



XIX ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR
Blumenau - SC - Brasil

O IMPACTO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO BRASIL NA PANDEMIA DA COVID-19: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO NA AMAZÔNIA E REGIÃO SUDESTE

Áurea Dayse Cosmo da Silva (UFV) - aurea.silva@ufv.br

Arquiteta e Urbanista pela Universidade Federal de Viçosa (2014). Mestre em Arquitetura e Urbanismo pelo DAU-UFV (2016) com linha de pesquisa centrada na área de Planejamento Urbano e Regional. Doutoranda em Arquitetura e Urbanismo (DAU -UFV)

Helen Ribeiro Rodrigues (UFV) - helenrr.au@gmail.com

Doutoranda em Arquitetura e Urbanismo com ênfase em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade Federal de Viçosa. É graduada em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal de Viçosa (2014) e mestre em Arquitetura e Urbanismo pela mesma institu

Teresa Cristina de Almeida Faria (UFV) - tcfaria.au@gmail.com

Graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Santa Úrsula (1983); mestrado (1997) e doutorado (2004) em Planejamento Urbano e Regional pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional - IPPUR/Universidade Federal do Rio de Janeiro . P

O IMPACTO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO BRASIL NA PANDEMIA DA COVID-19: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO NA AMAZÔNIA E REGIÃO SUDESTE

INTRODUÇÃO

Uma pandemia é caracterizada quando uma doença se espalha por uma vasta extensão geográfica no mundo, de maneira simultânea. Na atualidade, a pandemia se torna uma ameaça ainda mais grave, pois estamos mais expostos devido à flexibilidade dos fluxos de pessoas e produtos, implicando em uma redução de tempo e custos.

Desde dezembro de 2019 o mundo está enfrentando uma nova pandemia causada pela doença Covid-19, originária do novo coronavírus, que causa Síndrome Respiratória Aguda Grave. De acordo com Barreto et al (2020), esta pandemia se caracteriza como um dos maiores desafios sanitários do século XXI. O conhecimento científico sobre o novo coronavírus ainda é insuficiente para determinar escolhas das melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo, acarretando em mortes de populações vulneráveis, cenário que se agrava no Brasil, devido à desigualdade social e demográfica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Covid-19 apresenta uma alta taxa de contágio. O primeiro caso da doença foi diagnosticado na cidade de Wuhan, província de Hubei na China, mas a origem do vírus SARS-CoV-2 ainda é desconhecida.

Em agosto de 2020, os casos da Covid-19 no mundo, já registravam um número de 20.730.456 de pessoas infectadas e 751.154 mortes, relatadas em 216 países. A China foi considerada o primeiro epicentro da pandemia, que registrou 84.849 casos e 4.634 mortes. Em junho de 2020, o Brasil se tornou o epicentro da pandemia e registrou 3.340.197 casos e 107.879 mortes, se apresentando como o terceiro país com maior número de casos e mortes no mundo, ficando atrás somente do Estados Unidos e Reino Unido (OMS, 2021). Conforme apontado pela OMS, em janeiro de 2021, os números da doença alcançaram proporções ainda maiores. A doença foi registrada em 223 países, apresentou 92.313.199 casos confirmados e 1.977.893 mortes no mundo. De acordo com o Ministério da Saúde (2021), o Brasil já registrou 8.256.536 de casos confirmados e de 205.964 mortes.

O primeiro caso de Covid-19 no país foi confirmado no dia 26 de fevereiro, no estado de São Paulo. O modo como o novo coronavírus adentrou ao território brasileiro não apresentou um padrão uniforme em relação ao aumento do número de casos, fatores que podem estar relacionados à forma diferenciada de ocupação do espaço nas regiões brasileiras e por consequência a sua densidade populacional, virtude econômica, vasta dimensão territorial, bem como a forma de acesso e transporte nas mesmas, sendo essas algumas das indagações que motivaram a realização deste trabalho.

Considerando os aspectos elencados acima, esse trabalho teve como objetivo buscar entender como as dinâmicas e políticas regionais do Norte e Sudeste influenciaram no padrão de disseminação e combate da doença, bem como os impactos da Covid-19 nestas regiões, já que apresentam disparidades regionais devido às políticas que determinaram a forma de uso e ocupação do espaço regional. Para isso foi realizada uma revisão sistemática de literatura, levantamentos de dados secundários junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde, Ministério da Infraestrutura, bem como levantamento junto às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para identificar as principais medidas de enfrentamento adotadas. A coleta de dados foi estruturada em dois intervalos, o primeiro de março a agosto de 2020 e o segundo de setembro de 2020 a 15 de janeiro de 2021, visando compreender a evolução da pandemia da Covid-19 nas regiões Norte e Sudeste.

GESTÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE À COVID-19 NO BRASIL

De acordo com Castro (2020), uma pandemia se apresenta como um desafio para qualquer país, sobretudo nos setores da saúde e da economia, sendo necessária a coordenação entre agentes públicos e privados na condução das políticas de enfrentamento.

No Brasil, o poder estatal é descentralizado e dividido entre poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e a soberania é dividida e compartilhada entre União, Estados e Municípios, fator que pode influenciar no desempenho das políticas públicas. Através do aprofundamento do capitalismo e globalização, surgem dificuldades para a gestores coordenarem agentes e processos para a tomada de decisões de âmbito nacional (CASTRO, 2020).

Para o enfrentamento da Covid-19, há as interdependências entre as atividades desempenhadas pelas diferentes esferas do poder público, e a falta de coordenação entre elas pode gerar numerosos problemas, como é o caso das divergências do Poder Executivo e Legislativo em relação às medidas econômicas para reduzir a vulnerabilidade social.

Além disso, o Judiciário agiu em relação à prerrogativa de governadores e prefeitos terem autonomia para gerir a pandemia na sua esfera, através da descentralização de tomada de decisões para combate à Covid-19, na qual o Supremo Tribunal Federal (STF) teve o entendimento de que a Medida Provisória 926/2020, reconheceu a competência para medidas normativas e administrativas de enfrentamento como dos estados, Distrito Federal, municípios e não somente da União (CASTRO, 2020).

Desse modo, como apontou Castro (2020), cada ente federativo teve autonomia para definir ações como: instaurar o isolamento, quarentena, abertura e fechamento do comércio, restrições de locomoção. Essa medida gerou insatisfação do Executivo Federal, ao passo que dificultou a articulação de uma ação comum para frear a disseminação do vírus. Isto reforçou a ausência de um padrão de disseminação da doença no país, gerou uma diferenciação nas medidas de combate, bem como no tempo em que foram adotadas em cada região do Brasil.

Castro (2020) também apontou que no Brasil houveram falhas graves na coordenação de ações entre os agentes envolvidos, sendo observado uma disputa por respiradores entre as Unidades Federativas e a insistência na utilização de um protocolo médico não recomendado pela OMS. Além disso, a federação não desenvolveu um planejamento estratégico que levasse em consideração as debilidades da infraestrutura de saúde em cada Estado, objetivando minimizá-las.

