



**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO
TOCANTINS – CAMPUS PALMAS
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

SARAH OLIVEIRA BRITO

**DESEMPENHO DOS GOVERNOS ESTADUAIS DA REGIÃO NORTE DO
BRASIL NA PANDEMIA DA COVID-19: UM RECORTE DO ANO DE 2021**

**PALMAS - TO
2022**

SARAH OLIVEIRA BRITO

**DESEMPENHO DOS GOVERNOS ESTADUAIS DA REGIÃO NORTE DO
BRASIL NA PANDEMIA DA COVID-19: UM RECORTE DO ANO DE 2021**

Trabalho de conclusão do curso apresentado à coordenação do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública da Unidade Palmas, do Instituto Federal do Tocantins, como exigência à obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Paula Karini Dias
Ferreira Amorim

PALMAS - TO

2022

SARAH OLIVEIRA BRITO

ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS GOVERNOS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL NA PANDEMIA DA COVID-19: UM RECORTE DO ANO DE 2021

Trabalho de conclusão do curso apresentado à coordenação do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública da Unidade Palmas, do Instituto Federal do Tocantins, como exigência à obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Paula Karini Dias Ferreira Amorim

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 PAULA KARINI DIAS FERREIRA AMORIM
Data: 14/02/2023 18:32:59-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Paula Karini Dias Ferreira Amorim
Orientadora - IFTO

Documento assinado digitalmente
 ANNA PAULA SOARES RODRIGUES ARAUJO
Data: 15/02/2023 15:58:16-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Dra. Anna Paula Soares Rodrigues Araújo
Examinadora 1 - IFTO

Documento assinado digitalmente
 GISELE MAGALI DA SILVA
Data: 15/02/2023 16:49:20-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Profa. Me. Gislene Magali da Silva
Examinadora 2 - IFTO

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Meus primeiros Mestres.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força que depositou em mim, dando-me coragem para chegar até aqui. Sem Ele e sua eterna misericórdia presentes na minha vida eu nada seria. À Ele dou graças por tudo que fez para que eu não desistisse das minhas escolhas e do meu propósito.

Aos meus pais Wyslene e Francisco, pelo incentivo e apoio em tudo que comprometo a fazer, contribuindo com muito esforço para que as minhas escolhas fossem as melhores e que eu pudesse cumpri-las. Vocês são a razão das minhas conquistas.

Às minhas irmãs, Pettra e Lara, por todo o apoio. Sempre estaremos juntas!

Ao meu amor, Kaio Henrique, por entender quem eu quero ser e por acreditar na minha capacidade em ser ou fazer tudo que quero.

A todos da minha turma do curso de Gestão Pública por dividirmos as dificuldades e as alegrias durante todo o nosso trajeto. Sinto saudades.

Às minhas amigas Tatiane, Hálade, Suzanna e Sthefanny do curso de Direito da Unicatólica que sempre me apoiaram e ajudaram como podiam.

Aos meus amigos do Técnico em Administração que acreditaram, ouviram minhas alegrias, angústias e me acompanharam até a graduação.

Ao meu amigo Iago Azevedo que sempre acreditou, ouviu e torceu por mim quando tudo parecia muito difícil.

Às minhas professoras, membros da banca, Anna Paula e Magali, exemplos de educadoras que levarei por toda a vida, quem me inspiro pela trajetória acadêmica, dedicação com a educação e conhecimento excepcional.

À minha orientadora, Paula Karini, que me ajudou com toda dedicação e parceria, cumprindo além do seu propósito como educadora e que me proporcionou outras oportunidades. Toda a minha admiração.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho ou que torceu para o meu crescimento. Muito obrigada.

RESUMO

Este trabalho analisou como os governos estaduais da Região Norte do Brasil atuaram no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no durante o ano de 2021. Foram considerados como parâmetros para a análise os boletins das Secretarias de Saúde dos estados, as tomadas de decisões/ações dos governos relativas à quarentena, lockdown, distanciamento social, uso de máscaras, programas de fomento e comunicação pública. Os dados foram coletados nos websites oficiais dos estados, portal de informações sobre COVID-19 do Ministério da Saúde, DATASUS e no IBGE. As informações e evidências coletadas foram organizadas em duas categorias: (a) indicadores da pandemia e (b) ações governamentais. As categorias foram analisadas observando a singularidade de sua natureza. Os resultados demonstraram que as medidas mais efetivas no combate à pandemia de COVID-19 foram aquelas que tinham como objetivo o controle da propagação da doença como, por exemplo, a redução da circulação de pessoas e a vacinação em massa.

