas à Covid 19.

## Figura 2 – Matriz do SUS – PB.

Indicadores de oferta, de acesso e de situação de saúde.



Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021).

Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

Em ambas as matrizes, cada subdimensão é composta por um conjunto de indicadores, cujos conceitos, interpretações, justificativas, formas de cálculo e outras informações relevantes sobre cada variável/indicador. Conferir o template criado para construção dos indicadores: **Quadro 3** – Modelo de Ficha de Descritores (SUS) e **Quadro 4** – Modelo de Ficha de Descritores (SUAS).

O Índice de Proteção Social Ampliada Municipal foi resultado dos estudos combinados entre indicadores do SUS e do SUAS que compuseram esforços para pronta resposta no intercurso da covid-19. Os estudos permitiram enxergar que a Proteção Social não se faz em respostas setoriais estanques, ou melhor, se faz com maior eficiência, quando as diferentes áreas do conhecimento são articuladas simultaneamente para uma interlocução de respostas. O mesmo ocorre no âmbito da governança pública, isto é, as respostas de proteção social são maximizadas quando as condições objetivas e instaladas de recursos numa localidade são manejadas em sua completude. Neste caso, combinamos as áreas da saúde e da assistência social como as mais importantes provisões de proteção social no território, culminando na Configuração de uma Matriz de Indicadores do SUAS e do SUS que compõe o IPSAM, conferir **Figura 03** – Matriz de Indicadores do IPSAM.

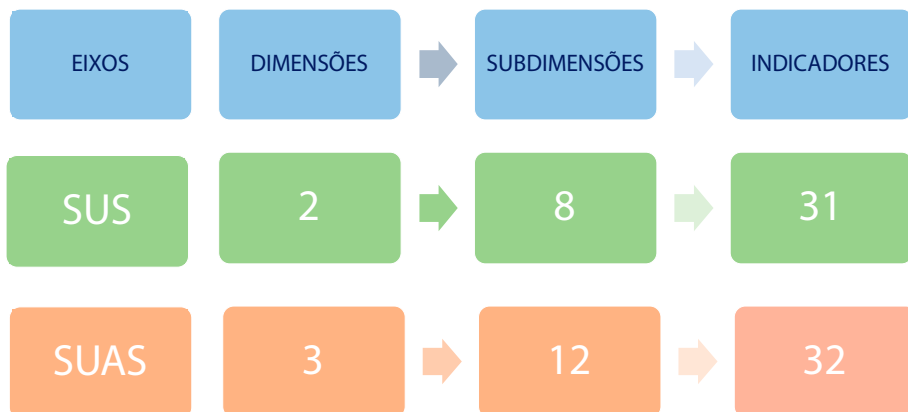
**Figura 3 – Matriz de Indicadores do IPSAM.**

DIMENSÃO I INDIRETAMENTE RELACIONADOS A COVID-19	DIMENSÃO II DIRETAMENTE RELACIONADOS À COVID-19			DIMENSÃO I: SEGURANÇA DE RENDA NA PANDEMIA	DIMENSÃO II: OFERTA DE SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL NO TERRITÓRIO	
<p><b>Subdimensão I: OFERTA</b> 001 Médicos/1000 hab.* 002 Enfermeiros/1000 hab.* 003 Leitos hospitalares de internações SUS/10.000 hab.*</p> <p><b>Subdimensão II: ACESSO</b> 004 Proporção de internações no SUS* 005 Percentual de internações por doenças respiratórias* 006 Consultas médicas no SUS / 1000 habitantes* 007 Cobertura vacinal em maiores de 60+ anos (influenza)*</p> <p><b>Subdimensão III: SITUAÇÃO DE SAÚDE</b> 008 Taxa de mortalidade infantil* 009 Mortalidade proporcional aos 60+ anos *</p>	<p><b>Subdimensão IV: DEMOGRÁFICOS</b> 010 Densidade demográfica* 011 Razão de sexo* 012 Proporção população 60+ anos* 013 Grau de urbanização*</p>	<p><b>Subdimensão V: CAUSA DE ÓBITOS</b> 014 Proporção de óbitos por Causas Respiratórias*</p>	<p><b>Subdimensão VI: MORTALIDADE</b> 015 Taxa Prevalência de casos confirmados da Covid* 016 Proporção de óbitos por covid*</p> <p><b>Subdimensão VII: GRAVIDADE CLÍNICA</b> 017 Taxa de letalidade*</p>	<p><b>Subdimensão VIII: HOSPITALAR</b> 018 Hospitalizados por COVID-19 * 019 Internados em UTI por Covid* 020. Hospitalizados em enfermaria por Covid*</p>	<p><b>Subdimensão I: SEGURANÇA DE RENDA PELA CONDIÇÃO DE ACESSO AO AUXÍLIO EMERGENCIAL</b> 021. Taxa de beneficiários PBF (por hab)* 022. Taxa de cadastrados no CadÚnico (por hab)* 023. Taxa de beneficiários EXTRACAD (por hab)*</p> <p><b>Subdimensão III: SEGURANÇA DE RENDA PELA COBERTURA NO TERRITÓRIO</b> 0247. Taxa de beneficiários do Auxílio emergencial concedido (R\$/por hab)* 025. Taxa do Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido (R\$/por hab)* 026. Taxa de Benefício de Prestação Continuada (BPC) no território.*</p>	<p><b>Subdimensão IV: Serviços Públicos de Proteção Social do SUAS – Básica e Especial</b> 027. Taxa bruta da presença de serviços da PSB (por mil hab)* 028. Taxa bruta da presença de serviços da PSE (por mil hab)*</p>

Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021).  
Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

Para melhor entendimento do procedimento metodológico para configuração das matrizes conceituais, conferir a **figura 4** – Síntese das dimensões, subdimensões e indicadores.

**Figura 4** – Síntese das dimensões, subdimensões e indicadores do SUS e do SUAS.



**Quadro 3 – Modelo da Ficha de Descritores do SUS.**

DIMENSÃO: OFERTA, ACESSO E SITUAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
INDICADOR: <b>Taxa de Mortalidade Pós-neonatal</b>	
DESCRIÇÃO	<p>Descrição pormenorizada do indicador.</p> <p>Por exemplo: <b>Taxa de Mortalidade Pós-neonatal</b></p> <p>Número de óbitos entre 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.</p>
INTERPRETAÇÃO	<p>Premissas que permitem compreender o dado apontado pelo indicador em termos de significado, riscos e alcances.</p> <p>Por exemplo: Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida.</p> <p>De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado.</p>
JUSTIFICATIVAS	<p>Campo destinado para expor a relevância da inclusão do indicador no estudo.</p> <p>A taxa de mortalidade pós-neonatal ou taxa de mortalidade infantil tardia estima o risco de um nascido vivo morrer no período pós-neonatal. Taxas elevadas de mortalidade pós-neonatal refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é usualmente o componente mais elevado. Análise do indicador subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção integral à saúde infantil e contribua para a análise comparada das condições de saúde e socioeconômicas (FRANÇA et al, 2017). Como este indicador reflète as condições de vida e de saúde, ele está ligado diretamente à ocorrência da COVID-19.</p>



USOS	<p>Espaço que descreve a aplicabilidade do indicador; como e de que forma responde aos objetivos gerais ou específicos da pesquisa.</p> <p>Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade pós-neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos; Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais;</p> <p>Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas – sobretudo na área ambiental – e de ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.</p>
LIMITAÇÕES	<p>Campo no qual são apresentadas as limitações de alcance do indicador; isso pode se dar pelo seu constructo, pelo acesso aos dados componentes, periodicidade da atualização, entre outras situações que são importantes para o entendimento do leitor.</p> <p>Por exemplo: Requer correção da subenumeração de óbitos e de nascidos vivos (esta em menor escala), para o cálculo direto da taxa a partir de dados de sistemas de registro contínuo. Essas circunstâncias impõem o uso de cálculos indiretos baseados na mortalidade proporcional por idade, em relação à taxa de mortalidade infantil estimada por métodos demográficos específicos. Com relação às estimativas da mortalidade infantil, envolve dificuldades metodológicas e imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, cujos pressupostos podem não se cumprir, por mudanças na dinâmica demográfica. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações.</p>
UNIDADE DE ANÁLISE/REFERÊNCIA TEMPORAL	<p>Indica a métrica adotada, incluindo abrangência e data.</p> <p>Município 2010 e 2017.</p>

CATEGORIAS SUGERIDAS PARA ANÁLISE	Indica análises possíveis e adequadas em relação ao constructo do indicador. Unidades geográficas regionais (mesorregião, microrregião ou unidades de saúde do estado).
FONTE	<p>Origem dos dados associados para a composição do indicador.</p> <p>Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)  <a href="http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701">http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701</a></p> <p>Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)  <a href="http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702">http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702</a></p> <p>IBGE Cidades  <a href="https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama">https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama</a></p>
DADOS ESTATÍSTICOS E COMENTÁRIOS	<p>Breve descritivo resultado da aplicação do indicador.</p> <p>A partir dos cálculos realizados para o indicador de mortalidade pós-neonatal, pode-se notar uma tendência de descenso de 2010 (4.0 por 1000 nascidos vivos) para 2017 (3.7 por 1000 nascidos vivos) respectivamente.</p>

**Quadro 4 – Modelo da Ficha de Descritores do SUAS.**

DIMENSÃO: <b>SEGURANÇA DE RENDA NA PANDEMIA</b>	
SUBDIMENSÃO: <b>SEGURANÇA DE RENDA PELA CONDIÇÃO DE ACESSO AO AUXÍLIO EMERGENCIAL</b>	
INDICADOR: <b>Taxa de beneficiários PBF (por hab.)</b>	
DESCRIÇÃO	<p>Descrição pormenorizada do indicador.</p> <p>Número total de pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) que receberam o Auxílio Emergencial, no município de referência do Cadastro Único da Assistência Social, em relação ao total de habitantes estimados no município para o ano de 2020 (IBGE).</p> <p>O número de beneficiários foi estimado a partir da média aritmética, calculada com base no intervalo que compreendeu os meses entre maio e setembro de 2020.</p> <p>Os resultados foram escalonados (normalizados) com o objetivo de colocar os resultados dentro do intervalo de 0 e 1.</p>
INTERPRETAÇÃO	<p>Premissas que permitem compreender o dado apontado pelo indicador em termos de significado, riscos e alcances.</p> <p>A taxa estima a presença de pessoas, normalmente chefes de família, em situação de extrema vulnerabilidade social.</p> <p>As altas taxas indicam presenças mais acentuadas desse perfil social, podendo estar associadas a ausência de ativos sociais e/ou acessos obstruídos a demais políticas públicas.</p> <p>As taxas padronizadas permitem melhor comparação entre municípios com características assemelhadas como porte populacional, assim como a expressão que se observa no Estado da Paraíba entre os massivos de pequeno porte.</p>

JUSTIFICATIVAS	<p>Campo destinado para expor a relevância da inclusão do indicador no estudo.</p> <p>O Programa Bolsa Família tem como principal objetivo a garantia de uma renda mínima as famílias em situação de pobreza e pobreza extrema, a partir da perspectiva da segurança de renda de forma condicionada.</p> <p>O programa apresenta um elemento relevante que é a centralidade na família, tornando a mulher, prioritariamente, a responsável pela família junto ao programa, considerando as relações de gênero para a implementação das políticas sociais, principalmente, os programas que têm as famílias como foco dos benefícios sociais. Levando em consideração que as mulheres são mais sensíveis ao choque de renda do que os homens, devido a divisão intradomiciliar do trabalho.</p>
USOS	<p>Espaço que descreve a aplicabilidade do indicador; como e de que forma responde aos objetivos gerais ou específicos da pesquisa.</p> <p>Fomentar o debate sobre as políticas de transferência de renda na conjuntura de enfrentamento das consequências socioeconômicas ocasionadas pela crise sanitária do coronavírus.</p> <p>Contribuir no processo de construção da gestão e planejamento das políticas de proteção social, sobretudo, a política de Assistência Social e os Programas de Transferência de Renda;</p> <p>Mensurar o grau de pobreza no Estado da Paraíba, visualizando cobertura/demanda por proteção social no estado.</p> <p>Discutir os impactos da permanência ou não do PBF no seu desenho original.</p>
LIMITAÇÕES	<p>Campo no qual são apresentadas as limitações de alcance do indicador; isso pode se dar pelo seu constructo, pelo acesso aos dados componentes, periodicidade da atualização, entre outras situações que são importantes para o entendimento do leitor.</p> <p>Não considera o montante de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza ainda não cadastradas no Cadastro Único da Assistência Social (demanda reprimida).</p>

UNIDADE DE ANÁLISE/REFERÊNCIA TEMPORAL	Indica a métrica adotada, incluindo abrangência e data. Município 2020.
CATEGORIAS SUGERIDAS PARA ANÁLISE	Indica análises possíveis e adequadas em relação ao constructo do indicador. Unidades geográficas regionais (mesorregião, microrregião do estado).
FONTE	Origem dos dados associados para a composição do indicador. Ministério de Desenvolvimento Social <a href="https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/data-explorer.php">https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/data-explorer.php</a> <a href="https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/index.php?g=2">https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/vis/data3/index.php?g=2</a> IBGE <a href="https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579">https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579</a>
DADOS ESTATÍSTICOS E COMENTÁRIOS	Breve descritivo resultado da aplicação do indicador. A partir dos cálculos realizados para o indicador de mortalidade pós-neonatal, pode-se notar uma tendência de descenso de 2010 (4.0 por 1000 nascidos vivos) para 2017 (3.7 por 1000 nascidos vivos) respectivamente.
MÉTODO DE CÁLCULO	$X = \frac{\text{Total de pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família no município}}{\text{Total de pessoas do município}}$ <p>O escalonamento do indicador é dado por: <math>Ex = Vx - V(\text{mín})Vmáx - V(\text{mín})</math></p> <p>Onde: <b>V(x)</b>: valor obtido; <b>V(mín.)</b>: valor mínimo observado; <b>V(máx.)</b>: valor máximo observado</p>

Estas fichas de qualificação dos indicadores foram elaboradas individualmente para cada uma das variáveis que compuseram o IPSAM para explicar aos usuários, de uma maneira padronizada e pormenorizada, importantes aspectos dos indicadores selecionados, que auxiliam tanto na leitura dos conteúdos, quanto na compreensão das escolhas deles. Os itens constituintes das fichas do indicador são: 1) descrição; 2) interpretação; 3) justificativa; 4) usos; 5) limitações; 6) unidade de análise/referência temporal; 7) categorias sugeridas para análise; 8) fonte; 9) dados estatísticos e comentários e, finalmente, 10) o método e fórmula de cálculo do indicador em questão.

## O CÁLCULO DOS ÍNDICES

O quadro conceitual para definição do IPSAM (2020) é denominado **Ativos, Vulnerabilidade e Estrutura de Oportunidades – Adaptações de AVEO** (KAZTMAN; FILGUEIRA, 1999; KAZTMAN, 1999a, 1999b; KAZTMAN; FILGUEIRA, 2006). Sob a perspectiva do AVEO, a ideia de vulnerabilidade está relacionada às situações que surgem quando as configurações de recursos (ativos) que controlam e podem movimentar os domicílios (indivíduos ou famílias) não são suficientes para aproveitar as estruturas de oportunidade de acesso ao bem-estar.

O IPSAM da covid-19 pode revelar qual é a situação dos indivíduos, dos domicílios, das famílias e de grupos populacionais em relação às suas possibilidades de acesso aos ativos em cada dimensão da proteção social ampliada (que representa saúde e proteção social). Essa informação permite ter uma medida que indique a maior ou menor capacidade de enfrentamento à covid-19 em função do lugar em que os indivíduos, domicílios, famílias e grupos populacionais se encontram no estado da Paraíba. Ou seja, as desigualdades de acesso refletem diretamente na capacidade de enfrentamento à pandemia.

Após a construção das matrizes, foram calculados os indicadores, subíndices, índices e o índice final. Ao final, tem-se o cálculo do **Índice da Proteção Social (IPS – COVID-19/SUAS)** e do **Índice de Saúde e Demografia (ISD – COVID-19/SUS)**, que juntos compõem o **Índice da Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM)**.

Os indicadores passaram por transformações lineares para a geração de escalas que variam de zero a um. A transposição dos indicadores para essas escalas de representação utiliza como suporte matemático uma transformação linear ( $y = ax + b$ ). Esta equação da reta tem como denominador a amplitude dos dados, ou seja, o valor máximo observado menos o valor mínimo observado referente aos percentuais de cada índice.