A ausência de políticas claras e a instabilidade de gestão da pandemia foi reforçada pelas trocas na pasta do Ministério da Saúde, que estava sendo chefiada pelo médico Luiz Henrique Mandetta desde o início do Governo Bolsonaro em 2019. Devido às incompatibilidades de medidas de enfrentamento à Covid-19, o Ministro foi substituído pelo também médico Nelson Teich em abril de 2020, que também não conseguiu um alinhamento nas medidas com a presidência, e chefiou a pasta por um período de um mês, aproximadamente. De maio a setembro de 2020, o Ministério da Saúde estava sendo gerido interinamente pelo militar Eduardo Pazuello, que não possui formação técnica na área da saúde, mas sendo, por fim, efetivado no cargo.

PLANEJAMENTO E POLÍTICAS REGIONAIS: UMA COMPARAÇÃO ENTRE O NORTE E SUDESTE DO BRASIL

O planejamento regional é um conjunto de políticas estatais, que visam o desenvolvimento do país, levando em consideração as diferenças das regiões com o objetivo de equilibrar as condições socioeconômicas inter-regionais.

Para elaboração de políticas públicas e gestão territorial utiliza-se, principalmente, o sistema de divisão regional estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este sistema também contribui para as atividades de planejamento, estudos e identificação das estruturas espaciais de regiões metropolitanas e outras formas de aglomerações urbanas e rurais.

No Brasil, em 1970, o IBGE elaborou uma divisão regional em Macrorregiões, com a introdução de conceitos e métodos associados à crescente articulação da economia e da estrutura urbana para a compreensão do processo de organização do espaço brasileiro. Diante disso, a divisão macrorregional brasileira reúne estados de uma área geográfica com semelhanças econômicas e sociais, resultando nas seguintes denominações: Região Norte, Região Nordeste, Região Sudeste, Região Sul e Região Centro-Oeste, que permanecem em vigor até o momento atual (IBGE, 2020).

Desse modo, para compreender como as dinâmicas e políticas regionais do Norte e Sudeste que influenciaram no padrão de disseminação da Covid-19, será apresentado a seguir uma breve caracterização das regiões Norte e Sudeste e principais medidas de enfrentamento adotadas.

A região é Norte é composta por sete estados, sendo eles: Acre (AC), Amapá (AP), Amazonas (AM), Pará (PA), Rondônia (RO), Roraima (RR) e Tocantins (TO). A região possui a maior extensão territorial do Brasil, possuindo 3.869.638 km², o que representa aproximadamente 45% de todo o território nacional, todavia se apresenta como a região menos populosa do país⁵. De

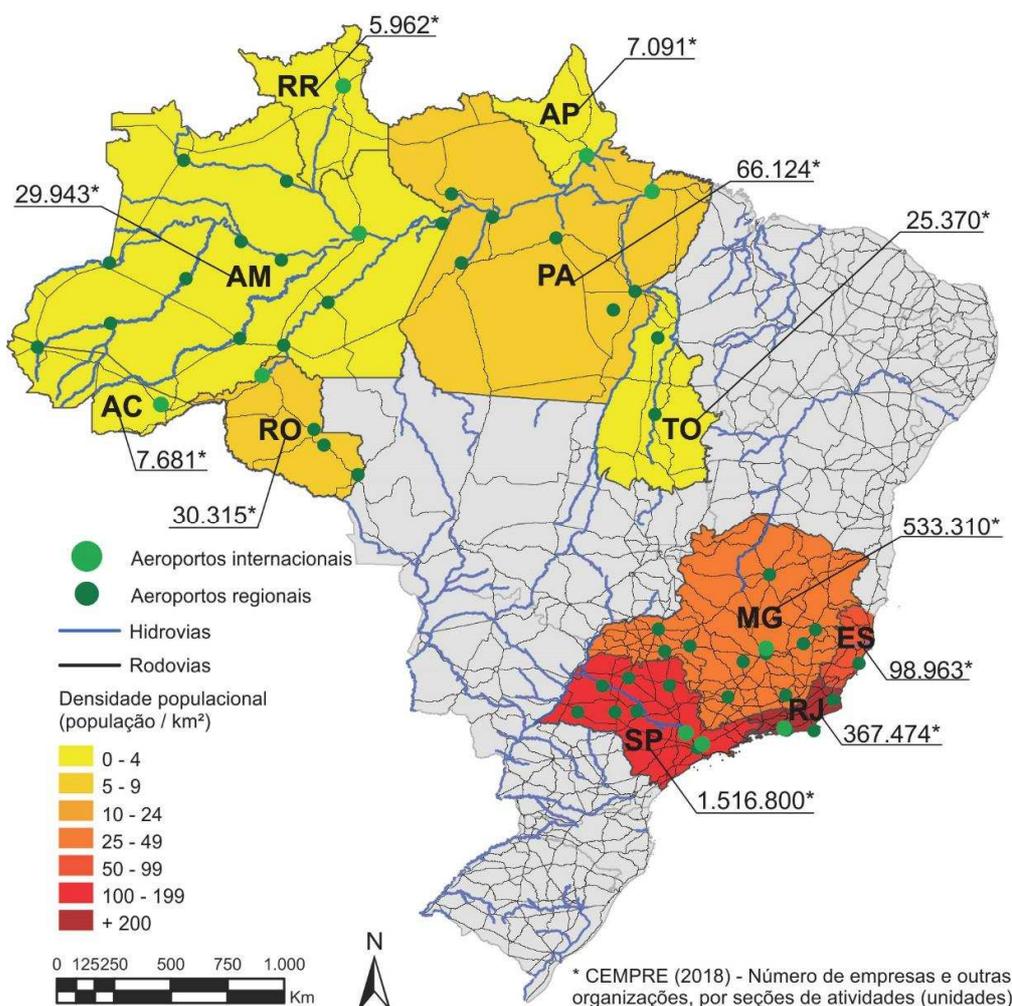
acordo com o estudo Região de Influência das Cidades - REGIC, a Região Norte possui duas Metrôpoles Nacionais, sendo elas Manaus e Belém.

Até a década de 1960 a região era pouco ocupada, e se tornou, nesse mesmo período, palco de movimentos migratórios, apresentando um acentuado crescimento populacional, que se inseriu no contexto da Operação Amazônia, visando à ocupação política da região, que mirou, principalmente, a interiorização da nação brasileira. A Operação Amazônia tinha como objetivo obter vantagens econômicas sob a floresta, além de se apresentar como uma alternativa frente à questão agrária enfrentada pelo país.

Já a região Sudeste é composta por quatro estados, sendo eles: Espírito Santo (ES), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP). É a região mais populosa e a que possui maior concentração populacional do território brasileiro. Nesse sentido, a região Sudeste possui pouco menos de 1/3 do total de municípios brasileiros (5570 municípios em 2010).