Palavras-Chave: Pandemia. COVID-19. Governos estaduais. Medidas de enfrentamento. Região Norte do Brasil.

ABSTRACT

This work analyzed how was the state governments of the Northern Region of Brazil response to the COVID-19 pandemic during the year of 2021. Were considered as parameters for the analysis the state Health Departments newsletter, the decision makings of the government regarding quarantine, lockdown, social distancing, use of masks, development programs and public reporting. The data were collected on the official websites of the Brazilian states, the Health Federal Governments Gateway, the Datasus and on the IBGE. The information and evidence collected were organized in two categories: (a) pandemic indicators and (b) government actions. The categories were analyzed observing the uniqueness of their nature. The results showed that the most effective measures to combat against the COVID-19 pandemic were those that aimed to control the spread of the disease, such as, for example, reducing the circulation of people and mass vaccination.

Keywords: Pandemic. Covid 19. State government. Combat measures. Northern of Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIR - Análise de Impacto Regulatório

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COVID-19 - Doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IVS - Atlas da Vulnerabilidade Social

LAI - Lei de Acesso à Informação

OMS - Organização Mundial de Saúde

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunização

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIS - Síntese de Indicadores Sociais

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UPAS - Unidades de Pronto-Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual de estudantes de 6 a 17 anos de idade que frequentavam escola sem atividades presenciais e sem oferta de atividades escolares, segundo as características selecionadas - 2020	15
Figura 2 - Proporção de pessoas cuja família, por motivo de dificuldade financeira, a) atrasou o pagamento de contas de água, eletricidade ou gás no período de referência de 12 meses e b) residentes em domicílios com pouco espaço - período 2017-2018	16
Figura 3 - Quantidade de leitos por 1.000 habitantes - Brasil - 2020	17
Figura 4 - Gráfico do número de novos casos de COVID-19 nos estados da Região Norte do Brasil, de janeiro a dezembro de 2021	51
Figura 5 - Gráfico do número de novos óbitos de COVID-19 nos estados da Região Norte do Brasil, de janeiro a dezembro de 2021	51
Figura 6 - Panorama de COVID-19 no Amazonas - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021	58
Figura 7 - Panorama de COVID-19 no Acre - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021	58
Figura 8 - Panorama de COVID-19 no Amapá - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021	59
Figura 9 - Panorama de COVID-19 no Pará - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021	60
Figura 10 - Panorama de COVID-19 no Rondônia - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021	60
Figura 11 - Panorama de COVID-19 no Roraima - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021	61
Figura 12 - Panorama de COVID-19 no Tocantins - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados de IVS e IDHM das regiões brasileiras no ano de 2019 15

Tabela 2 - Panorama geral da infraestrutura para combate à COVID-19 e índices relacionados à pandemia nos estados da Região Norte do Brasil 48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 As Características da Região Norte do Brasil	13
3.2 O Cenário da Pandemia de COVID- 19 no Brasil e na Região Norte	17
3.3 Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 no Brasil	19
3.4 Países que se Destacaram Positivamente na Gestão da Pandemia de COVID-19	22
3.5 Dificuldades no enfrentamento à Pandemia de COVID-19 no Brasil	27
3.6 As Tomadas de Decisões do Governo Federal no Combate ao COVID-19 Sobre a Perspectiva do Princípio da Transparência Pública	34
4 METODOLOGIA	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

Em 11 de março do ano de 2020 foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a pandemia de COVID-19. A situação de pandemia marcou definitivamente a história da humanidade. O avanço sem precedente dos números de contágio e de óbitos somados ao colapso dos serviços de saúde trouxeram dilemas, incertezas e desafios que atingiram direta e intensamente todos os campos e áreas da sociedade.

No Brasil, algumas peculiaridades em relação aos demais países chamam atenção, por duas razões interdependentes: (1) o Governo Federal brasileiro tornou-se um aliado e, em algumas situações até patrocinador de teses anticientíficas sobre a pandemia da COVID-19 e seus efeitos. Essas ações resultaram em implicações diretas nas decisões sobre a adoção de medidas de combate à crise sanitária e da cooperação social por meio do esclarecimento da população; e (2) o mesmo governo, por meio do Ministério da Saúde e outros órgãos, adotou medidas que colocaram em xeque a produção de transparência sobre informações fundamentais e atualizadas acerca dos avanços e consequências da pandemia (ALMADA et al., 2021).

Desde então, uma verdadeira batalha vem sendo travada por cientistas, profissionais da saúde, jornalistas e poderes governamentais de todas as esferas e níveis no sentido de se produzir respostas concretas para o enfrentamento da pandemia. É neste contexto que a comunicação e o acesso à informação de qualidade, tanto por parte de cidadãos quanto de governantes, torna-se fundamental e imprescindível. Enquanto gestores e administradores públicos precisam ter acesso às informações e dados públicos para que possam tomar melhores decisões, os cidadãos precisam da informação para se preservarem e agirem com segurança e responsabilidade.