Onde:

***V(x): valor obtido***

***V(mín): valor mínimo observado***

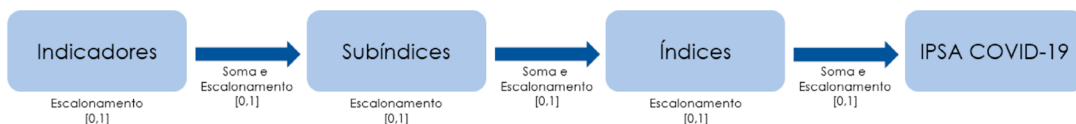
***V(máx): valor máximo observado***

Em alguns casos, para que a leitura do indicador permanecesse coerente com o índice sintético, houve a inversão dos valores, dada por:

Onde:

***V(inv): valor final invertido; E(x): valor escalonado observado***

Para a construção do IPSAM da covid-19, os indicadores escalonados entre zero e um foram somados e ordenados novamente, resultando em subíndices. Esses, por sua vez, são somados e reordenados entre zero e um, compondo o ISD e o IPS COVID-19. Ao final, o IPSAM é derivado de uma nova graduação entre os dois índices, como mostra o fluxo demonstrado na **figura 5**:

**Figura 5 – Processo de construção do IPSAM.**

Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021).  
Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

## O ÍNDICE DA PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA MUNICIPAL (IPSAM)

O IPSAM é um indicador sintético, composto pelas duas matrizes de indicadores listadas abaixo, referentes ao período de março a agosto de 2020:

- A do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que resultou no Índice de Proteção Social (IPS – COVID-19).
- A do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do qual foi produzido o Índice de Saúde e Demografia (ISD – COVID-19/SUS);

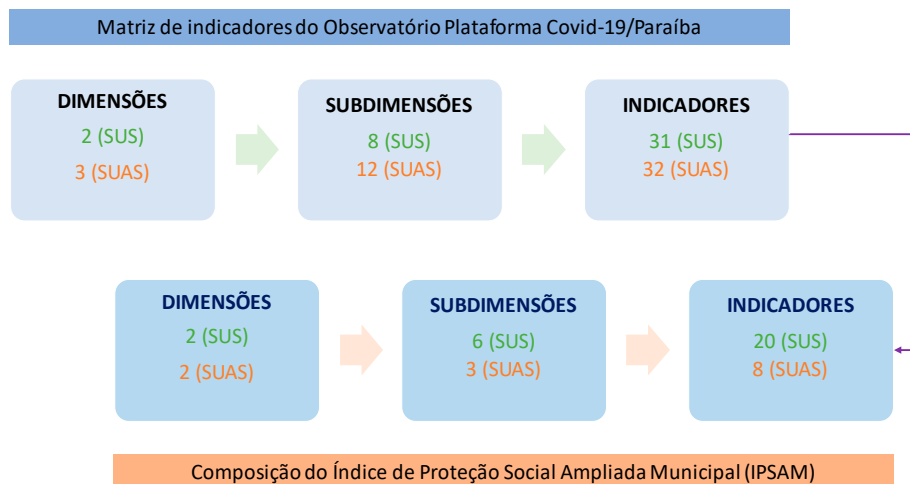
Para o cálculo dos índices e indicadores que compõe a Plataforma Covid-19/PB, emergem novas etapas:

- i) A construção do banco de dados referente aos índices e indicadores;
- ii) A padronização de planilhas e fichas de indicadores, conforme instruções do modelo de dados da Plataforma.



Os critérios de inclusão dos indicadores do SUS e do SUAS foram baseados no alcance representativo da técnica, quando o aplicativo da Plataforma *online* só permite relacionar dados passíveis de escalonamento em métrica que varia entre zero e um. Nesse sentido, quando o dado de representação da realidade em versão escalar (entre zero e um) expressou equívoco ou dúvida foi descartado para a composição do index, mas mantido na condição de indicador auxiliar. O processo se deu para indicadores do SUS e do SUAS e ambas as matrizes elucidaram indicadores para a composição final do Índice de Proteção Social Municipal – COVID-19 (IPSAM).

**Figura 6 – Processo de seleção de indicadores por matriz de indicador (SUS e SUAS) para composição final do IPSAM.**



A seleção de indicadores para essa fase responde aos critérios estáticos e matemáticos necessários para a construção da métrica – capaz de combinar e concatenar elementos dos dois campos de abrangência do estudo (Saúde e Assistência Social). No tocante relativo à matriz do SUAS para a construção do Índice de Proteção Social (IPS),

foram selecionados apenas oito indicadores oriundos de duas dimensões e três subdimensões.

## **DIMENSÃO I – DA SEGURANÇA DE RENDA NA PANDEMIA**

### **Subdimensão 1 – SEGURANÇA DE RENDA PELA CONDIÇÃO DE ACESSO AO AUXÍLIO EMERGENCIAL**

1. Taxa de beneficiários Programa Bolsa Família (por hab)
2. Taxa de cadastrados no CadÚnico (por hab)
3. Taxa de beneficiários ExtraCad (por hab)

### **Subdimensão 2 – SEGURANÇA DE RENDA PELA COBERTURA NO TERRITÓRIO**

1. Taxa do Auxílio Emergencial concedido (R\$/por hab)
2. Taxa do Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido (R\$/por hab)
3. Taxa de Benefício de Prestação Continuada (BPC) no território

## **DIMENSÃO II – DA OFERTA DE SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL NO TERRITÓRIO**

### **Subdimensão 3 – SERVIÇOS PÚBLICOS DE PROTEÇÃO SOCIAL DO SUAS – BÁSICA E ESPECIAL**

1. Taxa bruta da presença de serviços da PSB (por hab)
2. Taxa bruta da presença de serviços da PSE (por hab)

Para a construção do **Index de Saúde e Demografia** – COVID-19 (ISD – COVID-19/SUS), foram selecionados 20 indicadores divididos em duas dimensões e seis subdimensões. O Index é o índice sintético final que abarca a síntese combinada dos indicadores das matrizes do SUS e do SUAS, chamado aqui de Índice de Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM).

## **DIMENSÃO I – INDICADORES INDIRETAMENTE RELACIONADOS À COVID-19**

### **Subdimensão 1 (OFERTA, ACESSO E SITUAÇÃO DE SAÚDE)**

1. Médicos/1000 hab
2. Enfermeiros/1000 hab
3. Leitos hospitalares de internações /1000 hab
4. Proporção de internações no SUS
5. Percentual de internações por doenças respiratórias
6. Consultas médicas no SUS/1000 habitantes
7. Cobertura vacinal em maiores de 60 anos (influenza)
8. Taxa de mortalidade infantil
9. Mortalidade proporcional aos 60 anos ou mais

### **Subdimensão 2 (DEMOGRÁFICOS)**

1. Densidade demográfica
2. Razão de sexo
3. Proporção da população 60 anos e mais
4. Grau de urbanização

## DIMENSÃO II – INDICADORES DIRETAMENTE RELACIONADOS À COVID-19

### Subdimensão 3 – CAUSA DE ÓBITOS

1. Proporção de óbitos por causas respiratórias

### Subdimensão 4 – MORTALIDADE

1. Taxa de prevalência de casos confirmados da covid-19
2. Proporção de óbitos por covid-19

### Subdimensão 5 – GRAVIDADE CLÍNICA

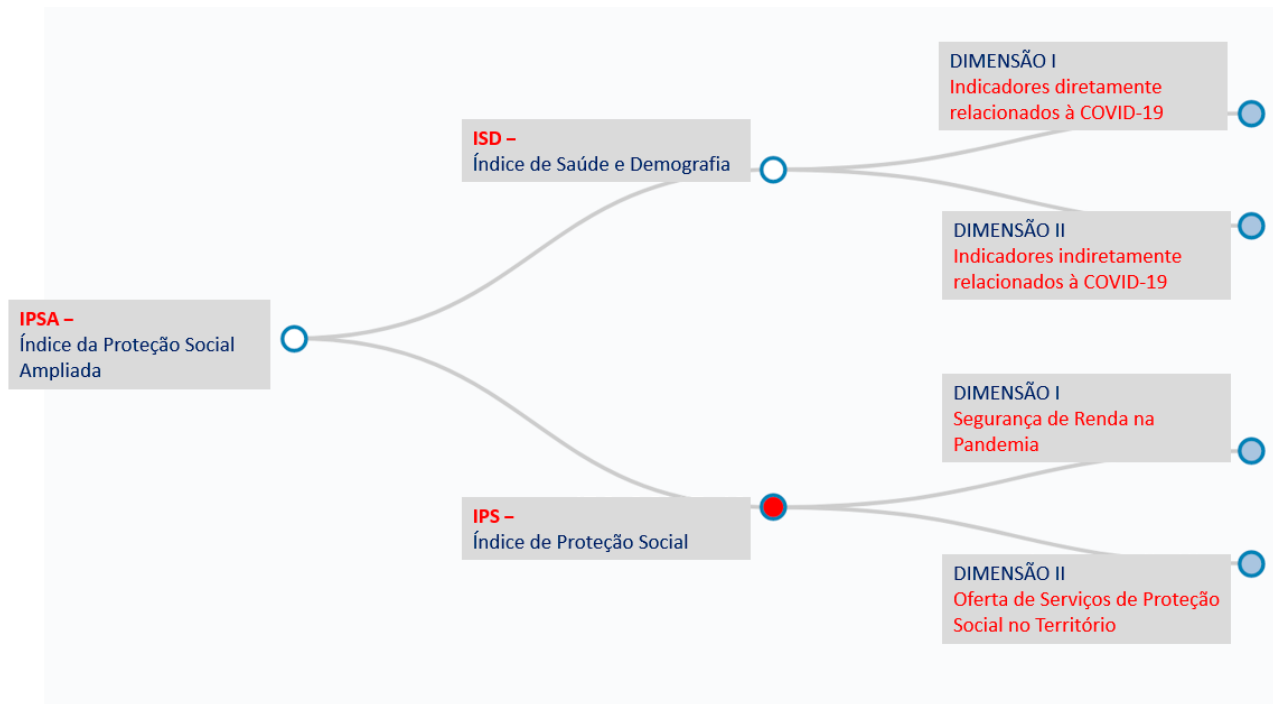
1. Taxa de letalidade

### Subdimensão 6 – HOSPITALAR

1. Hospitalizados por covid-19
2. Internados em UTI por covid-19
3. Hospitalizados em enfermaria por covid-19

Ambas as matrizes foram organizadas em dimensões e subdimensões relacionadas ao acesso pela população a ativos de saúde e demografia, bem como de proteção social. As **Figuras 7 e 8** ilustram a rede de interação entre os indicadores que compõem as matrizes.

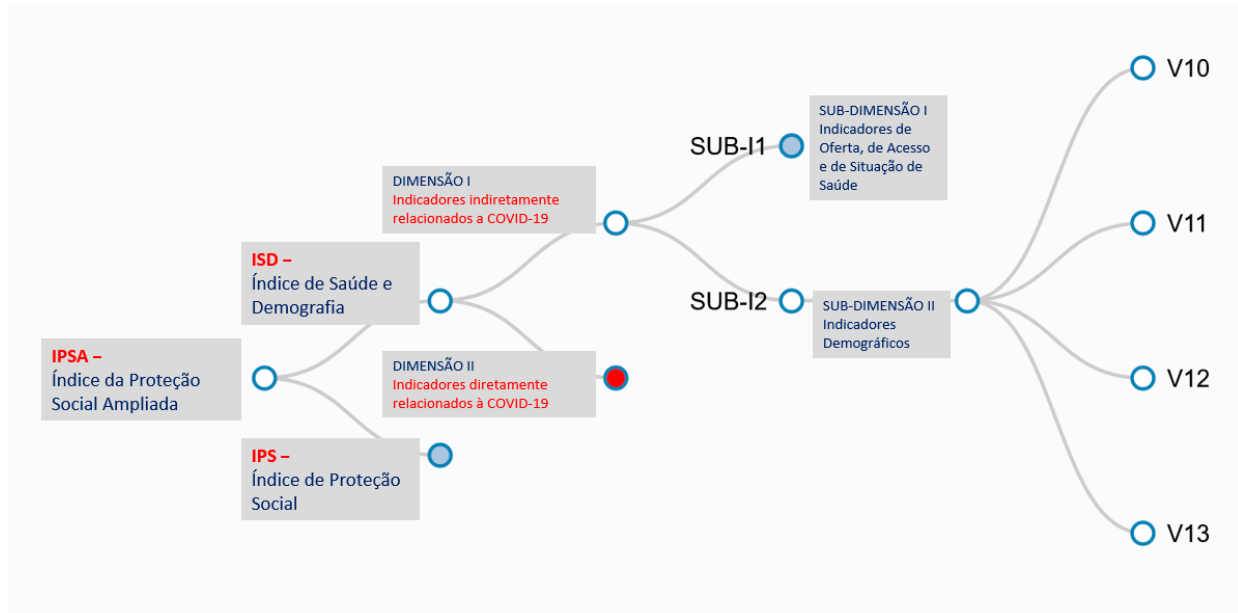
**Figura 7 – Rede de navegação da Plataforma Covid-19/PB por dimensões.**



Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021). Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

A seguir segue as possibilidades de navegação por subdimensões e variáveis (Fig. 8).

**Figura 8** – Rede de navegação da Plataforma Covid-19/PB por subdimensões e variáveis.



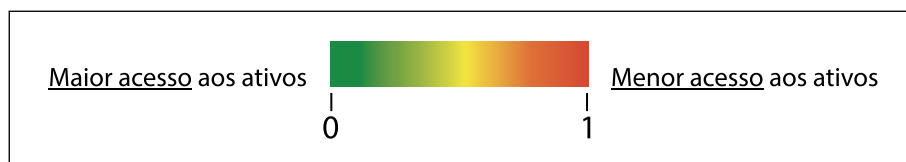
Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021).  
Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

Como a Plataforma Covid-19/PB adota a divisão político-administrativa municipal da Paraíba, os indicadores podem ser consultados em cada um dos 223 municípios do estado. Tais informações buscam auxiliar a tomada de decisão, especialmente por parte dos gestores municipais, para ações de gestão na área de proteção social ampliada.

## A LEITURA DO IPSAM

Para a construção do índice sintético IPSAM, a métrica adotada no estudo traz indicadores padronizados numa escala que varia entre zero e um. Quanto mais próximo de zero, melhores as perspectivas de acesso a ativos de proteção social; quanto mais próximo de um, mais dificultadas estão as vias de acesso aos ativos de proteção social no território, aqui compreendido pelo recorte espaço geográfico municipal. A **figura 9** ilustra a métrica adotada para a padronização dos indicadores.

**Figura 9 – Representação da métrica adotada para padronização e leitura valorativa dos indicadores.**

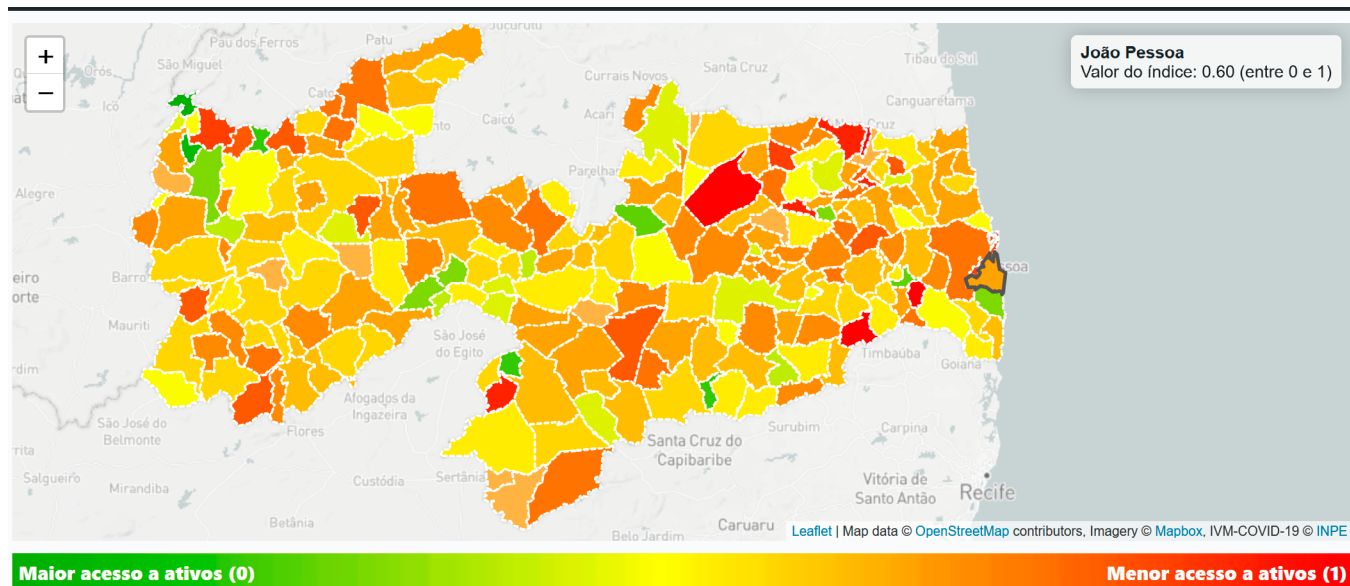


Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021).

Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

A métrica adotada na Plataforma, através do IPSAM, permitiu ranquear os 223 municípios de acordo com a posição do índice que varia entre zero e um. O **mapa 1** ilustra em uma perspectiva cartográfica de navegação da Plataforma Covid-19/PB, por municípios, com destaque para o município de João Pessoa.

## Mapa 1 – Perspectiva cartográfica de navegação da Plataforma Covid-19/PB por municípios da Paraíba.



Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021).  
Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.



Ressalta-se o fato de que a posição do ranqueamento dos municípios, que consta na Plataforma, pode se dar por diferentes modos, a depender da abordagem e do objetivo que o usuário procura responder, por exemplo: *ranking* por regiões administrativas, mesorregiões ou microrregiões, ou ainda particionar o ranqueamento dos municípios por quartil ou decil, como exemplificado adiante. No entanto, é preciso levar em conta que ao assumir uma determinada posição escalar de determinado ranqueamento regional não significa homogeneidade entre o agrupamento de municípios analisados, mas tão somente um ordenamento estatístico das informações quantitativas dos dados.

Adiante trazemos exemplos de aplicabilidade da ferramenta, com intuito de exemplificar possibilidades de análise que subsidiem decisões mais assertivas na implementação de políticas públicas voltadas para os cenários de crise decorrentes da pandemia de covid-19 no estado da Paraíba.

## PARTE II

# O ÍNDICE DA PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA MUNICIPAL (IPSAM): PERSPECTIVAS ANALÍTICAS

*Marinalva de Sousa Conserva*

*Alice Dianezi Gambardella*

*Neir Antunes Paes*

### POSSIBILIDADES DE USO

A Plataforma Covid-19/Paraíba transita entre saberes e propósitos que se dirigem aos gestores públicos de municípios e do estado, técnicos e pesquisadores no campo da gestão de políticas públicas na área da Proteção Social Ampliada, aqui organizadas pelo prisma do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Os dados para auxiliar na tomada de decisão podem ser lidos e defendidos sob diversos ângulos, que não se findam com essa nota, mas cujos principais trazemos à luz nesta oportunidade.

Como sabido, a Plataforma para a composição do Índice de Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM) colocou em síntese, a partir de critérios de inclusão abordados no item anterior, um rol de indicadores do SUS e do SUAS, mas também trouxe consigo um vasto conjunto de indicadores auxiliares, que não compõe o índice final, mas estão arrolados na Plataforma, como informado na Parte I.

Sobre o indicador sintético IPSAM, pode-se dizer que é um estrato que traz um parâmetro de leitura regional, suficiente para comparar os municípios paraibanos com uma leitura bastante ampliada – e por isso mesmo, mais “distante” da realidade cotidiana da vida no

território. Trata-se de uma leitura sobre os 223 municípios paraibanos em seu conjunto. Nesse sentido, chama a atenção para as limitações das rotulações feitas a partir de *ranking*, que dificilmente conseguirão expressar particularidades – que demandam lupas mais potentes.

Os dados observados a partir do município, mais próximos dos territórios vividos, são expressões de representações mais fiéis e úteis aos gestores municipais, já que permite a leitura do intraindicador sintético (IPSAM), permitindo o acesso aos dados municipais que constituem e compõem o indicador. Ou seja: a perspectiva a partir do município revela uma posição em relação a si próprio sobre aquilo que tem executado de melhor e sobre as suas fragilidades.

A leitura comparativa entre as dimensões que compõem o índice imprime um espelhamento das ações, das ofertas de ativos e acessos à Proteção Social Ampliada no âmbito municipal, a partir do espectro da saúde e da assistência social. Dessa forma, a tomada de decisão para respostas no âmbito da Proteção Social Ampliada pode ser conduzida para sedimentar e fortalecer políticas públicas a partir da identificação de suas áreas mais frágeis, expressas pelo rol de indicadores, subdimensões e dimensões que compõe o IPSAM.

## ABORDAGEM COMPARATIVA

São muito diversas as funcionalidades e possibilidades de usos da Plataforma virtual. Organizar indicadores por dimensão ou subdimensão são as estratégias mais diretas para visualização de um determinado dado municipal é de grande serventia para um gestor organizar e subsidiar o direcionamento do seu planejamento estratégico e plurianual (PPA) por exemplo. Contudo, ainda é possível obter visualizações em estudos comparativos entre municípios, permitindo compreender como um determinado município está na relação de vizinhança com municípios circunvizinhos, possivelmente mais assemelhados quanto as diversidades regionais.

A visualização apresentada a partir do **Quadro 3: Magnitude** dos índices selecionados segundo os municípios do Estado da Paraíba distribuídos pelo 1º e 10º decil do IPSAM, com destaque para João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa. exemplifica como os índices sintéticos de Proteção Social Ampliado Municipal (IPSAM), o Índice da dimensão Saúde/Demografia (ISD) e o índice da dimensão Proteção Social (IPS), podem ser interpretados na relação ranqueada dos 223 municípios do estado. Para tanto, primeiramente adotamos uma abordagem por decis (divisão em dez partes do ordenamento dos índices dos municípios). Organizados em decis, optamos pelo ranqueamento de 20% do total de 223, ou seja, 44 municípios, a saber: os 22 constituintes do primeiro decil e os 22 municípios do décimo decil.

Este tipo de análise permite a observação de um agrupamento em conjunto de indicadores assemelhados que pode expressar dispersão ou conglomeração no território, orientando assim a gestão estadual para um planejamento estratégico e tático mais assertivo em prol da equidade entre os entes municipais. Auxilia, portanto, numa visualização socioterritorial mais alargada do conjunto das municipalidades e seu comportamento pelo estado como um todo.

Sabe-se que os maiores centros econômicos regionais são diferenciados nessa leitura socioterritorial além de um reconhecimento identitário dos menores nesta relação comparativa. Neste sentido, buscamos destacar as cidade de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa conforme observarão na tabela comparativa.

O **Quadro 5** configura-se como um demonstrativo de como o Índice sintético de Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM), o Índice da dimensão Saúde/Demografia (ISD) e o índice da dimensão Proteção Social (IPS) podem ser interpretados. Para tanto, foi adotada uma abordagem por decis (divisão em dez partes do ordenamento dos índices dos municípios). Dessa forma, foram ranqueados 44 municípios, 20% do total de 223, ou seja, os 22 constituintes do primeiro decil e os 22 componentes do décimo decil. Ademais foram destacados alguns municípios do Estado: João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa.

**Quadro 5** – Magnitude dos índices selecionados segundo os municípios do Estado da Paraíba distribuídos pelo 1º e 10º decil do IPSAM, com destaque para João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa.

	Município	ÍNDICE DE PROTEÇÃO SOCIAL	Município	ÍNDICE DE SAÚDE/DEMOG.	Município	ÍNDICE DE PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADO
	João Pessoa	0,59	João Pessoa	0,48	João Pessoa	0,60
	Campina Grande	0,41	Campina Grande	0,28	Campina Grande	0,35
	Patos	0,56	Patos	0,50	Patos	0,59
	Sousa	0,58	Sousa	0,23	Sousa	0,42
1º DECIL	Poço Dantas	0,00	Cacimbas	0,00	Poço Dantas	0,00
	Riacho de Santo Antônio	0,06	Bernardino Batista	0,02	Poço de José de Moura	0,08
	São José do Sabugi	0,07	Gado Bravo	0,08	Lastro	0,15
	Poço de José de Moura	0,09	Mato Grosso	0,09	Riacho de Santo Antônio	0,16
	Congo	0,15	Santana de Mangueira	0,10	Amparo	0,19
	Coxixola	0,21	Lastro	0,10	São Vicente do Seridó	0,20
	Sobrado	0,24	Areia de Baraúnas	0,10	Sobrado	0,21
	São José do Bonfim	0,25	Marcação	0,12	Mãe d'Água	0,25
	Amparo	0,28	Santa Inês	0,13	Pilões	0,26
	São João do Rio do Peixe	0,29	Pitimbu	0,14	São João do Rio do Peixe	0,27
	Lastro	0,30	Joca Claudino	0,14	São José do Bonfim	0,28
	Riachão do Bacamarte	0,31	São Vicente do Seridó	0,14	Conde	0,29
	Pilões	0,32	Juru	0,15	Gado Bravo	0,30
	Conde	0,33	Mãe d'Água	0,16	Areia de Baraúnas	0,30
	São Vicente do Seridó	0,33	Cajazeirinhas	0,17	Nazarezinho	0,32
	Areial	0,35	Poço Dantas	0,17	Maturéia	0,33
	Alhandra	0,36	Amparo	0,18	Campina Grande	0,35
	Zabelê	0,36	Imaculada	0,19	Cajazeirinhas	0,35
	Nazarezinho	0,37	Bananeiras	0,19	Bernardino Batista	0,35
	Duas Estradas	0,37	Poço de José de Moura	0,21	Congo	0,35
	Desterro	0,37	Riacho dos Cavalos	0,21	Areial	0,36
	Itabaiana	0,38	Dona Inês	0,21	Bananeiras	0,37

OBSERVATÓRIO DE INDICADORES DA PROTEÇÃO SOCIAL

10 <sup>os</sup> DECL.	Manaíra	0,79	Santa Luzia	0,69	Manaíra	0,79
	Curral Velho	0,79	Santa Helena	0,71	Zabelê	0,80
	Itatuba	0,79	Duas Estradas	0,71	Remígio	0,80
	Cabaceiras	0,79	Juarez Távora	0,73	Santa Helena	0,80
	Marcação	0,80	Cacimba de Dentro	0,74	Emas	0,80
	Pedra Lavrada	0,80	Caiçara	0,75	Nova Floresta	0,81
	Alagoa Nova	0,80	Barra de Santa Rosa	0,79	Igaracy	0,81
	Cabedelo	0,80	Pirpirituba	0,79	São Sebastião do Umbuzeiro	0,83
	Remígio	0,80	São Mamede	0,80	Caiçara	0,83
	São Bentinho	0,82	São João do Cariri	0,81	Parari	0,83
	Santana dos Garrotes	0,83	São José do Sabugi	0,82	Bayeux	0,85
	Salgadinho	0,83	Sertãozinho	0,83	Uiraúna	0,85
	Serra da Raiz	0,85	Coxixola	0,83	Cabedelo	0,86
	Santana de Mangueira	0,86	Bayeux	0,84	Cacimba de Dentro	0,88
	Pitimbu	0,88	São Miguel de Taipu	0,86	Sertãozinho	0,91
	Barra de Santa Rosa	0,88	Logradouro	0,88	Prata	0,93
	Bonito de Santa Fé	0,91	Uiraúna	0,89	Arara	0,93
	Arara	0,91	São Sebastião do Umbuzeiro	0,90	Tacima	0,94
	São José de Princesa	0,93	Salgado de São Félix	0,94	Logradouro	0,96
	Imaculada	0,93	Parari	0,96	São Miguel de Taipu	0,98
Pedro Régis	0,93	Prata	0,99	Salgado de São Félix	0,99	
Tacima	1,00	Zabelê	1,00	Barra de Santa Rosa	1,00	

Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021).

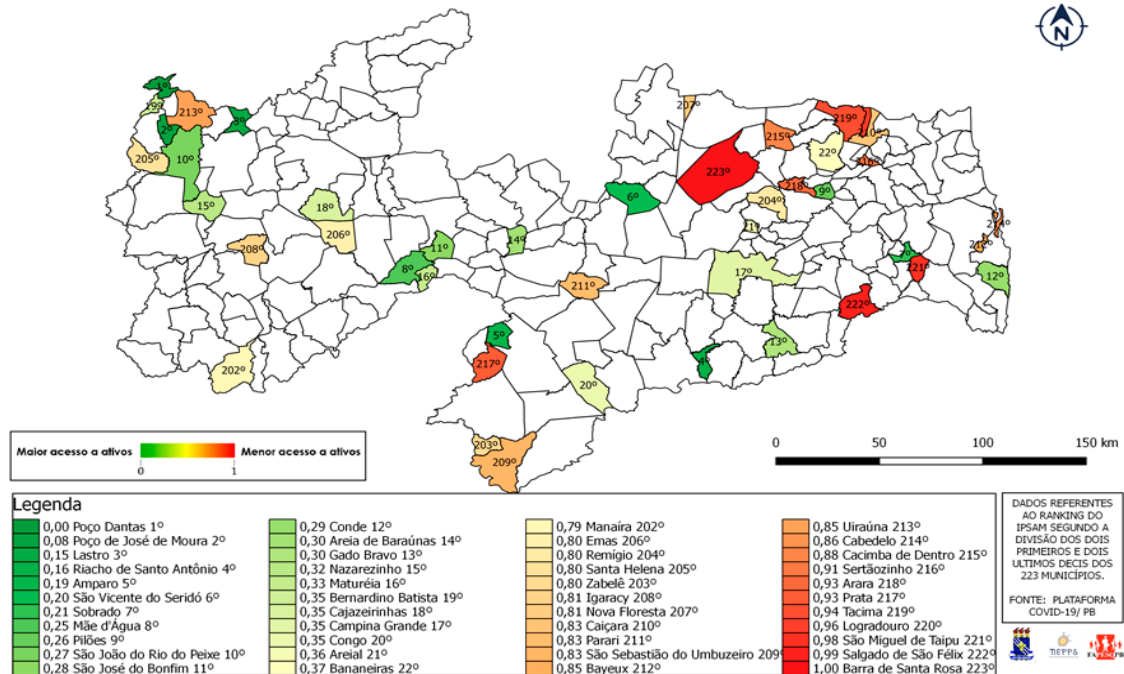
**Nota:** Maior acesso a ativos representado na cor verde, próximo de zero (0,0); menor acesso a ativos em vermelho, mais próximo de um (1,0).

O ranqueamento dos índices do **Quadro 3** mostra que, com exceção de Campina Grande (0,41), João Pessoa (0,59), Patos (0,56) e Sousa (0,58), todos os demais municípios possuem índices semelhantes na Dimensão de Proteção Social, mas distintos na Dimensão de Saúde e Demografia, variando 0,25 pontos de Sousa (0,23) a João Pessoa (0,48).

O **Mapa 2** ilustra o ranqueamento do Índice de Proteção Social Ampliada Municipal para os municípios pertencentes ao primeiro e ao décimo decil:

## Mapa 2 – Índice de Proteção Social Ampliada Municipal, ranqueado para os municípios da Paraíba pertencentes ao primeiro e o décimo decil.

### IPSAM - ÍNDICE DE PROTEÇÃO SOCIAL AMPLIADA MUNICIPAL/PB - 2020



Fonte: Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de Indicadores Sociais e de Saúde para Gestão do SUS e do SUAS (2021). Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

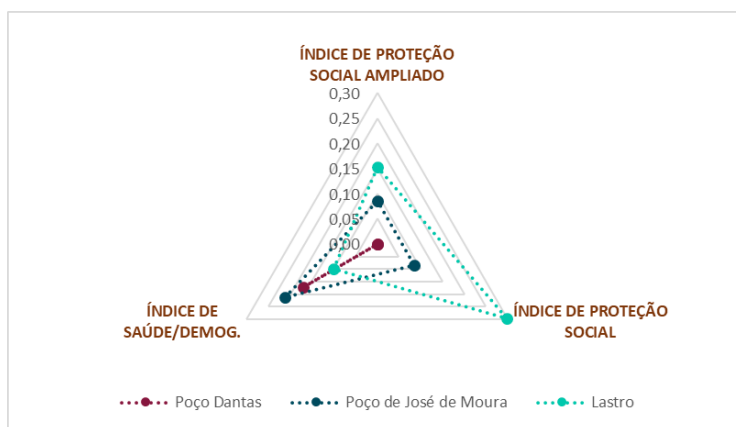


Esse exercício permite que os gestores visualizem as possibilidades de análise dos índices, na sua relação com os demais municípios, obtendo referências, por traços que poderiam ser de contiguidade, de população, de regionalidade, de bioma, de negócio e comércio, entre outras. Ainda assim, os quatro municípios em questão tendem a responder melhor a partir da oferta de ativos de Saúde e Demografia do que pelos ativos de Proteção Social, dimensão que mereceria uma atenção e investimentos mais destacados para alcançar equilíbrio e aprimoramento ao conjunto de ativos de Proteção Social Ampliada (SUS+SUAS) ofertados à população.