De acordo com o estudo Região de Influência das Cidades - REGIC (IBGE, 2020a), a Região Sudeste agrupa a única Grande Metrôpole Nacional brasileira (São Paulo), uma Metrôpole Nacional (Rio de Janeiro) e três Metrôpoles (Belo Horizonte, Campinas e Vitória). Diante desse cenário, a região possui a concentração da maior parte das atividades econômicas do país (CEMPRE, 2018), contando com grande densidade populacional e predominantemente urbana, infraestrutura de transportes e de energia desenvolvida (IBGE, 2020). No entanto, a região também oculta profundas disparidades e desequilíbrios intrarregionais resultantes do seu próprio processo de desenvolvimento.

Figura 1 –Densidade populacional, infraestrutura aérea, hidroviária e rodoviária e número de empresas presentes nas regiões Norte e Sudeste



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021), com base nos dados do IBGE, Ministério da Infraestrutura e CEMPRE.

Ao analisar a Figura 1, observa-se que as regiões possuem características bem divergentes. Os dados analisados: densidade populacional, atividades econômicas e infraestrutura aérea, rodoviária e hidroviária, mostram que a região Sudeste possui maior concentração de habitantes por km², sendo que São Paulo e Rio de Janeiro apresentam mais de 100 hab./km². Além disso, nota-se que a região possui um grande número de empresas nos diversos setores da economia, que demonstram a sua alta performance econômica, aglomerada principalmente no estado de São Paulo. Dessa forma, o Sudeste centraliza a maior parte das empresas do Brasil quando comparada às demais regiões. A região também possui grande extensão de conexões rodoviárias, interligando todos os estados do Sudeste ao restante do país, reafirmando a sua conectividade territorial.

Constata-se que a maioria dos estados da região Norte ocupam o primeiro nível da legenda da Figura 1, o que representa uma baixa densidade populacional, estabelecida no intervalo de até 4 hab./km². Observou-se uma

concentração populacional um pouco maior em Rondônia e no Pará, mas ainda inferior à situação evidenciada na região Sudeste. Em relação à infraestrutura aérea, rodoviária e hidroviária percebe-se que há poucas rodovias, quando comparadas ao Sudeste e uma maior utilização das hidrovias, que se justifica pelas características naturais da região Norte. Além disso, nota-se que a região possui 29 aeroportos, sendo 6 deles com voos internacionais. Tal fato fomenta a conectividade regional e com o restante do território brasileiro, uma vez que o modal rodoviário não é adequado para a região ocupada predominantemente pela Floresta Amazônica.

Esse cenário revela as enormes divergências produzidas pelas formas de povoamento do Brasil, sendo assim, constitui-se um elemento fundamental para a discussão da integração do território nacional e das estratégias para otimizar o planejamento regional brasileiro.

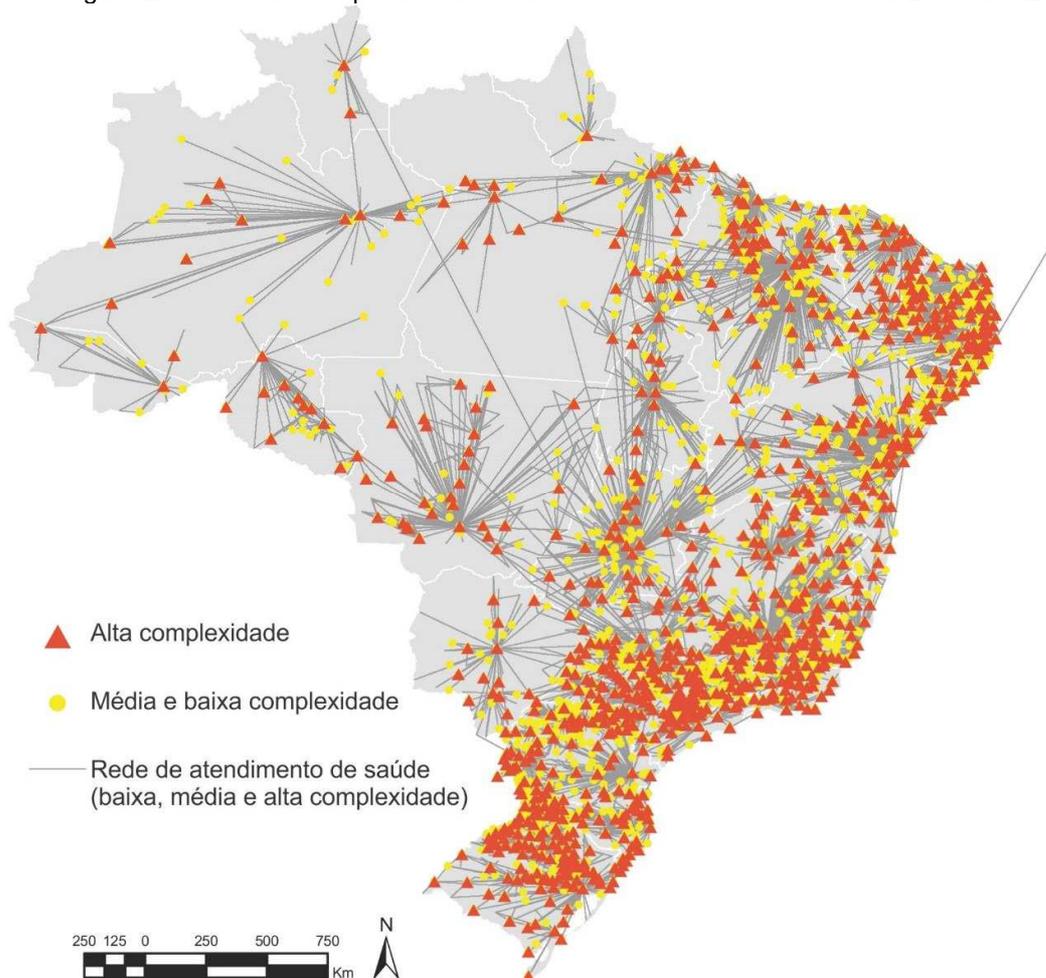
OS CENÁRIOS REGIONAIS DIANTE DA PANDEMIA

Perante a pandemia do novo coronavírus, diversas estratégias foram adotadas tanto no âmbito federal, quanto no estadual e municipal para minimizar a contaminação e os efeitos do novo vírus. No entanto, para analisar a atual conjuntura de combate e enfrentamento a Covid-19 é necessário investigar a infraestrutura existente antes da pandemia.

De acordo com o REGIC 2018 (IBGE, 2020a), o sistema de saúde brasileiro é diversificado e possui complexidades relevantes, mas é necessário ampliar a oferta de atendimentos. A partir da categorização sobre o nível de centralidade estabelecido pelo REGIC 2018 foi possível constatar que os centros urbanos que possuem maior nível de centralidade, ou seja, maior complexidade de atendimento, contando com diversidade de especialidades, recursos e equipamentos, estão concentrados principalmente nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. Esse fato sugere que o sistema de saúde brasileiro é mal distribuído territorialmente, potencializando o colapso em curto período de tempo nos locais que possuem pouca infraestrutura para o enfrentamento do Covid-19. Nesse sentido, aponta-se a fragilidade da rede de atenção à saúde em Manaus e região, a desigualdade social e a fraca efetividade das políticas públicas, como fatores que acentuaram os índices de mortalidade do Norte em relação às demais regiões do país (ORELLANA et al, 2020).