Dos estados brasileiros, também se espera o cumprimento do significativo trabalho de articulação e integração com os municípios visando empreenderem ações coordenadas e de longo alcance. Sabe-se que o país tem dimensões continentais e é composto por diversas realidades socioeconômicas e culturais. O presente trabalho pretendeu investigar como os governos estaduais da região norte do Brasil atuaram no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no ano de 2021. O Brasil está dividido

geograficamente em 26 estados e Distrito Federal. Esses estados são agrupamentos em 5 regiões com a finalidade de favorecer interpretações estatísticas e análise de políticas públicas. A região norte do país é a maior em extensão territorial, a sua população é distribuída de forma irregular, sua economia é tipicamente agropecuária e extrativista, é composta pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins (IBGE, 2021).

Além da vulnerabilidade econômica da região norte, representada pelos níveis inferiores de Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e da renda per capita em comparação ao restante do país, essa região apresenta também um déficit na infraestrutura hospitalar. A região norte conta com os indicadores mais baixos de leitos de UTI, médicos disponíveis e respiradores por número de habitantes. Em contrapartida, essa região registrou números elevados de casos confirmados e óbitos por COVID-19. Entre as 20 cidades com maior incidência da doença, 12 se encontram no norte do país, enquanto para o ranking de óbitos, essa relação foi de 10 para 5 (MENDONÇA et al., 2020).

Diante desse cenário, nota-se a importância de investigar o desempenho dos governos estaduais da região norte do país quanto às suas tomadas de decisões e medidas de combate à pandemia de COVID-19. A pandemia tem reforçado a necessidade de acompanhamento desses indicadores, uma vez que essa informação facilita o entendimento a respeito da efetividade das medidas adotadas e serve de base para as tomadas de decisões e ações futuras. Assim, reforça-se a relevância desse trabalho já que o mesmo busca compreender, no âmbito da administração pública, quais ações tomadas pelos governos estaduais do Norte do país foram mais eficazes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender como os governos dos estados da Região Norte do Brasil enfrentaram a pandemia no ano de 2021.

2.2 Objetivos Específicos

Para alcançar o objetivo geral, especificamente, foram realizadas as seguintes etapas:

- Pesquisar nos portais dos governos dos estados da Região Norte e nos portais oficiais os indicadores da pandemia do coronavírus entre os meses de janeiro a dezembro de 2021;
- Mapear e caracterizar as principais medidas governamentais de enfrentamento da pandemia nesse período;
- Analisar comparativamente os resultados encontrados a fim de identificar o desempenho dos governos no enfrentamento da pandemia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 As Características da Região Norte do Brasil

A Região Norte do Brasil é formada por sete unidades de federação: Amazonas, Pará, Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins. Considerada a maior região brasileira no aspecto territorial, possui uma área de 3.869.638 km², com cerca de 18 milhões de habitantes. Apesar da sua grande extensão territorial, a Região Norte apresenta “vazios demográficos”, em que a quantidade de habitantes por área é muito menor ou nula, assim, possui uma das menores populações absolutas e, como resultado, as menores densidades demográficas (SILVA; PRIMO, 2021).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é baseado em indicadores que revelam as fragilidades sociais da população de uma determinada área territorial e engloba três subíndices associados à infraestrutura urbana, ao capital humano e à renda e ao trabalho. Já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) analisa a qualidade de vida de uma determinada população. Ambos são capazes de revelar as condições de bem-estar da sociedade. Nos dados mais recentes coletados pelo IPEA (2019) apresentados na Tabela 1, nota-se que a Região Norte é uma das que apresentam ainda maior vulnerabilidade social e desenvolvimento humano mais baixo.

Tabela 1 - Dados de IVS e IDHM das regiões brasileiras no ano de 2019

Local	IVS	IDHM
Brasil	0.23 6	0.787
Centro-Oeste	0.23 4	0.800
Nordeste	0.30	0.727
Norte	0.28 6	0.734
Sudeste	0.22 4	0.822
Sul	0.17 7	0.805

Fonte: IPEA (2019)

Na análise realizada por Silva e Primo (2021) sobre esses índices, nas dimensões de vulnerabilidade social como infraestrutura urbana, capital humano, renda e trabalho, houve uma diminuição acentuada ao longo dos anos. Os autores apontam que, entre os anos 2000 até 2010, a vulnerabilidade social da Região Norte estava em uma escala "muito alta" e "alta", respectivamente. Nos anos de 2011 a 2013 a escala demonstrava uma "média" vulnerabilidade. Já de 2014 a 2017, a vulnerabilidade encontra-se em uma escala "baixa" na região. Apresentando então uma melhora no desenvolvimento regional da região, apesar de ainda encontrar-se em vulnerabilidade mais acentuada do que a média nacional. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano, Silva e Primo (2021) também apontam para uma melhora ao longo dos anos de 2000 até 2017, mas reforçam que, ainda está longe do ideal (SILVA; PRIMO, 2021).