Assim, o IPSAM deve ser entendido como uma **proxy** da realidade, uma representação sintética de dados organizados em índices que auxiliam na tomada de decisão de uma determinada realidade, mas que depende da análise crítica e intencional do leitor/usuário que utilizar a Plataforma.

## ANÁLISE A PARTIR DE GRÁFICO EM RADAR

**Gráfico 1** – Projeção do IPSAM pelas dimensões SUS e SUAS para os municípios do 1º decil, Poço Dantas, Poço de José de Moura e Lastro.



Fonte: Elaboração própria, a partir da Plataforma Covid-19/PB.

O IPSAM de Poço Dantas revelou um excelente indicador de proteção social ampliada (0,00), o melhor em todo o estado. Mas, isso não exclui uma observação mais atenta por parte dos gestores. Em outras palavras, um índice sozinho não é suficiente para responder quais são os pontos mais fortes e quais ainda precisam ser atendidos com mais cuidado e obter prioridade. No caso específico deste município, identifica-se melhores ofertas a ativos relativos ao IPS (0,00) e menos acesso aos ativos no ISD (0,17). O município de Poço de José Moura seguiu um comportamento similar, ou seja, 0,09 para o ISD e 0,21 para o IPS; já o índice agregado IPSAM, ficou em 0,08, o segundo melhor em todo o estado. Já Lastro foi o município que apresentou melhor ISD (0,10) entre os três, embora com um IPS maior (0,30); no agregado esse município ficou em terceiro lugar, com IPSAM de 0,15.

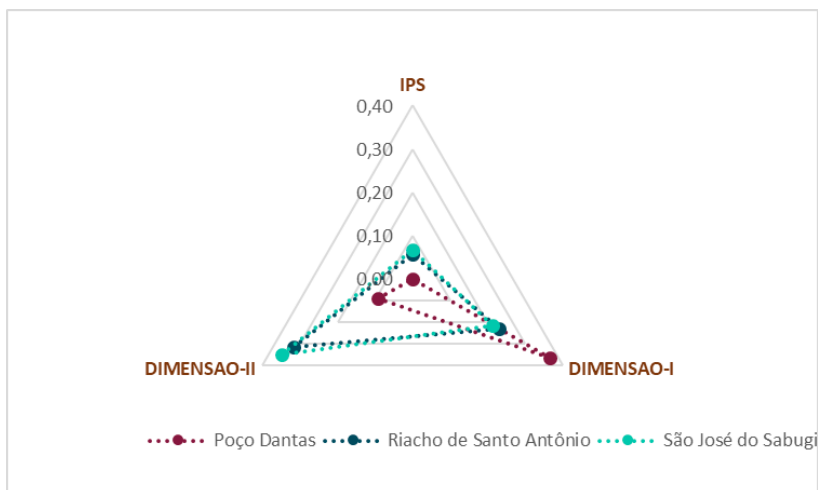
Assim, a Plataforma Covid-19/PB exige uma leitura pormenorizada dos índices que sustentam o IPSAM, a partir das Matrizes de Indicadores do SUS e do SUAS, inter e independentemente, a fim de obter a correta compreensão das ofertas municipais aos ativos de proteção social ampliada.

A título de ilustração, para uma leitura no campo do SUAS, o **Gráfico 2** mostra o relacionamento dos índices relativos às duas dimensões que compõem o IPS, ou seja, a **Dimensão I** (Segurança de Renda na Pandemia) e a **Dimensão II** (Oferta de Serviços de Proteção Social no Território), para os três municípios com melhores índices em todo o estado e que fazem parte do primeiro decil; em ordem decrescente: Poço Dantas (0,00); Riacho de Santo Antônio (0,06); e São José do Sabugi (0,07).

Observa-se que Poço Dantas possui uma melhor desenvoltura das providências relacionadas à **Dimensão II** e mais fragilidade para a **Dimensão I**. Já os municípios de Riacho de Santo Antônio e São José do Sabugi, ao contrário, projetaram melhores respostas para a **Dimensão I** e demandam mais atenção e providências para incrementar respostas

de acessos a ativos na **Dimensão II**. Como já dito, os três municípios tiveram os melhores índices IPS entre os 223 municípios do Estado.

**Gráfico 2** – Projeção do IPSAM pelas Dimensões I e II para municípios paraibanos do 1º decil.



Fonte: Elaboração própria, a partir da Plataforma Covid-19/PB.

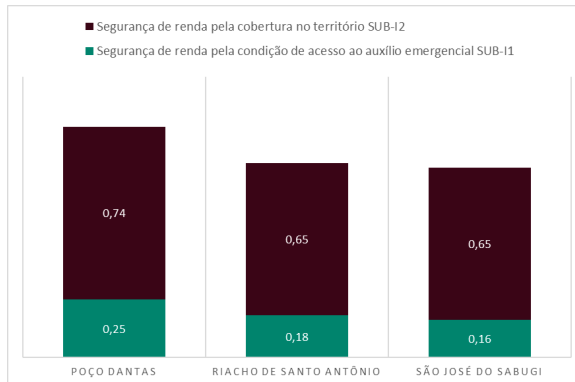
Nessa direção, há ainda que se explorar os componentes das dimensões, seja para reiterar os investimentos numa determinada direção, seja para revê-los. O ponto central é que, quanto maior a compreensão e a proximidade com os índices que compõem as subdimensões, maior precisão e pontualidade em tomadas de decisão acertadas. Assim, tem-se que Poço Dantas precisa de mais providências em relação à rede de serviços de proteção social, enquanto os municípios de Riacho de Santo Antônio e São José do Sabugi necessitam mais investimentos em estratégias para fortalecimento de políticas de segurança de renda.

A **Dimensão I**, Dimensão da Segurança de Renda, é composta por duas subdimensões: **i)** Segurança de renda pela condição de acesso

ao auxílio emergencial (SUB-I.1) e; **ii**) Segurança de renda pela cobertura no território (SUB-I.2). Assim, ainda que os municípios tenham mostrado bons índices no nível macro, a Plataforma oferece uma oportunidade para identificar se há equilíbrio na comparação entre as subdimensões ou qual delas puxa o índice do município para baixo – e, portanto, verifica-se o ponto exato da sua fragilidade.

Conforme mostra o **Gráfico 3**, houve um padrão entre os municípios, embora com alguma variação, com apresentação de bom desempenho na SUB-I.1 (0,25), (0,18) e (0,16) para os municípios Poço Dantas, Riacho de Santo Antônio e São José do Sabugi, respectivamente; nesta mesma sequência de municípios, nota-se que a SUB-I.2 indicou valores mais elevados (0,74), (0,65) e (0,65), respectivamente. Portanto, a SUB-I.1, referente à Segurança de renda pela condição de acesso ao auxílio emergencial, foi a política de proteção social que propiciou acesso a ativos de proteção por meio de segurança de renda mais expressiva, alavancando a nota dos municípios. Ao passo que a SUB-I.2 (Segurança de renda pela cobertura no território) precisa ser olhada com maior cuidado por parte dos gestores públicos. No conjunto, a SUB-I.2 trata do montante de recursos dispendidos por habitante, ainda baixos na expressão de garantia de segurança e também pelo Benefício de Prestação Continuada no território.

**Gráfico 3** – Magnitude dos índices da Subdimensão I-1 (Segurança de renda pela condição de acesso ao auxílio emergencial) e Subdimensão I-2 (Segurança de renda pela cobertura no território) do IPS dos municípios de Poço de Dantas, Riacho de Santo Antônio e São José do Sabugi.



Fonte: Elaboração própria, a partir da Plataforma Covid-19/PB (2021).

## CARTOGRAFIA DOS ÍNDICES SINTÉTICOS DO IPSAM

A Plataforma Covid-19/PB fornece uma multiplicidade de índices, expressos cartograficamente, que podem ser combinados a depender do interesse ou necessidade para gestão territorializada da Proteção Social Ampliada. Ou seja, pode-se ter acesso ao IPSAM, aos seus dois principais componentes (IPS e ISD), e a cada um dos desdobramentos desses últimos em subdimensões. Todos os índices foram escalonados em formato de *ranking*, variando de zero a um (0,0 a 1,0). Novamente reitera-se que o escalonamento dos valores numéricos para os 223 municípios é insuficiente para compreender o acesso aos ativos de proteção social ampliada dos territórios. Os dados devem ser interpretados como uma *proxy*. Contudo, o índice final expresso pelo IPSAM permite uma leitura síntese, mensurada em uma perspectiva comparativa entre os municípios do Estado da Paraíba em sua totalidade, conferindo o amálgama, de acordo com o representado no **Mapa 3**.



## CONSIDERAÇÕES SOBRE O IPSAM

A criação do IPSAM pode ser interpretado como uma bússola de gestão da proteção social ampliada, configura-se numa estratégia fundamental para o enfrentamento da crise e pós-crise da pandemia da *corona vírus*; seu potencial diferenciado caracteriza-se tanto pelo seu ineditismo na combinação **de ativos do SUS e do SUAS**, como pela criação de uma **ferramenta digital de diálogos entre o meio técnico-científico e a gestão pública**, a partir de um painel de indicadores com potencial para avaliação, monitoramento e aprimoramento de políticas públicas na tomadas de decisão. O índice pode resultar no mesmo valor ou valores muito parecidos entre dois municípios muito distintos. Nesse sentido, é fundamental perseguir as assimetrias entre suas dimensões e subdimensões, a fim de observar as particularidades de cada município e obter ações acertadas em prol da população.

A Plataforma Covid-19/PB agrega um conjunto de indicadores orientados para políticas públicas sociais, mas ainda próprios da Saúde e da Assistência Social. Isso significa que há um vasto campo a ser trabalhado para que haja incorporação de políticas nas áreas de habitação, educação, cultura, lazer e esporte, só para citar alguns exemplos. Recomenda-se estudos outros para avançar em estratégias de complementação daquilo que é próprio da gestão e caro à governança e, principalmente, à população na sua integralidade.

As perspectivas analíticas firmadas no prisma municipal tendem a convocar recortes específicos para estudos de viabilidade de novas políticas públicas, análises espaciais por regiões e biomas do Estado, porte de municípios, dentre outras possibilidades. Dessa maneira, a Plataforma Covid-19/PB se constitui em uma expressão cartográfica de indicadores mensurados à serviço da população e de sua cidadania plena.

Os exercícios analíticos expostos deixam claro que os territórios impõem ações e decisões distintas, particulares e customizadas para as

especificidades de sua população de acordo com a estrutura instalada. Nessa direção, esforços serão despendidos para continuar aprimorando o instrumento a fim de que gestores e sociedade possam se beneficiar do conhecimento produzido pela academia.

A seguir, na Parte III desta publicação, apresenta-se a análise socioeconômica da conjuntura relacionada à eclosão da pandemia de covid-19, com foco no estado da Paraíba, na Região Nordeste e no panorama mais geral, em termos de Brasil. Esse contexto serve de base para o entendimento do processo de elaboração da Plataforma Covid-19/PB, do próprio IPSAM e de outros desdobramentos e impactos para a compreensão e gestão do sistema de proteção social brasileiro.



## PARTE III

# TENDÊNCIAS SOCIOECONÔMICAS QUE ACOMPANHAM O PERÍODO DE CONCESSÃO DO AUXÍLIO EMERGENCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19

*Lena Lavinias*

*Ana Carolina Cordilha*

*Pedro Rubin*

## PANORAMA SOCIOECONÔMICO

O objetivo desta última parte é contextualizar a dinâmica socioeconômica que caracteriza o impacto da covid-19 na vida dos brasileiros. As análises foram feitas a partir de quatro escalas geográficas, com dados e indicadores para Brasil, Região Nordeste, Paraíba e João Pessoa da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), para os dados dos anos que compreendem o intervalo de 2016 a 2019, a partir dos consolidados anuais, e para os dados de 2020 foram utilizados os três primeiros trimestres do ano. Discute-se, prioritariamente, os dados relativos ao Brasil e à Paraíba, na medida em que análises anteriores comprovaram uma forte semelhança no perfil da renda e ocupação observado no Nordeste e na Paraíba.

Após uma breve apresentação dos resultados divulgados na PNAD COVID-19/IBGE, debruça-se mais detalhadamente sobre a situação do mercado de trabalho e dos rendimentos em meio à crise

sanitária, apontando para as diferenças e semelhanças existentes. Por fim, pontuam-se os principais achados desse esforço analítico de modo a contribuir com respostas mais assertivas por parte dos tomadores de decisão.

A PNAD COVID-19<sup>7</sup> mostrou o efeito extremamente positivo do auxílio emergencial, cujo valor elevado para um benefício assistencial (entre R\$ 600,00 e R\$ 1.200,00 por adulto) e a extensa cobertura (aproximadamente 67,9 milhões de beneficiários) permitiram reduzir a pobreza em termos absolutos e relativos, bem como levaram a uma inflexão do Índice de Gini (que mede o grau de concentração de renda), que desce a níveis inferiores aos registrados na fase recente de crescimento econômico, entre 2004 e 2013.

Considerando o corte de renda de USD 5,50/per capita/dia, recomendado pelo Banco Mundial para estimar a pobreza em países de renda média alta, como o Brasil, Duque calcula que, em maio de 2020, no início da pandemia, 50 milhões brasileiros viviam na pobreza, número que já em agosto, em virtude do pagamento do auxílio emergencial, cai para 38,9 milhões. Assim, a proporção de pessoas pobres estimada em 23,7% em maio recua para 18,4% em agosto, quando 11 milhões de brasileiros deixam a pobreza.

Quanto à linha de pobreza extrema, cujo per capita diário é de US\$ 1,90, Duque (2020) evidencia queda do número de pessoas em situação de profunda destituição: passam de 8,8 milhões em maio para 4,8 milhões em agosto. Ou seja, uma retração expressiva de 4,2% para 2,3% da população. Também a desigualdade é impactada positivamente pela renda básica emergencial, cuja ampla cobertura e duração levaram o Índice de Gini a declinar, no mesmo período, de 0,4918 para 0,4737. Observa-se que nem mesmo durante os anos de

---

7 Os dados da PNAD COVID-19 foram coletados pelo IBGE entre maio e novembro de 2020, por meio de contato telefônico.

crescimento econômico, sob gestão do Partido dos Trabalhadores (PT), patamar tão baixo foi alcançado.

Mas, ao analisar a integralidade do período da PNAD COVID-19, que se estende à segunda fase do auxílio emergencial, salta aos olhos a reversão de tendência, resultado das primeiras medidas restritivas ao programa compensatório do governo federal. Os dados indicam que a mudança no valor (passando de R\$ 600,00 para R\$ 300,00 mensais) e na cobertura do auxílio emergencial (mudança na linha de pobreza, restringindo o público-alvo, e nos critérios de habilitação), a partir de outubro de 2020, de imediato impactaram negativamente a tão celebrada eficácia da política compensatória. De fato, a renda domiciliar per capita real média dos 40% mais pobres que havia passado de R\$447,00 mensais em maio para R\$ 522,00 em setembro, recua para R\$ 460,00 em novembro em razão da retração no auxílio emergencial. O ganho líquido médio de R\$ 75,00 entre maio e setembro cai para R\$ 13,00, e praticamente se anula.

Do ponto de vista do índice de pobreza, significa dizer que quando tem início a implementação do auxílio emergencial, em maio de 2020, havia no país 5,6 milhões de domicílios cuja renda per capita era inferior a R\$ 300,00 mensais, reunindo 22,4 milhões de pessoas<sup>8</sup>. Portanto, pouco mais de 10% dos brasileiros viviam na pobreza extrema naquele momento. Esses números diminuem significativamente até setembro, graças à expansão da cobertura emergencial. Em setembro, embora 3,6 milhões de domicílios ainda sigam vivendo na miséria, 2 milhões superaram esse patamar. O número de indigentes cai, assim, de 22,4 milhões para 15,3 milhões.