Em relação às regiões Norte e Sudeste, comparadas neste estudo, por meio da Figura 2 observa-se o contraste de recursos e infraestrutura do sistema de saúde. Enquanto a região Norte possui os municípios que dispõem dos índices de complexidade (baixo, médio ou alto) de forma espaçada, a região Sudeste concentra a maior parte dos municípios com o nível de alta complexidade. Tal fato sugere a menor acessibilidade da população da região Norte, em especial a população indígena, a recursos mais complexos do sistema de saúde brasileiro.

Figura 2 - Níveis de complexidade e rede de atendimento de saúde no Brasil em 2018.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021), com base nos dados do REGIC 2018.

Com base nos dados disponibilizados pelo Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) vinculado ao Ministério da Saúde (2020), foi levantado o número de leitos de UTI adulto II COVID-19 em relação ao número de casos do novo coronavírus dos estados do Norte e Sudeste, além de quantificar a proporção de leitos de UTI disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e no sistema privado (não SUS), visando investigar a sua distribuição espacial nas regiões estudadas.

De acordo com o CNES (2021), os leitos SUS referem-se aos leitos habilitados pelo Ministério da Saúde, por meio de publicação de Portaria no Diário Oficial da União (DOU). Já os leitos não SUS consistem em leitos que não são utilizados pelo SUS (hospitais privados) ou leitos que são utilizados pelo SUS em hospitais públicos ou privados, mas não habilitados pelo Ministério da Saúde.

A partir da interpretação da Figura 3, foi possível averiguar que no mês de novembro de 2020 (último mês com dados disponibilizados pelo CNES), a região Sudeste possuía maior proporção de leitos de UTI adulto II COVID-19 em relação a sua população. Todos os quatro estados do Sudeste possuem mais de 10 leitos de UTI adulto II COVID-19 para atender 100.000 habitantes, enquanto os

estados da região Norte possuem entre 4 a 10 leitos para cada 100.000 habitantes.

Como pode ser observado na Figura 3, em todos os estados das regiões analisadas, com exceção do Amazonas, Amapá e Rio de Janeiro, houve diminuição ou estagnação do número de leitos UTI adulto II COVID-19 entre os meses de setembro e novembro. Além disso, nota-se que no mês de março, início do surto epidemiológico no território brasileiro, não há a criação de leitos SUS em nenhum dos estados analisados. No entanto, os leitos não SUS já podem ser mensurados no mesmo período. Apenas os estados de Roraima e Tocantins não criaram leitos UTI adulto II COVID-19 no mês de março de 2020.

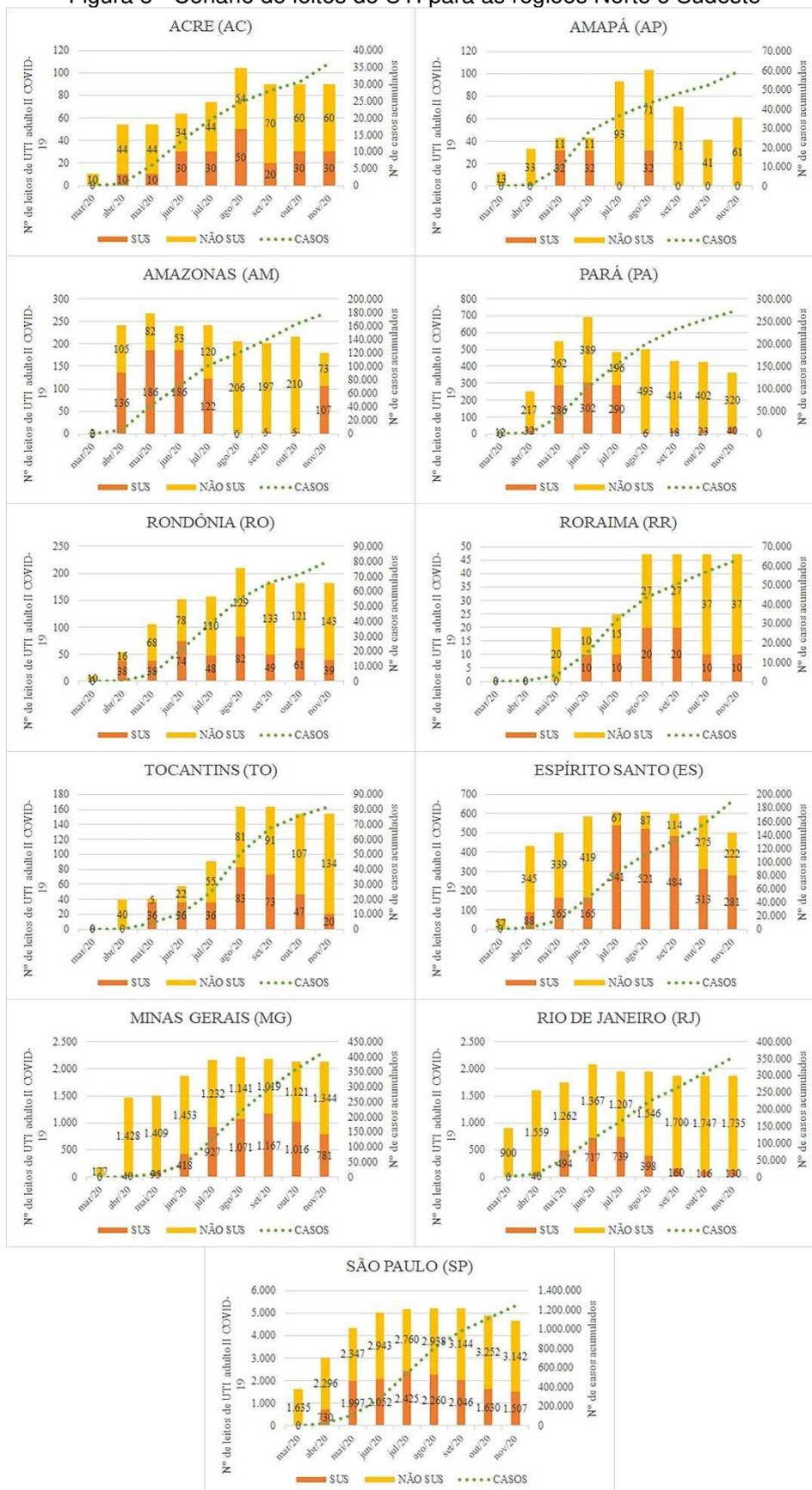
Em relação à região Norte, cabe destacar a proporção entre leitos SUS e não SUS. Nos estados do Acre e Roraima, durante o período analisado, os leitos SUS não chegam a 50% do total mensal de leitos disponíveis para UTI adulto II COVID-19. Ao investigar o número de casos acumulados, é possível constatar que os estados do Amapá e Roraima tiveram 7% e 10% da sua população contaminada, respectivamente, no período compreendido entre março e novembro de 2020. Os demais estados da Região Norte tiveram entre 3% a 5% dos habitantes contaminados no mesmo período.

Na região Sudeste, o cenário dos leitos de UTI adulto II COVID-19 não é homogêneo. Nos estados do Espírito Santo e Minas Gerais, os leitos não SUS assumem a maior parcela até o junho de 2020. No entanto, enquanto no estado de Minas Gerais após o mês de julho de 2020, os leitos SUS e não SUS se equiparam, no Espírito Santo, há uma alta de leitos SUS entre julho e setembro de 2020, e então, há a equiparação dos leitos de UTI adulto disponibilizados para a COVID-19.

No estado do Rio de Janeiro observa-se que os leitos de UTI adulto II COVID-19 SUS não chegam a 40% do total de leitos disponíveis em todo o período analisado. Já o estado de São Paulo, desde maio de 2020, possui parcelas semelhantes de leitos SUS e não SUS. Este percentual permanece até agosto do mesmo ano, quando os leitos não SUS têm sua quantidade aumentada.

Ao analisarmos o número de casos acumulados de cada estado da Região Sudeste, nota-se que a porcentagem da contaminação da população é baixa quando comparada aos estados da Região Norte. O Espírito Santo, estado com maior taxa de incidência da doença, teve quase 5% da sua população contaminada pela COVID-19 entre os meses de março a novembro de 2020, seguido de Minas Gerais com 2%, São Paulo com 2,7% e Rio de Janeiro com 2%.

Figura 3 - Cenário de leitos de UTI para as regiões Norte e Sudeste



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021), com base nos dados do CNES/MS, 2021.

Além do mapeamento dos dados sobre disponibilidade de leitos de UTI e o número de infectados pelo novo vírus, também foi levantada a infraestrutura principal de transporte de pessoas no território brasileiro, em especial nas regiões Norte e Sudeste. Como já apresentado na Figura 1 podemos observar a conectividade entre os modais aéreo, rodoviário e hidroviário.

Segundo o REGIC 2018 (IBGE, 2020a), a interpretação do modal aéreo é um fator fundamental para compreender como os centros urbanos se articulam, uma vez que ele ilustra o deslocamento de pessoas e cargas, revelando o perfil do turismo, negócios, consumo, etc. Dessa forma, é possível averiguar a posição dos centros urbanos em relação à acessibilidade territorial.

Observa-se que tanto a região Norte, quanto a Sudeste, possuem aeroportos internacionais que conectam o Brasil aos demais continentes do globo, constituindo em portas de entrada para a disseminação do vírus em território nacional. Além dos aeroportos internacionais, as regiões possuem ainda aeroportos regionais que são responsáveis por voos domésticos, conectando os centros urbanos em maior ou menor grau de centralidade regional. Quanto ao transporte rodoviário, constata-se que a região Sudeste possui uma densa malha viária, evidenciando maior capilaridade da rede, e conseqüentemente, interligando maior quantidade de centros urbanos. Na região Norte, devido à baixa densidade populacional, a presença de grandes áreas florestais e a centros urbanos mais remotos, a rede rodoviária é mais esparsa, possuindo conexões sobretudo entre as principais cidades. Esta região ainda concentra a maior parte do transporte hidroviário do país, fato que possui como justificativa a característica física do local.

Além disso, nota-se uma diferença em relação ao transporte intermodal. Na região Sudeste, a principal associação entre os diferentes meios de transporte é o aéreo e o rodoviário, enquanto na região Norte há a associação de aeroportos a hidrovias, como pode ser constatado especialmente no Estado do Amazonas.

Desse modo, podemos observar que na tentativa de conter a disseminação do vírus, os estados da região Norte adotaram medidas mais restritivas no transporte hidroviário, relacionadas à higienização dos barcos, disponibilidade de álcool e exigência do uso de máscara. Em janeiro de 2021, devido ao novo pico da Covid-19 em Manaus, o Governo do Estado do Pará decretou a proibição de circulação de embarcações para o Amazonas, bem como restringiu a entrada dos moradores do estado. Já Roraima adotou barreiras sanitárias, em rodovias na divisa com o Amazonas, e outra localizada no aeroporto internacional de Boa Vista. A estratégia de barreira sanitária também vem sendo adotada em certas cidades da Região Sudeste durante alguns períodos da pandemia.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DE COMBATE E ENFRENTAMENTO À COVID-19

De acordo com Rocha Neto e Borges (2011), a dinâmica espacial brasileira e a complexidade de processos que moldam o território nacional desde meados do século XX, culminam no enfrentamento de diversos problemas por

meio da formulação de políticas públicas de planejamento regional que são rebatidos no ordenamento territorial.

Diante da expansão do novo coronavírus no território brasileiro, evidencia-se que as políticas públicas desenvolvidas para as regiões Norte e Sudeste possibilitaram diferentes formas de gestão para o combate e enfrentamento à Covid-19. Cabe mencionar que as regiões estudadas possuem desigualdades regionais provocadas por meio das políticas que determinaram a sua forma de ocupação espacial. Nota-se que a população das regiões citadas é discrepante, uma vez que a região Norte possui apenas 19% da população residente na região Sudeste.

Ao analisar as figuras 2 e 3 observa-se que as disparidades se acentuam, ficando evidente a ampla cobertura territorial tanto para a infraestrutura viária quanto para a área da saúde na região Sudeste, enquanto a região Norte continua escassa de recursos de saúde e sua infraestrutura viária permanece centralizada em alguns centros urbanos. Logo, o panorama apresentado sugere que a região Norte possui menor acessibilidade da população, principalmente dos mais vulneráveis, aos recursos para o enfrentamento do novo coronavírus quando comparada à região Sudeste e também ao restante do país.

Nesse sentido, como base para a discussão desse estudo foi elaborado um quadro comparativo com alguns dos instrumentos e legislações que norteiam o combate e enfrentamento à Covid-19 para cada estado das regiões Norte e Sudeste.

Quadro 1 - Panorama de estratégias para o enfrentamento da COVID-19 nas regiões Norte e Sudeste até janeiro de 2021.