Contudo, em novembro, já está dada a reversão de tendência, bem como o agravamento da condição social dos mais destituídos. O número de domicílios marcados pela pobreza extrema alcança 5,9

---

8 Esse número de pobres considera todas as rendas declaradas no domicílio, a saber rendimentos do trabalho, benefícios previdenciários, benefícios assistenciais e o auxílio emergencial.

milhões ou 300 mil a mais que no início da série (maio), adicionando dois milhões de pessoas a esse universo, agora formado por 24,6 milhões de brasileiros. O índice de pobreza absoluta, que considera a declaração de todas as rendas, sobe para 11,7%, acima da marca inicial registrada em maio (10%).

Alarmante, porém, é constatar que no auge da cobertura estendida do auxílio emergencial, que se soma a outros benefícios (Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, seguro-desemprego, abono salarial, aposentadorias e pensões), o Brasil registra um déficit de cobertura importante no que tange o atendimento do público-alvo potencial. De fato, em novembro de 2020, 1,5 milhão de domicílios ou 26% daqueles abaixo da linha de extrema pobreza declararam não ter recebido nenhum tipo de transferência monetária. Encontram-se nessa situação limite, de total desalento, 5 milhões de pessoas. Portanto, como era esperado, a focalização, dados seus limites intrínsecos, sempre deixa de fora uma parcela não-desprezível do público-alvo da política pública, no caso 2,5% da população, os mais necessitados. Pouco se falou, mas o auxílio emergencial não evitou reproduzir iniquidades entre os mais pobres.

No caso da Paraíba, os dados revelam trajetória similar. Em maio de 2020, havia 120,7 mil domicílios paraibanos (reunindo meio milhão de pessoas), cuja renda per capita era inferior a R\$ 300,00 mensais (todas as fontes de renda). Portanto, o índice de pobreza absoluta atingia em maio 12,5% da população do estado da Paraíba, segundo dados da PNAD COVID-19. Esse número cai para 80,6 mil em setembro (ou 356,5 mil pessoas), mas ultrapassa 180,3 mil domicílios indigentes em novembro (contabilizando agora mais de 750 mil pessoas ou 50% a mais que em maio). Com isso, o índice de indigência sobe para 18,6%. Ou seja, mudanças restringindo a concessão do auxílio emergencial ocorrem em meio a uma clara degradação das condições de vida dos paraibanos, que seguem como todos os brasileiros, acuados e sem alternativas por força da permanência da pandemia.

Em novembro de 2020, desse total de 180,3 mil domicílios vivendo na pobreza extrema, 25,7 mil (ou 14,2%) informaram não receber nenhum tipo de transferência monetária do governo, excluindo de cobertura assistencial 92 mil pessoas. Cabe registrar que a renda domiciliar per capita real dos 40 % mais pobres da Paraíba aponta uma trajetória pior que aquela observada nacionalmente. No Brasil, como assinalado acima, verifica-se variação negativa na renda domiciliar per capita média dos brasileiros que se situam na cauda da distribuição entre os 40% mais pobres, entre setembro e novembro de 2020. Porém, o valor estimado em novembro ainda é superior àquele calculado para maio, respectivamente R\$ 460,00 mensais contra R\$ 447,00 mensais.

Já no caso da Paraíba, a renda domiciliar per capita média dos quatro décimos mais pobres foi estimada em maio em R\$ 385,00 mensais, subindo para R\$ 426,00 em setembro, mas recuando para R\$ 325,00 em novembro (valor inferior ao registrado em maio), o que significa uma erosão acelerada da renda real dos mais vulneráveis. Eles perdem em dois meses R\$ 100,00 (redução de quase 25% da renda domiciliar per capita média).

Tendência semelhante é observada para o conjunto da região Nordeste: com as mudanças nos parâmetros do auxílio emergencial, a renda média per capita dos quatro décimos mais pobres aumenta entre maio e setembro – de R\$ 360,00 para R\$ 398,00 mensais –, para depois despencar para R\$ 311,00 em novembro, bem abaixo dos valores do início da pandemia. Aqui a perda real foi igualmente significativa, de R\$ 87,00 em apenas dois meses. Portanto, constata-se uma real e profunda deterioração das condições de reprodução da população mais carente e desassistida, na medida em que sua renda real sofre oscilações ao longo do ciclo da pandemia para depois diminuir abruptamente.

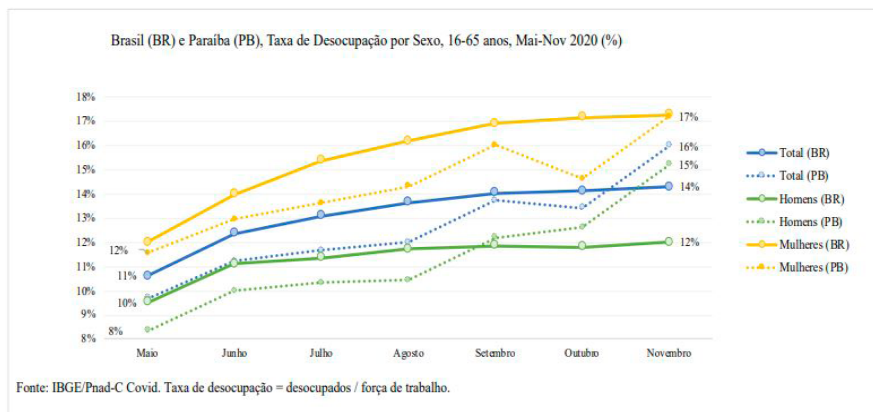
Em novembro de 2020, último mês de coleta da PNAD COVID-19, o país registra 110,5 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza para países de renda média alta, caso do Brasil, a saber menos de R\$ 891,00 per capita ao mês. Isso corresponde a 52% de toda a

população do país (e a 43,2% de todos os domicílios brasileiros). Trata-se de um quadro alarmante e dramático.

## APONTAMENTOS SOBRE O MERCADO DE TRABALHO

Uma primeira constatação diz respeito à taxa de atividade média na Paraíba ser inferior (54%) à taxa de atividade feminina para o Brasil (56%). Isso se deve à baixíssima taxa de atividade feminina na Paraíba (apenas quatro em cada dez mulheres trabalham ou procuram emprego), fazendo com que a taxa média no estado (homens e mulheres) seja muito reduzida. Em outras palavras, a inatividade feminina na faixa entre 16 e 65 anos é elevadíssima no estado. Tanto no Brasil quanto na Paraíba não se registrou queda nas taxas de atividade durante a covid-19, apesar das restrições à livre circulação da força de trabalho e aos riscos presentes.

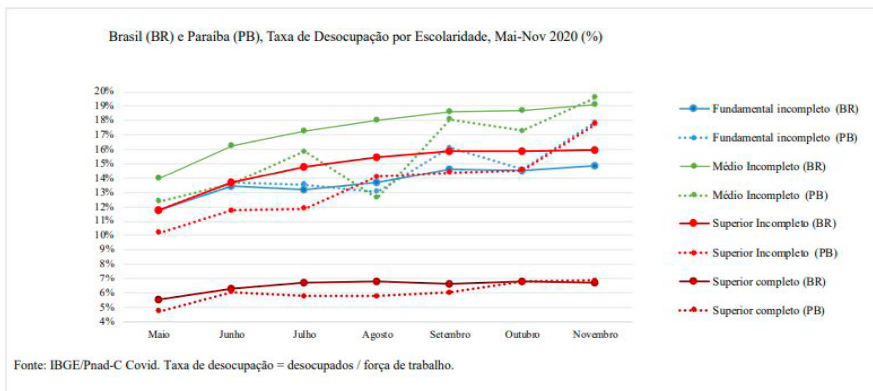
Já a taxa de desocupação por sexo revela crescimento mais acelerado do desemprego na Paraíba quando comparado à dinâmica nacional. Em maio, a Paraíba registrava taxas de desocupação inferiores às estimadas para o Brasil, por sexo e na média, posição que se inverte a partir de outubro/novembro, quando o estado alcança (a taxa feminina) ou ultrapassa (a média geral e a taxa masculina) em relação aos patamares nacionais. Brasil e Paraíba registram em novembro taxa de desocupação igual ou superior a 12% nos distintos recortes apresentados. A Paraíba revela maior oscilação na trajetória do desemprego que as curvas para o Brasil, mais estáveis, exceto em se tratando do desemprego feminino. Veja o **Gráfico 4**.

**Gráfico 4** – Taxa de desocupação por sexo no Brasil e na Paraíba.

Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGE/Pnad-Covid.

O **Gráfico 5** desagrega as taxas de desemprego por nível de escolaridade concluído. Quer na média nacional, quer na Paraíba, aqueles com diploma superior mostram-se menos expostos ao risco do desemprego. A taxa é praticamente idêntica nos dois casos, em torno de 7% em novembro, o que corresponde à metade da taxa de desocupação do Brasil como um todo.

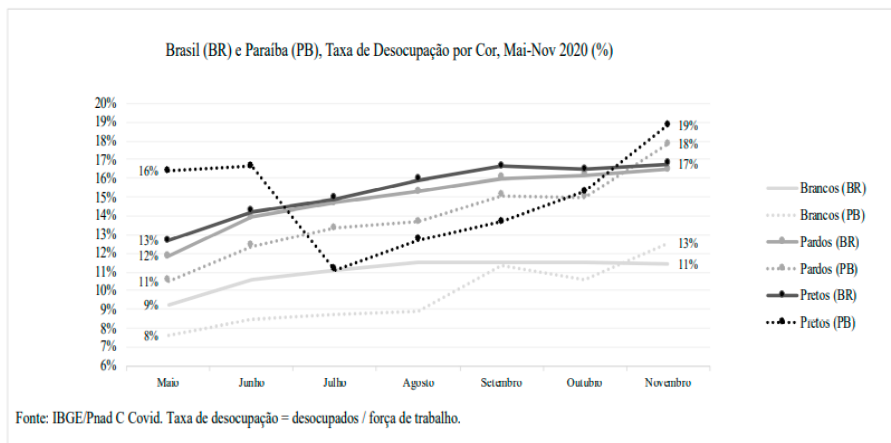
Os mais afetados pelo desemprego, no Brasil e na Paraíba, são aqueles que dispõem apenas de um certificado de ensino fundamental completo, não tendo concluído o ensino médio. São taxas extremamente elevadas, 20% e 19% respectivamente, registradas em novembro. A desocupação se expande rapidamente, entre maio e novembro, nos dois outros grupos de escolaridade, fundamental e superior incompletos, variando entre 15% e 18% ao término do período.

**Gráfico 5** – Taxa de desocupação por escolaridade no Brasil e na Paraíba.

Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGE/Pnad-Covid.

Considerando agora o recorte de cor (**Gráfico 6**), é surpreendente constatar que as assimetrias de cor e raça prevalecem sobre as disparidades regionais. A taxa de desocupação dos brancos é convergente no início e no término do período, ainda que em alta. Mas mostra-se em novembro muito menor (11% Brasil e 13% Paraíba) que aquela verificada para pretos e pardos, igualmente convergente, mas num patamar bem mais alto, entre 17% e 19%. Essa informação sinaliza que o racismo contra pardos e negros é infinitamente mais demolidor em termos de oportunidades do que as disparidades regionais derivadas de níveis de desenvolvimento econômico distintos. Brancos e detentores de um diploma universitário resistiram muito melhor aos efeitos devastadores da covid-19 sobre o mercado de trabalho.



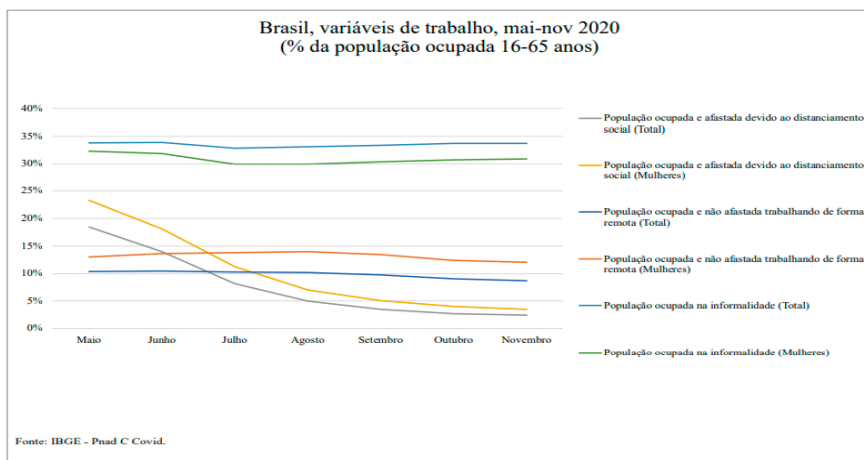
**Gráfico 6** – Taxa de desocupação por cor no Brasil e na Paraíba.

Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGE/Pnad-Covid.

A PNAD COVID-19 também mostra a variação, nesse período, da parcela dos trabalhadores desalentados, que deixou de procurar emprego por vários motivos, em meio a uma conjuntura bastante desfavorável. O dado inquietante neste item analisado é que, tanto no Brasil quanto na Paraíba, esse percentual é significativamente elevado se comparado à magnitude da população fora da força de trabalho (inativos, estudantes, aposentados, donas de casa, etc.): para cada 100 inativos, há 45 pessoas que eram ativas, perderam sua ocupação e abandonaram a busca por uma nova colocação. Essa tendência é manifesta no caso do conjunto dos trabalhadores, como também no caso das mulheres. Em maio e novembro, os percentuais são praticamente idênticos e convergentes.

O **Gráfico 7**, que incorpora o corte de gênero, revela que as trabalhadoras do sexo feminino da Paraíba registram uma trajetória ocupacional mais sensível ao distanciamento social do que a dos homens. O percentual de mulheres trabalhando remotamente ou na informalidade foi relativamente constante ao longo do tempo para ambos os grupos.

**Gráfico 7** – Destaque para a situação de trabalho das mulheres durante maio e novembro de 2020.



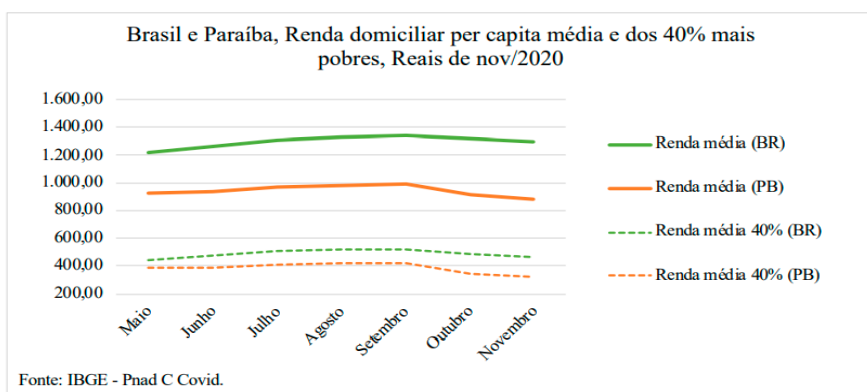
Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGFE/Pnad-Covid.

## EXAME DOS RENDIMENTOS

O **Gráfico 8** apresenta a evolução do rendimento per capita médio do conjunto da população e também daqueles que se encontram entre os 40% mais pobres da população. Observa-se que houve aumento real da renda domiciliar per capita dos brasileiros e dos paraibanos de maio a setembro, mas a mudança no valor do auxílio emergencial e nos critérios de elegibilidade claramente levaram à diminuição do valor da

renda domiciliar per capita. Essa perda foi bem mais acentuada na Paraíba (linha laranja) do que no Brasil como um todo, de modo que na Paraíba, em novembro, a renda domiciliar per capita foi inferior ao seu valor de maio, registrando uma redução significativa e uma degradação acentuada das condições de vida dos paraibanos.

**Gráfico 8** – Renda domiciliar per capita média e dos 40% mais pobres no Brasil e na Paraíba.



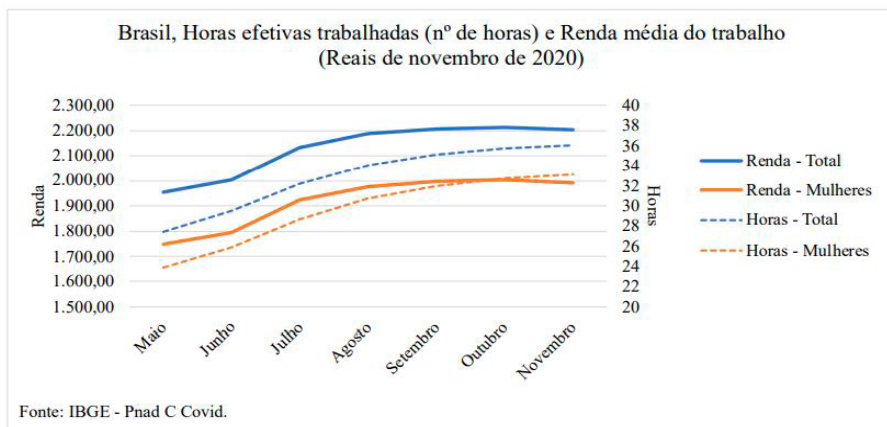
Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGFE/Pnad-Covid.