	Estado	Período	Situação de emergência / Estado de calamidade de pública	Lockdown	Uso obrigatório de máscara	Hospital de Campanha	Aquisição de testes rápidos e PCR	Taxa de incidência (casos/100.000 habitantes)	Taxa de mortalidade (mortes/100.000 habitantes)
R e g i ã o N o r t e	Acre	Mar-Ago/2020	Decreto nº 5.465 de 16/03/20	Não	Decreto nº 5.812, de 17/04/20	Sim	96.284	2.789,4	68,9
		Set-Jan/2021	Decreto nº 7.674 de 08/01/2021	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Sim	106.284	5.006,7	94,7
	Amapá	Mar-Ago/2020	Decreto nº 1.413, de 19/03/20	Todo o estado	Decreto nº 1.497 de 03/04/20	Sim	97.340	5.057,3	77,9
		Set-Jan/2021	Decreto nº 3.971 de 24/11/2020	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Sim	99.356	8.160,8	117,5

Amazonas	Mar-Ago/2020	Decreto nº 42.061, de 16/03/20	*Tefé, Silves, Barreirinha e São Gabriel da Cachoeira	Decreto nº 42.278 de 13/05/20	Sim	262.956	2.891,9	87,7
	Set-Jan/2021	Decreto nº 43.272 de 06/01/2021	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Fechou, mas há previsão de reabertura	308.144	5.465,2	145,8
Pará	Mar-Ago/2020	Decreto nº 687, de 15/04/20	*Região metropolitana de Belém	Lei nº 9.051 de 13/05/20	Sim	421.616	2.304,4	71,0
	Set-Jan/2021	Decreto nº 112, de 15/12/20	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Sim	479.408	3.574,6	85,7
Rondônia	Mar-Ago/2020	Decreto nº 24.871, de 16/03/20	*Porto Velho	Decreto nº 25.049 de 14/05/20	Sim	138.356	3.066,4	63,3
	Set-Jan/2021	Decreto nº 25.470, de 21/10/2020	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Sim	216.756	6.039,3	112,1
Roraima	Mar-Ago/2020	Decreto nº 28.635-E de 22/03/20	*Bonfim	Decreto nº 28.835-E de 27/05/20	Sim	98.164	7.147,9	96,9
	Set-Jan/2021	Decreto nº 017/2020 de 17/12/2020	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Fechou. As instalações foram cedidas ao Estado.	110.740	11.634,1	132,9
Tocantins	Mar-Ago/2020	Decreto nº 6.070, de 18/03/20	*35 municípios	Decreto nº 6.092 de 05/05/20	Sim	132.504	3.156,7	41,8
	Set-Jan/2021	Decreto nº 6.202 de 22/12/2020	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Sim	227.396	6.071,9	82,7

R e g i ã o S u d e s t e	Espírito Santo	Mar-Ago/2020	Decreto nº 4.593-R de 16/03/20	Não	Decreto nº 4.648-R, de 08/05/20	Não. Os leitos hospitalares foram ampliados.	292.788	2.737,9	77,9
		Set-Jan/2021	Decreto nº 1212-S de 29/09/2020	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Não. Os leitos hospitalares foram ampliados.	361.028	6.792,3	136,1
	Minas Gerais	Mar-Ago/2020	Decreto nº 113, de 12/03/20	Não	Lei 23.636, de 17/04/20	Sim	1.486.760	1.004,1	24,9
		Set-Jan/2021	Decreto nº 48.102 de 29/12/2020	*Santa Maria do Suaçuí	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Sim	1.527.784	2.971,2	62,3
	Rio de Janeiro	Mar-Ago/2020	Decreto nº 46.984 de 20/03/20	*Niterói, Campos de Goytacazes e São Gonçalo	Lei nº 8.859, de 03/06/20	Sim	1.152.216	1.291,4	92,8
		Set-Jan/2021	Decreto nº 47.428 de 29/12/2020	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Sim	2.838.901	2.763,1	159,8
	São Paulo	Mar-Ago/2020	Decreto nº 64.879, de 20/03/20	*Limeira	Decreto nº 64.959, de 04/05/20	Sim	2.441.160	1.745,3	65,2
		Set-Jan/2021	Decreto nº 65.437, de 30/12/20	Não	Lei Federal nº14.019 de 02/07/2020	Sim	3.510.836	3.497,1	108,0

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021), com base nos dados das Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde e do consórcio dos veículos de imprensa.

A partir do quadro apresentado foi possível observar que tanto os Estados do Norte e Sudeste decretaram situação de emergência ou estado de calamidade pública, ainda em março, exceto o Pará que homologou o decreto apenas em 15 de abril de 2020. Como os índices da doença voltaram a crescer acentuadamente no final de 2020, todos os estados das regiões Norte e Sudeste prorrogaram as vigências dos decretos para 2021, diferenciando-se somente no mês do encerramento da duração. Através desse tipo de ação os governantes locais passam a dividir as responsabilidades com outros entes, como o Governo Federal. Além disso, o estado ou município atingido fica dispensado de realizar licitações para execução de obras ou serviços, viabilizando medidas como a

implantação de hospitais de campanha, que foi adotada em quase todos os estados das regiões estudadas, exceto o Espírito Santo, na região Sudeste, que adotou medidas para a ampliação dos leitos de UTI. Com a estabilização do crescimento dos números de casos a partir de agosto de 2020, os estados do Amazonas e Roraima fecharam os hospitais de campanha, sendo que o primeiro anunciou a reabertura do mesmo em janeiro de 2021, devido ao acentuado crescimento do número de casos no estado.

Na coleta de dados verificou-se, no período de março a agosto de 2020, que na região Norte algumas cidades entraram em *lockdown* nos estados do Amazonas, Rondônia, Roraima, Pará, e somente o Amapá se diferenciou ao decretar isolamento em todo o estado. Essa foi uma importante medida de enfrentamento, já que ao observamos o gráfico 1, o estado apresentou um dos mais altos índices na relação de casos pelo total da população. Em relação ao Sudeste foi observado que a medida foi adotada de forma pontual em algumas cidades de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. É válido ressaltar que esse tipo de medida é adotado baseado na disponibilidade de leitos de UTI em relação à população, fator que sugere a adoção da medida com maior frequência na região Norte, devido a debilidade do sistema de saúde. Segundo o estudo de Silva et al (2020), sobre os efeitos do *lockdown* na pandemia da Covid-19, estimou-se que as políticas de distanciamento social adotadas em Belém (PA) diminuiriam a mortalidade em 16,77%, do que esperado para o mesmo período, sem as medidas adotadas, fator que estabeleceu, pelos autores, a distância social como uma intervenção não farmacêutica bem estabelecida.

No segundo período de análise, compreendido entre setembro de 2020 e janeiro de 2021, verificou-se que nenhum estado da região Norte e Sudeste adotou o *lockdown* como medida de controle, mesmo com o acentuado aumento de casos da Covid-19.

Verificou-se que todos os estados das regiões Norte e Sudeste decretaram o uso obrigatório de máscaras, principalmente nos meses de abril e maio, exceto o Rio de Janeiro que tornou a medida obrigatória somente em junho de 2020. Nesse contexto, o Governo Federal tornou uso obrigatório de máscara para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, somente em agosto de 2020, por meio da Lei Federal nº14.019 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em relação à testagem, não foram encontrados dados com parâmetros para a análise, uma vez que não há unificação das informações nos dados disponibilizados pelas Secretarias Estaduais e pelo Ministério da Saúde. Os dados interpretados no quadro 1 correspondem ao número de testes rápidos e PCR adquiridos no período de análise deste trabalho. Como análise preliminar, foi estabelecida a proporção da população a ser testada uma única vez a partir do somatório dos testes adquiridos. Nota-se que o índice de testagem não ultrapassa 18%, sendo mais alto nos estados de Roraima (18%), Rio de Janeiro (16%), Tocantins (14%), Acre, Amapá e Rondônia com 12%. Os demais estados analisados possuem índice inferior a 10%.