Essa piora acentuada ao longo do período, após uma melhora relativa e real, não poupa os mais pobres, que experimentam na Paraíba uma regressão que os coloca, em novembro, numa situação pior do que aquela prevalecente no início da implementação do auxílio emergencial. Tal trajetória de queda acentua o hiato de renda média entre o estado do Nordeste e o resto do país a partir de setembro. Outro aspecto a merecer destaque é o fato de o hiato de renda entre os pobres ser bem menor na comparação entre Brasil e Paraíba do que aquele que separa as duas unidades geográficas na média. Isso dito, também entre os pobres a renda dos paraibanos cai mais fortemente em relação à média nacional.

A respeito dos valores em novembro de 2020: a renda domiciliar per capita de todos os brasileiros alcançava R\$ 1.297,00 mensais, contra R\$ 877,00 mensais na Paraíba (portanto, 1/3 menor neste estado). Entre os mais pobres, tais valores são surpreendentemente baixos: R\$ 459,00 e R\$ 325,00 mensais, respectivamente. Fica registrada a questão acerca da eficácia dos mecanismos extraordinários de mitigação da pobreza, já que os níveis de destituição são gravíssimos.

Se nos detivermos na remuneração do trabalho, constata-se que ela aumenta em termos reais e de forma significativa nos primeiros meses da pandemia, acompanhando, na verdade, um aumento igualmente expressivo do número de horas trabalhadas semanalmente. Ambas as tendências estão explícitas no **Gráfico 9**. Porém, de agosto em diante, há uma estabilização dos rendimentos do trabalho, que para de crescer em termos reais, ao passo que os trabalhadores continuaram ampliando o número de horas trabalhadas para compensar perdas monetárias. Por conseguinte, fica evidente que só foi possível sustentar a renda proveniente da ocupação porque houve uma intensificação da jornada de trabalho. Trabalhar mais para ganhar o mesmo é o cenário que predomina entre agosto e novembro de 2020 (respectivamente, de 34 a 36 horas semanais em maio). Em todo o período, o número de horas trabalhadas por semana subiu de 28 para 36, ou seja um incremento de 8 horas.

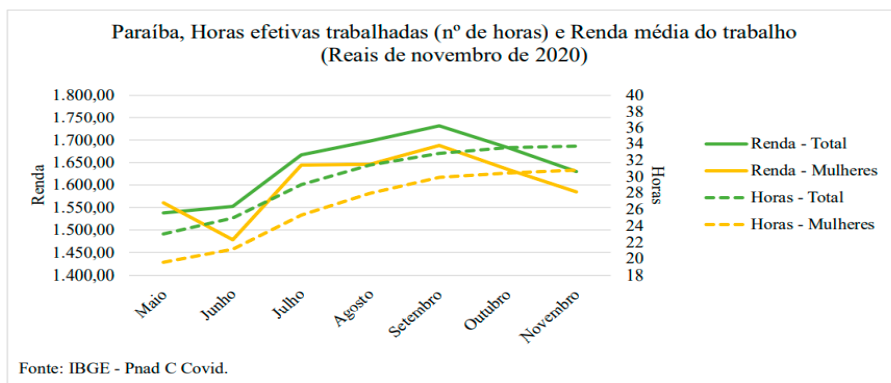
O **Gráfico 9** assinala ainda que, no caso das mulheres, a tendência é semelhante, o que difere é o número médio de horas trabalhadas, que aumenta em uma hora. Entre maio a novembro, as mulheres passam a trabalhar nove horas a mais por semana (média passa de 24 para 33 horas por semana).

**Gráfico 9** – Relação da renda média com as horas trabalhadas no Brasil.

Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGFE/Pnad-Covid.

Na Paraíba, verifica-se igualmente crescimento do número médio de horas trabalhadas, tal como sinaliza o **Gráfico 10**.

No caso das mulheres, esse aumento em seis meses é de 19 para 31 horas, ou seja, 12 horas a mais, um incremento muito acentuado, considerando-se que durante a pandemia deveria haver redução da jornada de trabalho em favor da proteção da vida. Já a trajetória dos rendimentos do trabalho é distinta da observada em escala nacional, mais instável e assinalando uma diminuição real bastante aguda a partir de setembro.

**Gráfico 10** – Relação da renda média com as horas trabalhadas na Paraíba.

Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGFE/Pnad-Covid.

Se a desagregação dos dados levar em consideração a cor do trabalhador, verifica-se novamente um padrão racial profundamente discriminante entre brancos e pardos de um lado, e pretos de outro. Os dados referentes ao Brasil mostram que há um aumento das horas da jornada semanal de trabalho para todos, porém mais acelerada para pretos e pardos. As três categorias de cor convergem em seis meses para jornadas semelhantes de cerca de 37 horas semanais na média. Contudo, nem de longe se observa tendência de convergência semelhante a respeito dos rendimentos do trabalho – muito pelo contrário. Em novembro, pretos e pardos ganham praticamente o mesmo: o equivalente à metade do que recebem os trabalhadores brancos na média.

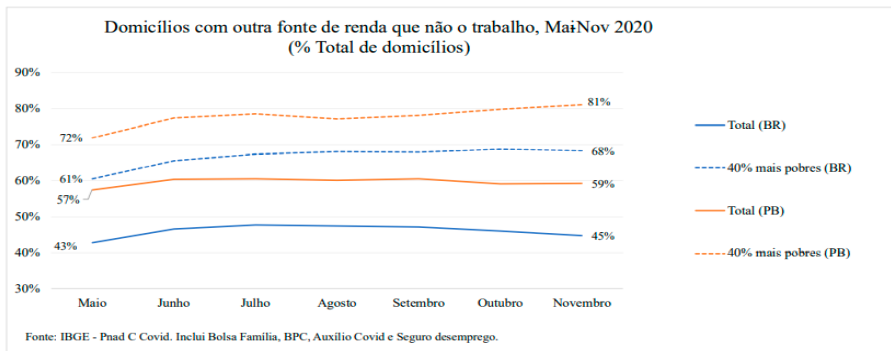
Na Paraíba, assim como em nível nacional, todos os trabalhadores, independentemente da sua cor, registram aumento do número médio de horas trabalhadas por semana, variando em cerca de 10 horas a mais (de 23/24 para 33/34 horas). Porém, à exceção dos brancos, cuja rendimento médio do trabalho em novembro é maior do que o coletado em maio, os rendimentos de pretos e pardos terminam no mesmo

patamar do início do período. Mesmo trabalhando mais intensamente, não foi possível a esse grupo tão discriminado ser contemplado com uma alta real de seus rendimentos mensais.

Cabe saber qual o percentual de domicílios que declararam receber outras fontes de rendimento para além dos rendimentos recebidos pelo trabalho. Aqui nos referimos especificamente a benefícios assistenciais, a saber PBF, BPC e auxílio emergencial e também seguro-desemprego, esse último de caráter contributivo. Esses quatro são benefícios que se estenderam durante a crise sanitária ou foram mantidos (como é o caso do BPC) e tiveram um papel essencial na manutenção do poder aquisitivo da população trabalhadora.

Conforme demonstrado no **Gráfico 11**, entre maio e novembro, observa-se um aumento significativo da proporção de domicílios alocados nos quatro primeiros décimos da distribuição que declaram receber algum tipo de renda proveniente de transferência do governo. No caso do Brasil, essa proporção sobe de 61% para 68%. Ou seja, 2/3 dos domicílios pobres foram contemplados com algum tipo de renda compensatória. Já na Paraíba, esse pulo é ainda maior, pois o percentual passa de 72% para 81%, isto é, 8 em cada 10.

**Gráfico 11** – Domicílios com renda que não o trabalho no Brasil e na Paraíba.

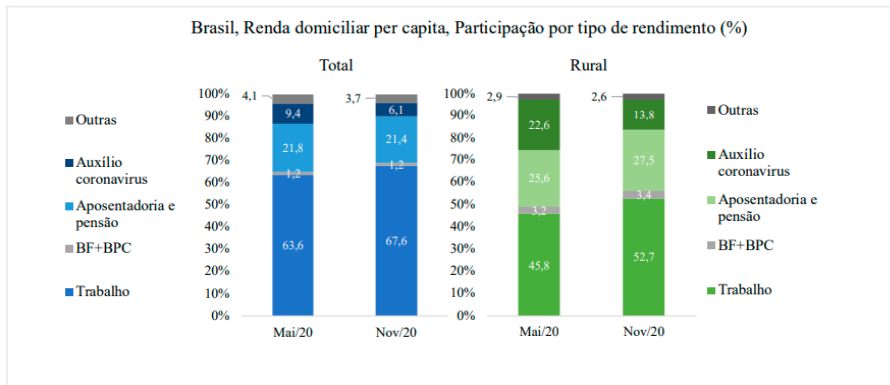


Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGFE/Pnad-Covid.

Considerando o conjunto de domicílios brasileiros ou paraibanos, essa variação, embora positiva, foi bem tímida: um crescimento da ordem de apenas 2% em ambos os casos. Trata-se de um ótimo resultado, que sinaliza terem sido os mais desvalidos os mais favorecidos, de fato, pelas medidas emergenciais e assistenciais. Tal constatação coloca em questão as consequências dramáticas que se desenham com o fim ou regressão de várias políticas compensatórias.

Como se distribuem essas rendas assistenciais, que claramente elevaram sua participação na formação da renda domiciliar durante os meses de realização da PNAD COVID-19? Os próximos dois gráficos ilustram tal composição. O **Gráfico 12** retrata a superposição de rendas para o Brasil, contemplando também o que se passa nas áreas rurais. Como se pode constatar, compara-se sempre o início (maio) e o fim do período em análise.

**Gráfico 12** – Distribuição da renda domiciliar per capita no Brasil.



Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGFE/Pnad-Covid.

Olhando primeiramente a distribuição em geral, vemos que os rendimentos do trabalho elevam ligeiramente sua participação no período, subindo de 63,6% para 67,6%. O peso das aposentadorias e



pensões não varia, mantendo-se em 21%, bem como segue inalterado aquele relativo ao PBC + PBF, 1,2%, portanto, de expressão residual. O auxílio emergencial registra recuo na sua participação, caindo de 9,4% para 6,1%, refletindo as mudanças na concessão do benefício, mas também o reaquecimento do mercado de trabalho.

O quadro rural é bastante distinto, já que o peso dos rendimentos do trabalho em novembro equivale apenas à metade da totalidade da renda domiciliar em novembro, embora em alta, quando comparado a maio (45,8%). A segunda fonte de renda mais importante são as aposentadorias, cerca de  $\frac{1}{4}$ , enquanto as transferências assistenciais (PBF + BPC) correspondem a pouco mais de 3%, igualmente marginal. Finalmente, vê-se que nas áreas rurais o impacto do auxílio emergencial foi extraordinário, representando em maio 22,6% de toda a renda domiciliar, proporção quase equivalente à das aposentadorias rurais (que sabemos serem essenciais na manutenção da renda no campo). Em novembro, seu peso recua, acompanhando a tendência geral, mas ainda assim mantém-se em quase 14%. Percebe-se, assim, o impacto negativo derivado da supressão do auxílio emergencial sobre a renda familiar, tanto para o conjunto da população, quanto, notadamente, para os domicílios rurais.

Na Paraíba, o peso dos rendimentos oriundos do trabalho é inferior àquele observado nacionalmente, neste caso 53,2% em maio. Porém acompanha a mesma tendência de alta no período, pois aumenta para 58,7% em novembro (contra 63% e 67 % para o Brasil). Já no campo, os rendimentos do trabalho correspondem a uma parcela pequena da renda domiciliar em ambos os meses de maio e novembro – a saber, 30,4% e 37,6% respectivamente –, e seu percentual é muito próximo ao das aposentadorias e pensões, 29,9% e 34,5%, respectivamente. Estas representam mais de  $\frac{1}{3}$  da renda dos domicílios rurais na Paraíba contra  $\frac{1}{4}$  em nível de Brasil.

Para domicílios rurais, o peso dos benefícios assistenciais é o dobro do registrado no estado em geral: 7,3% contra 3,4% em novembro.

Contudo, em ambos os casos (domicílios rurais e urbanos), na Paraíba, os benefícios compensatórios têm duas vezes mais importância na formação da renda domiciliar que no Brasil.

Da mesma forma, impressiona constatar a relevância que ganhou o auxílio emergencial na Paraíba, em particular no campo, onde, em maio, representa 31,8% de todas as rendas, e é a fonte mais importante, superior aos rendimentos do trabalho e às aposentadorias e pensões. Evidência de quão pouca é a renda monetária efetiva da população rural no estado. Em maio, o auxílio emergencial, somado às transferências fiscais (previdenciárias e assistenciais), constitui 67,1% de toda a renda domiciliar da população rural da Paraíba, percentual que cai para 60% em novembro, ainda assim, surpreendentemente elevado. Revela que a população rural vive majoritariamente de renda garantida pelo Estado e que qualquer mudança desfavorável nas políticas compensatórias e previdenciárias vai potencializar o aumento da vulnerabilidade socioeconômica dessa população. No estado como um todo, esse percentual é bem menor, 38,6% em novembro de 2020.

A retração na cobertura do auxílio emergencial e a não expansão de outros programas compensatórios como o Bolsa Família, num contexto de recessão e aumento do desemprego aberto ou por desalento, explicam a variação ação no Índice de Gini, como atesta a tabela a seguir:

**Tabela 1** – Comparação do Gini entre Brasil, Nordeste, Paraíba e João Pessoa.

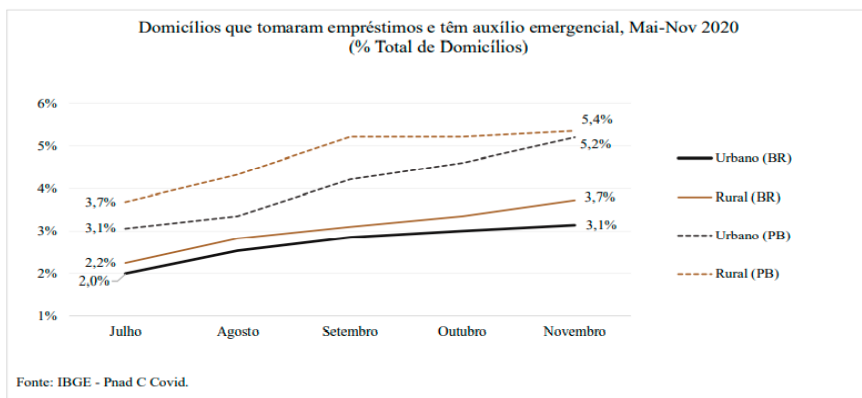
Índice de Gini da renda domiciliar per capita							
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Brasil	0,492	0,484	0,476	0,474	0,474	0,490	0,497
Nordeste	0,449	0,444	0,436	0,435	0,439	0,475	0,487
Paraíba	0,460	0,456	0,446	0,441	0,446	0,477	0,483
João Pessoa	0,526	0,537	0,510	0,498	0,510	0,512	0,523

Fonte: PNAD COVID-19

Invariavelmente, nas quatro unidades territoriais estudadas, entre agosto e novembro de 2020, meses que correspondem, respectivamente, à maior cobertura (agosto) e à retração progressiva (novembro) das políticas de garantia de renda - inclusive do auxílio emergencial -, registra-se piora da concentração da renda. O aspecto positivo é termos tido, durante esses meses, um coeficiente de Gini inferior a 0,5 em todos os cortes geográficos, exceto em João Pessoa. No período, a capital da Paraíba mantém um índice superior ao do país e do estado.

Finalmente, agregamos a esta análise uma informação original, levantada pela PNAD COVID-19, a respeito das possibilidades de endividamento que se colocam durante a pandemia, sabendo que houve, em paralelo ao aumento das transferências monetárias, a expansão da oferta de crédito de consumo pelos bancos públicos (e não apenas). O **Gráfico 13** retrata a oferta de crédito que chega às famílias brasileiras em razão das políticas de garantia da liquidez.