Ressalta-se que a falta de transparência e uniformidade dos dados divulgados dificulta a interpretação do panorama do novo coronavírus nas macrorregiões e em todo o território nacional, prejudicando a atuação das políticas de planejamento regional para o enfrentamento da doença.

Para Barreto et al (2020) a ampliação da testagem da população é de fundamental importância para se obter vários cenários de projeções da doença, além de investigar a dinâmica da epidemia em diferentes regiões do país, que orientem evidências que permitam o retorno à normalidade, com a redução da possibilidade de surtos epidêmicos subsequentes.

De acordo com o Ministério de Saúde (2020), a incidência de casos por 100 mil habitantes até o mês de agosto foi de 2.891,5 na região Norte e 1.524,2 na região Sudeste. Já a mortalidade por 100 mil habitantes foi de 72,6 na primeira e 61,5 na segunda. Ao confrontar esses dados com as discussões referentes à infraestrutura nas regiões, sugere-se que a debilidade do sistema de saúde da região Norte, quando comparada ao Sudeste, foi preponderante para um maior índice de mortalidade. Além disso, acredita-se que as grandes distâncias, pouca capilaridade, e dificuldade de acesso também podem ter sido fatores de que dificultaram as medidas de enfrentamento à doença, elevando assim o número de mortes.

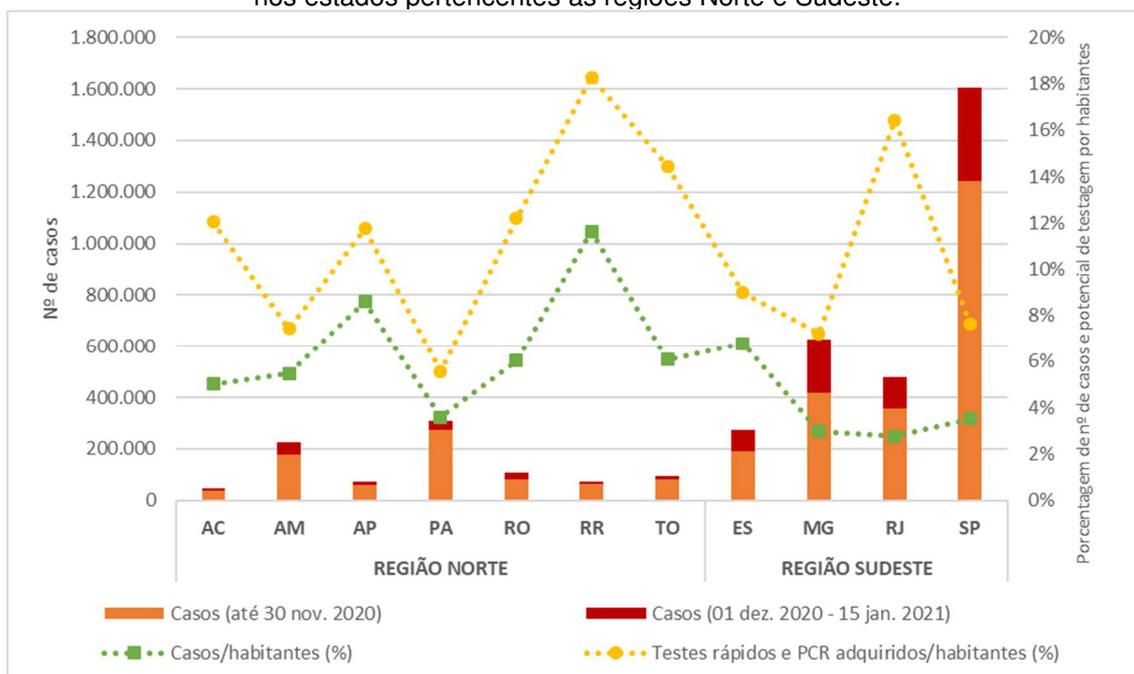
No entanto, ao analisar todo o período compreendido pela pandemia da Covid-19, é possível notar que a mortalidade das regiões Norte e Sudeste mudou de comportamento e a incidência continuou a aumentar significativamente nas duas regiões. No final do mês de novembro de 2020, a taxa de mortalidade entre as duas regiões era similar, sendo 90,9 para o Norte e 89,2 para o Sudeste. Já a taxa de incidência aumentou para as duas regiões, mas ainda permaneceu bem abaixo no Sudeste (4.157,5 para a Região Norte e 2.478,7 para o Sudeste).

Entre dezembro de 2020 e 15 de janeiro de 2021, os dados analisados continuaram a subir, a incidência de casos por 100 mil habitantes foi de 5.015,0 na região Norte e 3.377,6 na região Sudeste, enquanto a mortalidade por 100 mil habitantes foi de 105,0 e 108,5, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A partir da leitura do gráfico 1, observa-se que houve uma ampliação excessiva do número de casos entre dezembro e janeiro de 2021 na Região Sudeste, especialmente, quando comparada ao período de março a novembro de 2020. Este fato vem sendo atribuído principalmente ao período das eleições municipais e às datas comemorativas de 25 e 31 de dezembro.

Além disso, é possível notar que todos os estados da Região Norte, com exceção do Pará, tiveram 5% ou mais da sua população contaminada pelo novo coronavírus. Destaca-se o estado de Roraima, com 12% da população contaminada. Na Região Sudeste, apenas o Espírito Santo teve mais de 5% de contaminados em sua população, os demais estados tiveram apenas 3%.

Gráfico 1 - Número de casos, relação de casos e de testes adquiridos pelo total de habitantes nos estados pertencentes às regiões Norte e Sudeste.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021), com base nos dados das Secretarias Estaduais de Saúde.

Segundo Rocha Neto e Borges (2011), diversas instituições da máquina pública, além dos órgãos destinados ao planejamento regional, atuam considerando seus espaços prioritários na formulação de políticas públicas especializadas e/ou setoriais. Este fato pode gerar inúmeras espacializações e regionalizações que se sobrepõem ou são contraditórias, gerando a impressão de ações desarticuladas entre as instituições que deveriam dialogar em relação ao ordenamento territorial e, dessa forma, objetivarem o planejamento regional. Diante disso, no panorama da pandemia, há medidas de diversos órgãos públicos, em suas diferentes esferas e poderes, que ora atuam de forma articulada, ora de maneira diversificada.

Conforme já exposto neste estudo, a autonomia de estados e municípios levou ao desenvolvimento políticas públicas desarticuladas e conseqüentemente à falta de organização territorial para o enfrentamento e controle do novo coronavírus. Além disso, ainda há o fato de políticos desassociarem a relação entre a importância do isolamento social e a manutenção das atividades econômicas, como forma de evitar a ocorrência de maiores prejuízos econômicos para o país.

Diversos estados desenvolveram planos visando a retomada segura das suas atividades econômicas diante das perspectivas estaduais de enfrentamento ao coronavírus, como o plano São Paulo (SP) e o plano Minas Consciente (MG), na região Sudeste, e o plano Retoma Pará (PA) e plano Convívio sem Covid (AC) na região Norte, por exemplo. No entanto, há situações, como é o caso de Minas Gerais, em que não há a adesão de todos os municípios ao plano elaborado pelo estado. Este cenário diminui a eficácia das ações de planejamento regional tomadas com o intuito de minimizar a disseminação da doença e do número de mortes.