**Gráfico 13** – Comparação entre domicílios brasileiros e da Paraíba que recebem AE e que tomaram empréstimos.



Fonte: Elaboração própria, a partir de IBGFE/Pnad-Covid.

Os dados indicam uma leve progressão do endividamento das famílias beneficiadas pelo auxílio emergencial entre julho e novembro de 2020, tanto no meio rural, quanto no urbano. A dimensão notável fica por conta de essa progressão ser bem mais acentuada na Paraíba que no Brasil como um todo, partindo, inclusive, de um percentual mais elevado de domicílios que recorreram a empréstimos.

Outro aspecto interessante e provavelmente consequência do tipo de atividade predominante é o fato de a proporção de domicílios rurais ser ligeiramente superior nos dois casos (urbanos e rurais). De toda maneira, ao contrário do que dizem os dados do Banco Central e outras bases profissionais, como o comércio, que apontam um forte crescimento do endividamento das famílias em meio à crise sanitária, tomar empréstimos não aparece como característica marcante dos contemplados pelo auxílio emergencial do governo federal.

## SISTEMATIZAÇÃO DAS CONCLUSÕES

Antes da realização da PNAD COVID-19, cujo objetivo foi detectar com relativa precisão o impacto do auxílio emergencial na renda e na ocupação dos trabalhadores, a PNAD Contínua já havia assinalado tendências aqui sinalizadas e confirmadas neste estudo.

Antes mesmo da irrupção da gravíssima crise sanitária que vem paralisar o país e desestruturar o mercado de trabalho a partir de março de 2020, a Paraíba apresenta indicadores que se caracterizam por evidenciar lacunas importantes que demandam a formulação de programas agressivos e efetivos para reverter situações críticas, como o fato de 56% dos responsáveis dos domicílios ainda não disporem de ensino fundamental completo e metade dos domicílios não ser beneficiada por uma rede de saneamento adequado. Seus níveis de renda e ocupação são, via de regra, sensivelmente inferiores à média nacional, indicando hiatos importantes sempre

desfavoráveis à Paraíba, porém convergentes ao quadro prevalente na região Nordeste.

Os rendimentos do trabalho vinham crescendo ao final de 2019, mas passaram a declinar no início de 2020. Uma das causas que explicam essa reversão de tendência foi justamente a forte queda no número de horas trabalhadas no início de 2020, em razão da suspensão drástica e inesperada das atividades produtivas, levando a demissões e interrupções nos contratos de trabalho, muitas vezes com diminuição da remuneração do trabalhador. Contudo, os rendimentos efetivos do trabalho parecem ter conseguido certa recuperação, temporária, apenas nos primeiros meses da vigência do auxílio emergencial. Sobem entre maio e agosto e depois registram queda (Paraíba) ou estagnação (Brasil). Por outro lado, o número médio de horas trabalhadas pela população aumenta significativamente em plena pandemia (contrariando o bom senso), sem que isso se reflita em ganhos salariais na proporção adequada. O que se tem é intensificação do trabalho sem remuneração correspondente.

O estudo mostrou que o grupo menos exposto às vicissitudes que a crise do covid-19 dissemina são os trabalhadores brancos detentores de um diploma universitário. São eles que também mais se beneficiam da transição para novas formas de trabalho remoto e dependentes de plataformas digitais, da qual estão majoritariamente excluídos aqueles com baixa escolaridade e que se declaram pretos e pardos.

O desalento e o desemprego mantêm-se elevados e o risco de um contingente importante de trabalhadores abandonarem a força de trabalho por terem se tornado definitivamente excedentes segue presente e preocupante.

Atenção especial deve ser dada ao alto grau de inatividade das mulheres na Paraíba, o que certamente contribui para inibir a queda dos elevados índices de pobreza, em particular na área rural. É preciso avaliar que fatores são determinantes nesse processo de exclusão.

Durante a vigência do auxílio emergencial (maio-novembro de 2020), o coeficiente de Gini estimado para o Brasil, para o Nordeste e para a Paraíba, com base na renda familiar per capita, é sempre inferior a 0,5. Ora, quando o Gini foi calculado com base na renda efetiva do trabalho, identificou-se queda ao final de 2019, tendo invertido essa tendência nos dois primeiros trimestres de 2020, por causa da retração da atividade econômica provocada pela covid-19. Com isso, a desigualdade se agrava naquele momento inicial da pandemia. A nota positiva fica por conta da estimativa do Gini, calculado pela PNAD COVID-19, a partir da renda domiciliar per capita. Considerando que muitos brasileiros perderam seus empregos ou parte dos rendimentos habituais do trabalho com a pandemia, poder-se-ia esperar uma deterioração semelhante da desigualdade medida pela renda domiciliar per capita. Isso não ocorre justamente por causa da implementação de políticas públicas de garantia de renda monetária em valor compatível com as necessidades da população. Ou seja, as políticas assistenciais represaram a tendência de aumento da desigualdade em geral, embora ela estivesse se agravando no mercado de trabalho.

Houve uma nítida deterioração de um conjunto de indicadores de renda e atividade nos três últimos meses de 2020, contrastando com as características mais promissoras do último trimestre de 2019, apesar do contexto de baixo crescimento ainda dominante. Um ano depois, e com a covid-19 ainda fora de controle no Brasil, as perspectivas são certamente das mais desfavoráveis, para não sublinhar hostis. Desemprego na casa dos 15 milhões, abandono do mercado de trabalho atingindo outros poucos milhões, informalidade em alta, insegurança alimentar grave se espalhando rapidamente. Tudo isso em meio a mudanças estruturais no mercado de trabalho sem que haja empenho dos governantes em vislumbrar alternativas para compensar tantas perdas, seja através de políticas voltadas para a abertura de frentes de trabalho, novos programas de garantia de renda, redesenho das políticas assistenciais e enfrentamento da mordada do teto do gasto.

Os mais de dois milhões de mortes decorrentes da pandemia do coronavírus, em escala mundial, sinalizam que a urgência apela a um programa público competente e rápido de vacinação, sem o que restará à massa dos sobreviventes, concentrados nas camadas mais vulneráveis da sociedade, seguir enxugando gelo, trabalhando mais para custear seu direito de apenas manter-se vivo.

# NOTAS FINAIS

## CONTRIBUIÇÕES, LIMITES E AVANÇOS DA PLATAFORMA COVID-19/PB

Este e-book insere-se no âmbito de desenvolvimento de processos e produtos técnico-científicos para o fortalecimento dos Sistemas de Proteção Social brasileiro, o SUS e o SUAS, além de apresentar alcances e potências da **Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de indicadores sociais e de saúde para gestão do SUS e SUAS**, acessível pelo link: <http://www.cchla.ufpb.br/covid/>.

Entende-se que as ações associadas aos sistemas de proteção do Estado, relacionadas ao SUS e SUAS, são essenciais para garantir o direito à vida, que implica em Proteção Sanitária (a Vida em sua dimensão biológica) e em Proteção Social (a Vida em sua dimensão social e cidadã). Ao observar quais são os ativos socio sanitários da população da Paraíba no contexto de resposta do estado à covid-19, a Plataforma destaca o modelo brasileiro de Seguridade Social.

Assim, o escopo desse estudo parte da compreensão de que a **Proteção Social Ampliada** se configura a partir de uma combinação de **ativos do SUS e do SUAS**, *locus* singular ao constituir-se numa potente estratégia para o enfrentamento da crise e pós-crise da pandemia da coronavírus, considerando as desigualdades no acesso discricionário da oferta de serviços, programas e benefícios nos territórios de vivência da população paraibana.

Nessa perspectiva situa-se este Observatório não pôde prescindir do estabelecimento de uma (re)leitura das matrizes conceituais associadas ao SUS e ao SUAS, que resultaram na criação de um Sistemas de Indicadores de Proteção Social Ampliada no contexto da covid-19. A singularidade da proposta está na consideração das desigualdades



de acesso às ofertas de serviços e de programas, que foi denominado como o conjunto de ativos socio sanitários.

Pensar a crise e a pós-crise exige que tenhamos instrumentos para auxiliar leituras territoriais, em diferentes escalas e que nos evidenciem as relações entre Saúde, Territórios e Proteção Social. A Plataforma Covid-19/PB se constitui **numa ferramenta digital de criação de espaço dialógico entre o meio técnico científico e a gestão de políticas sociais**, configurada a partir da produção de um painel de índices e indicadores e suas expressões territoriais estabelecem um sistema de indicadores a partir dos ativos socio sanitários das famílias paraibanas. As desigualdades de acesso são observadas a partir das desigualdades de ativos.

Nesse sentido, constitui-se como **uma ferramenta de e para gestão de políticas públicas**, oferecendo aos tomadores de decisão informações precisas e rápidas para a adequada governança das ações de proteção social ampliada nas esferas estadual e municipal. Por meio do painel de indicadores visibilizados por meio de mapa dinâmico do Estado da Paraíba, distribuídos em seus 223 municípios, o Observatório tem como potencial dar subsídios ao desenho, implantação e acompanhamento de políticas públicas no campo da proteção social. Tem como público-alvo os gestores e trabalhadores do SUS e do SUAS, que poderão fazer uso para fins de avaliação e diagnósticos socioterritoriais junto às vigilâncias, com vistas ao fortalecimento e aprimoramento da gestão territorializada do SUS e do SUAS.

Nesse sentido, cabe aqui ressaltar:

1. O delineamento das **Fichas de Descritores** que apresentam os critérios de decisão para as escolhas e mensurações adotadas para todos os Indicadores do SUS (total 31) e SUAS (total de 32), que estão disponibilizadas na Plataforma Covid-19/PB;
2. A criação e o desenvolvimento de **Matrizes Conceituais** para o Sistema **Único de Saúde (SUS)** e **Sistema Único de**

**Assistência Social (SUAS)**, a partir de um painel de indicadores multidimensionais para os 223 municípios do estado da Paraíba;

3. A criação do **Índice de Proteção Social Ampliada Municipal (IPSAM)**, um índice multidimensional e transversal tendo em vista o aprimoramento da gestão pública em prol do atendimento e oferta de proteção social e cidadania plena; com possibilidade de observação de cada uma de suas dimensões, uma vez que a decomposição de seu valor para suas dimensões foi contemplada em sua estratégia de construção. Sua metodologia é passível de uso e reprodutibilidade em todo território nacional.

4. A **ferramenta digital** através de um **Mapa Dinâmico** que integra e apresenta estes índices e indicadores na forma de um painel de observação, baseada em plataformas de software abertas e livres, acessível para gestores públicos, pesquisadores e rede institucional pública responsável pela gestão da Proteção Social que deseje trabalhar em uma perspectiva integrada e ampliada. A ferramenta traz um tutorial e os dados podem ser continuamente atualizados, e, conseqüentemente espaço de estudos inovadores e tecnicamente avançados em prol do aprimoramento das políticas sociais públicas.

## POSSIBILIDADES, LIMITES E AVANÇOS:

O processo e os delineamentos do estudo, assim como o debate que já está em curso através desse Observatório, revelam limites e impactos do projeto. Os resultados disponibilizados nesta Plataforma dizem respeito às ações e respostas que sofreram impactos diretos e indiretos da crise econômica e social provocada pela covid-19 no território paraibano.

A abordagem de acoplar tecnologias sociais à gestão pública foi absolutamente expressiva e positiva para o desenvolvimento de uma ferramenta online, sobretudo, pela elucidação e ineditismo

da combinação de dois sistemas de indicadores de proteção social ampliada, pilares da Seguridade Social brasileira, em suas dimensões e subdimensões da Proteção Social Ampliada. No entanto, ainda podem e devem ser provocados processos para o desencadeamento de formação interdisciplinar e combinada de gestores e técnicos trabalhadores do SUS e SUAS no estado da Paraíba, e de gestores municipais e estaduais vinculados à Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano, a fim de aprimorar o entendimento e a concepção de ofertas de ativos e de seguranças, sem descaracterizar a sua relação protetiva que é absolutamente complementar no território de vivência.

Para além da observação das desigualdades de acesso socio sanitários, centrada nos elementos de proteção presentes nos sistemas SUS e SUAS, o Observatório apresenta informações importantes para dois eixos que são estruturadores desta crise e, ao mesmo tempo, são eixos portadores de necessários diagnósticos para as ações concretas no campo da mitigação dos impactos na crise e da construção da necessária resiliência e reconstrução da vida no pós-crise: a economia e a estrutura de conectividade nos espaços regionais da Paraíba. Por conectividade compreende-se o papel de cada município na estruturação de uma rede que sustenta o acesso aos ativos socio sanitários nos espaços regionais do Estado, ou seja, a mensuração de conexões intermunicipais que são estabelecidas pelo trânsito e fluxo de deslocamentos das pessoas no território da Paraíba como um todo.

Nem sempre observar a situação do município é suficiente. É preciso olhar também para seus contextos regionais. Neste caso, precisamos observar a estrutura de conectividade das cidades da Paraíba. Para complementar a leitura dos ativos socio sanitários municipais, é importante entender como os municípios, que têm suas famílias e grupos, se conectam com outros, que também têm famílias e grupos, em diferentes situações relativa aos ativos disponíveis.

A dimensão estrutural e estruturante relativa à organização dos espaços regionais da Paraíba, que parte de uma lógica de um sistema de conectividade, não foi tratada neste livro, mas está presente entre os processos e produtos técnicos derivados do projeto inicial e são passíveis de virem a ser incorporados em atualizações futuras.

Cabe ainda registrar que no dia 2 de dezembro de 2021 foi realizado o lançamento oficial da **“Plataforma Covid-19/Paraíba: Observatório de indicadores sociais e de saúde para gestão do SUS e do SUAS”**, através de uma atividade presencial na Fundação Casa José Américo de Almeida, em João Pessoa, com transmissão simultânea em canais digitais do NEPPS, FAPESQ-PB e TV UFPB, com participação de atores-chave para o aproveitamento e continuidade desta proposta.

Em sintonia com os retornos recebidos desde a finalização do projeto, recomenda-se para otimização do uso da ferramenta e de seus benefícios:

1) Realização de simpósio ou similares em conjunto com agência de Fomento – FAPESQ/PB e instituições da rede acadêmica, assim como da rede gestora do SUS e do SUAS, para disseminação da Plataforma Covid-19/Paraíba e articulação de processos combinados para formação de gestores e trabalhadores do SUS e SUAS no estado da Paraíba;

2) Organização de oficinas ou cursos de formação com gestores e técnicos no âmbito municipal ou por microrregiões para diálogo a respeito do Sistema de Indicadores Sociais e de Saúde e de sua aplicabilidade na gestão pública;

3) Atividades múltiplas técnico-científicas que possam ampliar e fortalecer o uso da ferramenta, de modo a ser fonte recorrente de informações para estudos, pesquisas e melhoria de implementação das políticas públicas, especialmente, junto aos gestores do SUS e do SUAS em prol da Vida e Proteção Social Ampliada Cidadã.

A partir do trabalho desenvolvido no contexto deste projeto, a criação recente do Observatório Nordeste de Políticas Públicas configura-se como um indicador de impacto muito positivo, em seus arranjos e seus resultados. A criação do Observatório NE teve como um dos principais articuladores institucionais o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais – (NEPPS/UFPB), que coordenou esta exitosa experiência no Estado da Paraíba.

Esse processo produziu repercussões promissoras, como a criação de um GT no Observatório/NE, formado pelas Câmaras Técnicas de Assistência Social e de Ciência e Produção de Conhecimento, além de uma rede de instituições de pesquisa da Região Nordeste, que contou com a participação direta da coordenação da Plataforma COVID-19/Paraíba e serviu como referência para replicação do *modus operandi*, conforme consta na Resolução 05/2021 de 30 de novembro de 2021, aprovada pela Assembleia Geral de Governadores do Consócio NE.

A Parte III deste E-book retrata uma importante contribuição da equipe coordenada pela Professora Lena Lavinias (UFRJ), a partir de uma avaliação socioeconômica sobre o impacto da Covid-19 na vida dos brasileiros e paraibanos, a partir de estudos com 4 escalas geográficas, reunindo nas planilhas dados e indicadores para nível Brasil, Nordeste, Paraíba e João Pessoa. Os dados foram coletados através das PNADs Contínuas (2019-2020) e da PNAD Covid-19, realizado pelo IBGE/2020.

A dinâmica socioeconômica que caracteriza o impacto da covid-19 na vida dos brasileiros foi oportuno cotejar prioritariamente os dados relativos ao Brasil e à Paraíba, na medida em que os estudos comprovaram uma forte semelhança no perfil da renda e ocupação observado no Nordeste e na Paraíba.

Em acordo com o disposto pelos governos internacionais, nacionais e estaduais, é imperativo avançar sobre a perspectiva de proteção social, sob o prisma do investimento e não do gasto público. Trata-se da lógica econômica da prevenção, sempre mais efetiva e mais barata do que lidar com dramáticas decorrentes de frágeis mecanismos

de proteção e prevenção. Uma máxima que há algum tempo vem tomando a pauta de diversas agendas nacionais e internacionais de gestão social e da proteção da vida.

As situações de riscos que incidem sobre o tecido social são produtoras de violação de direitos, portanto, o seu enfrentamento ultrapassa a territorialização e a efetividade dos serviços e dos benefícios como instrumentos provedores de proteção social a partir de ações da iniciativa governamental, pela via do acesso à distribuição de bens e recursos no fortalecimento da capacidade protetiva de famílias e indivíduos.

Reitera-se, portanto, a importância de concatenar os estudos geoestatísticos intraurbanos, dados primários e secundários nacionais, estaduais, municipais, juntamente como as orientações que conduzem à prática da oferta de bens e serviços a fim de verificar sua eficiência sob a perspectiva de garantir proteção social entre as pessoas vivenciando situações de risco pessoal e/ou social, sejam de ordem econômica, ambiental, política ou social.

É justamente nesta perspectiva que esse estudo delineou suas premissas, processos, resultados e resultantes. De modo especial, foi desenhado sob o olhar da população paraibana suas demandas e necessidades identificadas numa coletânea de indicadores sociais e de saúde para gestão e enfrentamento à pandemia da Covid-19 instaladas há mais de dois anos em escala mundial, nacional e local.

Finalmente, esperamos que os processos e resultados gerados no âmbito do estudo, sintetizados neste Observatório, sirvam como uma ferramenta de criação de espaços e diálogos entre o meio técnico-científico e a gestão pública, por meio da elucidação da combinação entre os sistemas de indicadores, SUS e SUAS, colaborando para o aprimoramento das diretrizes da gestão das políticas públicas frente à crise e pós-crise da covid-19, no estado da Paraíba. O estudo em pauta vem reiterar a necessidade de visitar termos conceituais e metodológicos, e a incorporação da tecnologia social em territórios tão

distintos, de modo a fomentar um desenvolvimento social, inclusivo e economicamente sustentado em decisões sustentáveis.

A hora é de avançar!

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020 que regulamenta a Lei Nº 13.982 de 2 de abril de 2020. Brasília. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13>.

CONSERVA, M. **Projeto – Plataforma Covid-19/PB: relações entre saúde, território e proteção social em tempos de crise sócio sanitária.** EDITAL N°003/2020 – FAPESQ/SEECT – Projeto de monitoramento, análise e recomendações para rápida implementação diante da pandemia de covid-19. NEPPS/UFPB/FAPESQ-PB. João Pessoa, 2020.

CONSERVA, M. **Relatório Técnico Final.** EDITAL N°003/2020 – FAPESQ/SEECT – Projeto de monitoramento, análise e recomendações para rápida implementação diante da pandemia de covid-19. NEPPS/UFPB/FAPESQ-PB. João Pessoa, 2021.

COUCLELIS, H. (2000): From sustainable transportation to sustainable accessibility: can we avoid a new tragedy of the commons? In: Janelle, D. G., Hodge, D. (eds.): **Information, Place, and Cyberspace: Issues in Accessibility.** Springer, Berlin, s. 342-356.

DUQUE, D. **Auxílio emergencial para de crescer em agosto, e pobreza cai de novo; com redução do benefício a partir de setembro, porém, pobreza e desigualdade devem aumentar.** Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/auxilio-emergencial-para-de-crescer-em-agosto-e-pobreza-cai-de-novo-comreducao-do-beneficio>. Acesso em: 18 de nov. 2021.

GUIMARÃES, R. **Reinaldo Guimarães ressalta importância atuação do SUS na epidemia da Covid-19.** Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2020/03/25/reinaldo-guimaraes-ressalta->

[importancia-atuacao-do-sus-na-epidemia-da-covid-19/](#). Acesso em: 12 de nov. 2021.

KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, F. As normas como bem público e privado: reflexões nas fronteiras do enfoque “ativos, vulnerabilidades e estrutura de oportunidades” (Aveo). In: CUNHA, J. M. P. (Ed.) **Novas Metrôpoles Paulistas: População, Vulnerabilidade e Segregação**. Campinas: NEPO/Unicamp, 2006. 616 p.

KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, C. **Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades**. CEPAL, 1999.

KAZTMAN, R. (coordenador). **Activos y Estructuras de Oportunidades: Estudios sobre las Raíces de la Vulnerabilidad Social en Uruguay**. CEPAL, 1999.

KOGA, Dirce; NAKANO, Kazuo. Perspectivas territoriais e regionais para políticas públicas brasileiras. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 85, p. 98-108, 2005.

LAVINAS, L. Os Desafios da financeirização para os Sistemas de Proteção Social. In: RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares (orgs.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

LAVINAS, L; NICOLL, M. Pobreza, transferências de renda e desigualdades de gênero: conexões diversas. *Parcerias Estratégicas*, Vol. 11, No 22, 2006.

MONTE MÓR; Roberto L. What is the urban in the contemporary world? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 942-948, 2005. <https://doi.org/10.1177/0042098017739750>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). OPAS. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 16 abr 2020.



SANTOS, J. V. **SUS:** elemento central para enfrentar a pandemia de coronavírus. Entrevista em 17 março 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/597139-sus-elemento-central-para-enfrentar-a-pandemia-de-coronavirus-entrevista-especial-com-reinaldo-guimaraes>. Acesso em: 15 abr 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (a). Director Executivo Dr. Michael J. Ryan, (WHO, daily report at 03-mar-2020). Disponível em: <https://nacoesunidas.org/relator-da-onu-pede-que-paises-adotem-renda-basica-universal-diante-da-pandemia/> Acesso em: 15 abr 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (b). Diretor Executivo Dr. Michael J. Ryan, (WHO, daily report at 14-abr-2020). Disponível em: <https://youtu.be/-YQ0jlpHuGc> Acesso em: 15 abr de 2020.

## **SOBRE OS AUTORES**

### **Alice Dianezi Gambardella (DiGam)**

Socióloga, mestre e doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Pós-doutorado em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba (PPGSS/UFPB). Professora Colaboradora da PPGSS e Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS/PPGSS/UFPB) e à “Plataforma COVID-19/PARAÍBA: indicadores sociais e de saúde para gestão do SUS e SUAS.” Possui experiência em trabalho social e ciência política, especialmente em avaliação de políticas públicas, calamidades públicas e ações de gestão de prevenção de riscos e de desastres. Integra a equipe de pesquisa no Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (CEMADEN) para aprimoramento da implementação da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil.

E-mail: [alicedigam@gmail.com](mailto:alicedigam@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4222-1269>

CV: <http://lattes.cnpq.br/7716352580252687>

### **Ana Carolina Lot Canellas Cordilha**

Economista e mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); mestre em Economia pela Universidade Paris XIII; doutoranda na Universidade Paris XIII. SOCIAL PROTECTION SYSTEMS IN FINANCE-DOMINATED CAPITALISM Different institutional arrangements reshaped by financialization. Início: 2017. Tese (Doutorado em ECOLE DOCTORALE ERASME) - CENTRE D'ÉCONOMIE DE L'UNIVERSITÉ PARIS-NORD (CEPN). Professora de Desenvolvimento Econômico da América Latina na Universidade Sciences Po (Poitiers). Atua com políticas fiscais, políticas sociais e financeirização.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-8692>

CV: <http://lattes.cnpq.br/8113357391510144>

## **Antônio Miguel Vieira Monteiro**

Graduado em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, com Mestrado em Computação Aplicada pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais – INPE, e Doutorado pelo Centro de Ciências Espaciais (Space Science Centre) da Escola de Engenharia e Ciências Aplicadas (School of Engineering and Applied Sciences) da Universidade de Sussex (The University of Sussex at Brighton) em Engenharia Eletrônica e Controle/Ciência da Computação (Electronic Engineering and Control/Computer Science – EECS), obtido em outubro de 1993. Desde abril de 1985 está com a Divisão de Processamento de Imagens – DPI do INPE. Trabalha com a construção de indicadores geograficamente sensíveis e o uso de geotecnologias e métodos da análise espacial nos estudos de problemas urbanos e de saúde pública. O foco atual está no uso de modelos e simulação computacional como objetos mediadores para estudos de dinâmicas de desigualdades socioterritoriais. Foi Chefe da Divisão de Processamento de Imagens do INPE (1999-2006). Foi Gerente de Desenvolvimento do SPRING (1998-2000), que compõem o principal projeto tecnológico nacional de desenvolvimento de sistemas de Processamento de Imagens e Tratamento de Informações Geográficas, e que conta com mais de 205.000 usuários no Brasil e no Exterior. Foi Pesquisador Visitante do Laboratório de Aplicações Computacionais (LAC) do Departamento de Engenharia Elétrica (DEE) da Universidade Federal do Ceará (UFC) [ hoje LESC – Laboratório de Engenharia de Sistemas de Computação ] Prestou assessoria técnica a FUNCEME – Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos na área de Geoprocessamento em Aplicações Ambientais. É orientador nos programas de Computação Aplicada, de Sensoriamento Remoto e de Ciência do Sistema Terrestre do INPE. Atualmente é Coordenador do Programa Institucional Espaço e Sociedade do INPE e Coordena o LiSS – Laboratório de investigação em Sistemas Socioambientais na Área de Observação da Terra no INPE.

Homepage: <http://www.dpi.inpe.br/~miguel/>

CV: <http://lattes.cnpq.br/0654596992211296>

## **Lena Lavinás (Maria Helena Lavinás de Morais)**

Professora Titular do Instituto de Economia da UFRJ e bolsista CNPQ. Atualmente é Leverhulme Visiting Professor na SOAS-Universidade de Londres (2021-2022). Coordena dois projetos internacionais: “Social Policy Seminar Series” (SOAS, Dep Economics, 2021-2022) e é responsável o Brasil pelo projeto de pesquisa comparativa intitulado “Wealth Inequality and Elites in the Global South” coordenado pela University of Witwatersrand, Johannesburg (2021-2023). Graduiu-se em Economia pelo Institut d’Etudes pour le Développement Economique et Social – Université Paris I (Pantheon-Sorbonne) (1976), e obteve seu mestrado (1979) e doutorado (1984) no Institut de Hautes Etudes d’Amérique Latine – Université Paris III (Sorbonne-Nouvelle). Foi membro da School of Social Science do Institute for Advanced Study (IAS) de Princeton em 2019-2020. Em 2018-2019 foi fellow do ZIF Center- Bielefeld University em Bielefeld, Alemanha, no âmbito de um projeto de pesquisa. Foi Fellow do Wissenschaftskolleg zu Berlin (Institute for Advanced Study) 2016-2017. Em 2013, foi Visiting Professor e Visiting Research Scholar no Program in Latin American Studies (PALS) de Princeton University. Foi Visiting Fellow no Programa desiguALdades.net da Frei Universität em Berlim, em 2012. Foi igualmente, e por duas vezes, professora visitante do Dep. de Planejamento Urbano e Regional da University of California Los Angeles (UCLA) e da cátedra Simon Bolívar do Institut de Hautes Etudes d’Amérique Latine. De 1993 a 2000 foi pesquisadora senior do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) na Diretoria de Políticas Sociais. De 2000 a 2003, trabalhou como analista senior na Diretoria de Proteção Social da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em Genebra. Desenvolve vários projetos de pesquisa nas seguintes áreas de concentração: financeirização da política social; desigualdade da riqueza; reformas dos sistemas de proteção social; análise comparada dos sistemas de proteção social em escala internacional; política social e desenvolvimento econômico na América Latina; sistemas de informação e gestão pública; desigualdades de gênero e mercado de trabalho. É também membro de vários comitês editoriais de revistas nacionais e internacionais. É research fellow do

Brazil Research Center at the Lateinamerika-Institut, Freie Universität, Berlin (2015-) e do Centro Interdisciplinario de Estudios de Políticas Públicas (CIEPP) (2019-) Buenos Aires e do Mecila (2019-).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6094-8720>

CV: <http://lattes.cnpq.br/9527487721107297>

## **Marinalva de Sousa Conserva**

Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba (Brasil). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS/UFPB) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais – NEPPS/UFPB. Possui (dois) Pós-Doutorado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP/2010 e 2018); Doutorado Em Serviço Social Pela Universidade Federal Do Rio De Janeiro (2003); Mestrado em Serviço Social Pela Universidade Federal Da Paraíba (1990), e, graduação em Psicologia- Universidade Federal Da Paraíba (1984). Possui experiência científico-acadêmica na Área de Ciências Sociais Aplicadas – Serviço Social, especialmente, no campo de Políticas Sociais e Proteção Social, Desigualdades Socioterritoriais, Assistência Social, Transferência de Renda e Avaliação de Políticas Públicas. Desenvolve Estudos e Pesquisas em Rede Acadêmica Multidisciplinar em âmbitos - regional, nacional e internacional. Destaca-se a REDI com a Universidade de Salamanca. Possui produção intelectual com contribuições no aprimoramento de Políticas Públicas, com destaque na produção do livro-ferramenta – Topografia Social Regionalizada Do Estado Da Paraíba (2016 E 2017); Vídeo Documentário – Território Vivo ([https://Ww/Watch?V=E\\_-Qkrnkmmi](https://Ww/Watch?V=E_-Qkrnkmmi)). Prestou Consultoria PNUD/2018 no Projeto – Aprimoramento Do Programa de Apoio Integral à Família – PAIF/PNUD/MDSP. Coordenou O Projeto Casadinho/Procad/Capes/Cnpq – No. 552248/2011-2017. Atualmente coordena o Observatório – Plataforma COVID-19 PARAÍBA: OBSERVATÓRIO DE INDICADORES PARA GESTÃO DO SUS E DO SUAS (<http://www.cchla.ufpb.br/covid/>), aprovado Edital Nº 003/2020/Fapesq/Seect/Projeto de Monitoramento, Análise e Recomendações para rápida Implementação diante da Pandemia De Covid-19. Participa da Rede de Pesquisa e do GT de Criação do Observatório do Nordeste

(2021), instituído no âmbito do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste – Consórcio Nordeste, como uma ferramenta de inovação de Políticas Públicas para promoção do desenvolvimento regional de impacto – econômico, social, técnico-científico.

E-mail: [mconserva@uol.com.br](mailto:mconserva@uol.com.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5592-623>

CV: <http://lattes.cnpq.br/7988302250649908>

## **Neir Antunes Paes**

Professor Titular da Universidade Federal da Paraíba, no Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde; pós-doutor pela Escola de Saúde Pública da Universidade do Porto, em Portugal; pós-doutor pela Johns Hopkins Public Health School, nos Estados Unidos; doutor em Demografia da Saúde pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, pela University of London; mestre em Estatística pela Universidade de São Paulo (USP); pós-graduado em Demografia pelo Centro Latino-Americano de Demografia (CELADE), no Chile. Pesquisador do Projeto “Plataforma Covid-19/PB: relações entre saúde, território e proteção social em tempos de crise socio sanitária (FAPESQ-PB/Seect/Edital nº 003/2020/Projeto de monitoramento, análise e recomendações para rápida implementação diante da pandemia de Covid-19).

E-mail: [neirpaes@yahoo.com.br](mailto:neirpaes@yahoo.com.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0927-9103>

CV: <http://lattes.cnpq.br/0616539963047807>

## **Pedro Rubin Costa**

Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); mestrando em Economia pelo Programa de Pós-Graduação em Economia, do Instituto de Economia da UFRJ, com bolsa Capes; realiza pesquisa sobre a evolução das políticas sociais de transferência de renda e consumo das famílias em um contexto de baixo crescimento.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7577-8859>

CV: <http://lattes.cnpq.br/2528228437317040>



# PLATAFORMA COVID-19 PARAÍBA

<http://www.cchla.ufpb.br/covid/>



UFPB



NEPPS



INPEC



Laboratório de Investigação em  
Sistemas Socioambientais



INSTITUTO  
FEDERAL  
Paraíba



UFRJ  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO



FAPESQPB



FPGSS