Apesar do cenário de alerta causado pela Covid-19, há perspectivas otimistas com o início da imunização. De acordo com um levantamento da Universidade Oxford, aproximadamente 50 países iniciaram a vacinação ainda no ano de 2020, como os exemplos da China, Rússia, Inglaterra, Estados Unidos, entre outros. A imunização no Brasil iniciou no dia 17 de janeiro de 2021, em São Paulo, dia em que as vacinas da Sinovac (China) em parceria com Instituto Butantan (Brasil) e a da Oxford em parceria com AstraZeneca e a Fundação Oswaldo Cruz (Brasil), obtiveram a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para uso emergencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A demora para o início da vacinação no Brasil, pode estar relacionada à exigência da Anvisa, de estar em andamento e conduzido também no Brasil o estudo clínico na fase 3, considerada a última etapa de testes. Além disso, foi observada a falta de planejamento na esfera federal em relação ao processo de imunização, já que o plano de operacionalização só foi apresentado no dia 16 de dezembro de 2020, conforme levantamento feito no site do Ministério da Saúde. Observou-se também uma desarticulação entre o Governo Federal e os Governos Estaduais, no que concerne aos investimentos para estudos dos possíveis imunizantes, bem como disputa para divisão das doses já fabricadas entre as unidades federativas, após a aprovação da Anvisa. Esses fatores evidenciam a falta de gestão do território nacional e inoperância do Ministério da Saúde, já que o processo de imunização no Brasil é de responsabilidade da esfera federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O novo coronavírus colocou o mundo em alerta e pôs em evidência as desigualdades regionais em termos de recursos de saúde e infraestrutura disponíveis. A ausência de conhecimento científico e a alta taxa de disseminação da Covid-19, acarretou em um grande número de mortes no mundo, que vem atingindo sobretudo populações vulneráveis.

No Brasil, o enfrentamento à pandemia adquire outras proporções, devido a vasta extensão territorial do país, desigualdades socioeconômicas e regionais, instabilidades políticas e falta de articulação na atuação dos diversos poderes.

Através do desenvolvimento deste trabalho foi possível observar que os padrões de políticas de enfrentamento à pandemia no Brasil só reforçaram a desigualdade regionais do país. Isso ficou notório na discussão sobre infraestrutura presente nas regiões estudadas, evidenciando a falta de recursos do sistema de saúde, em especial na região Norte, e a atuação contraditória e desarticulada de diversos entes políticos.

Assim como apontou Barreto et al (2020), para enfrentar a pandemia é necessário gerar informações para subsidiar a tomada de decisões dos agentes públicos, que orientem decisões para uma volta segura. Com os resultados apontados, nota-se que não houve o desenvolvimento de uma política e ações estruturadas entre todas as esferas do governo. Com a Medida Provisória 926/2020, que concedeu autonomia a estados e municípios, observou-se que há falta de comunicação das políticas, principalmente entre as políticas econômicas e de saúde, e os estados e municípios estão agindo de forma isolada. Não é evidente a criação de um núcleo de inteligência para gestão do território nacional

eficiente, que leve em consideração as particularidades e desigualdades regionais.

Além disso, devido à continentalidade do território brasileiro, cabe mencionar que a disseminação do novo coronavírus e os surtos da doença poderiam ocorrer de forma desigual em termos espaciais, como ocorreu nos Estados Unidos, e que vem sendo confirmado pelos números de casos e mortes apresentados pelas Secretarias de Saúde estaduais diariamente. Ressalta-se que diante desse cenário, as medidas de enfrentamento não seriam necessárias em todos os locais simultaneamente. Mas, a ausência de uma política coesa e de um planejamento conjunto podem potencializar o surgimento de novos surtos e dificultar o controle da pandemia no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? *Rev. bras. Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v.23, p.1-4, abr. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100101&tIng=p. Acesso em: 17 ago. 2020;

BRASIL. Ministério da Saúde (2021). Coronavírus COVID-19. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em 13 jan. 2021;

_____. Ministério da Infraestrutura (2021). Dados de transportes. Disponível em: <https://www.gov.br/infraestrutura/pt-br/assuntos/dados-de-transportes>. Acesso em: 17 jan. 2021.

CADASTRO Central de Empresas – CEMPRE (2018). Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/empre/quadros/brasil/2018>. Acesso em 17 ago. 2020;

CADASTRO Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (2021). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Disponível em: 13 jan. 2021;

CASTRO, B.S. A coordenação de políticas públicas durante a pandemia no Brasil. E daí? *In*: YOUNG, C. E. F.; MATHIAS, J. F. C. M. COVID-19, Meio Ambiente e Políticas Públicas. São Paulo: Hucitec, 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 16 ago. 2020;

_____. (2020a). REGIC - Regiões de Influência das Cidades – 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/redes-geograficas/15798-regioes-de-influencia-das-cidades.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 17 ago. 2020;

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall, et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00120020, mai. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1101/explosao-da-mortalidade-no->

epicentro-amazonico-da-epidemia-de-covid-19. Acesso em 13 jan. 2021.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00120020>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2021). Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 17 jan. 2021;

ROCHA NETO, J. M. da; BORGES, D. F. As assimetrias entre as políticas setoriais e a política de planejamento regional no Brasil. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1-10, nov. - dez. 2011. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000600002&lang=pt. Acesso em 17 ago. 2020;

SECRETARIA de Saúde do Estado do Acre (2021). Disponível em:
<http://saude.acre.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado do Amapá (2021). Disponível em:
<https://saude.portal.ap.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado do Amazonas (2021). Disponível em:
<http://www.saude.am.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado do Espírito Santo (2021). Disponível em:
<https://saude.es.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado de Minas Gerais (2021). Disponível em:
<https://www.saude.mg.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado do Pará (2021). Disponível em:
<http://www.saude.pa.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2021). Disponível em:
<https://www.saude.rj.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado de Rondônia (2021). Disponível em:
<http://www.rondonia.ro.gov.br/sesau/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado de Roraima (2021). Disponível em:
<https://www.saude.rr.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado de São Paulo (2021). Disponível em:
<http://www.saude.sp.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SECRETARIA de Saúde do Estado do Tocantins (2021). Disponível em:
<https://saude.to.gov.br/>. Acesso em: 17 jan. 2021;

SILVA, Lucas; FILHO, Dalson Figueiredo; FERNANDES, Antônio. O efeito do lockdown sobre a epidemia da COVID-19 no Brasil: evidências a partir de uma análise de séries temporais interrompidas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, e00213920, jul. 2020. Disponível em:
<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1215/o-efeito-do-lockdown-sobre-a-epidemia-da-covid-19-no-brasil-evidencias-a-partir-de-uma-analise-de-series-temporais-interrompidas>. Acesso em 13 jan. 2021.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00213920>.