Na pesquisa realizada por Silva e Primo (2021) foram apresentados ainda outros indicadores sociais que revelam as condições econômicas da população. Observando a distribuição da porcentagem de Pobreza Extrema no Brasil e em relação às regiões brasileiras, os autores apontaram a Região Norte com um percentual de pobreza de 11,8%, acima da média nacional (7,4%) e abaixo somente da Região Nordeste do país, possuindo uma situação preocupante (SILVA; PRIMO, 2021).

Destaca-se que o estado do Pará, que é o mais populoso com mais de 8,6 milhões de habitantes, concentra mais de 3,9 milhões de pessoas em situação de extrema pobreza. Mas, o percentual mais elevado de pessoas em extrema pobreza relacionado à população total do estado foi apresentado pelos estados do Acre e Amazonas, ambos com 47,8% (SILVA; PRIMO, 2021).

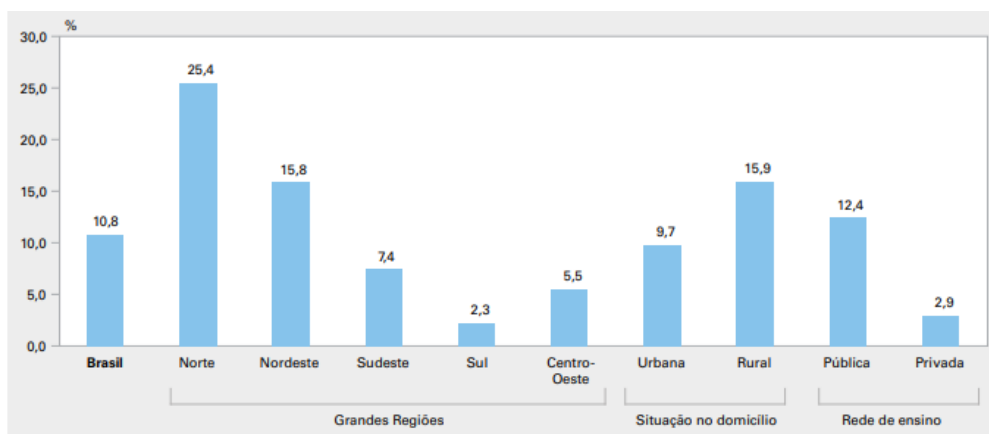
Sobre o Índice Gini, uma ferramenta que efetua a medição do grau de concentração de renda em determinado grupo (varia de zero a um, onde zero corresponde a situação ideal de igualdade onde todos possuem a mesma renda, e um representa o oposto, o máximo de desigualdade, onde uma única pessoa concentraria toda a renda), Silva e Primo (2021) mostraram que, entre os estados da Região Norte, esse índice varia entre 0,5 e 0,6. Esse resultado demonstra que há um elevado grau de concentração de renda. Além disso, aponta que há um espaçamento muito grande entre o menor e o maior rendimento per capita, acentuando a desigualdade. Dessa forma, os estados

da Região Norte do Brasil concentram os 40% mais pobres e os 10% mais ricos da população (SILVA; PRIMO, 2021).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) propõe uma análise geral da qualidade de vida da população e revela a efetividade ou não dos direitos humanos e sociais garantidos por lei. Silva e Primo (2021) acrescentam que esse indicador complementa a visão de desigualdade existente na população brasileira expressa anteriormente através de índices econômicos.

Dentro da síntese voltada para a educação, podemos ver no gráfico apresentado na Figura 1 que a Região Norte do país se destaca marcadamente no número de estudantes entre 6 e 17 anos de idade que permaneceram sem atividades escolares durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19. O Norte se destaca ainda como a região que concentra mais estudantes sem acesso a computadores e a internet, alinhado ao menor percentual de escolas que traçaram planos de apoio tecnológico aos alunos (IBGE, 2021).

Figura 1 - Percentual de estudantes de 6 a 17 anos de idade que frequentavam escola sem atividades presenciais e sem oferta de atividades escolares, segundo as características selecionadas - 2020

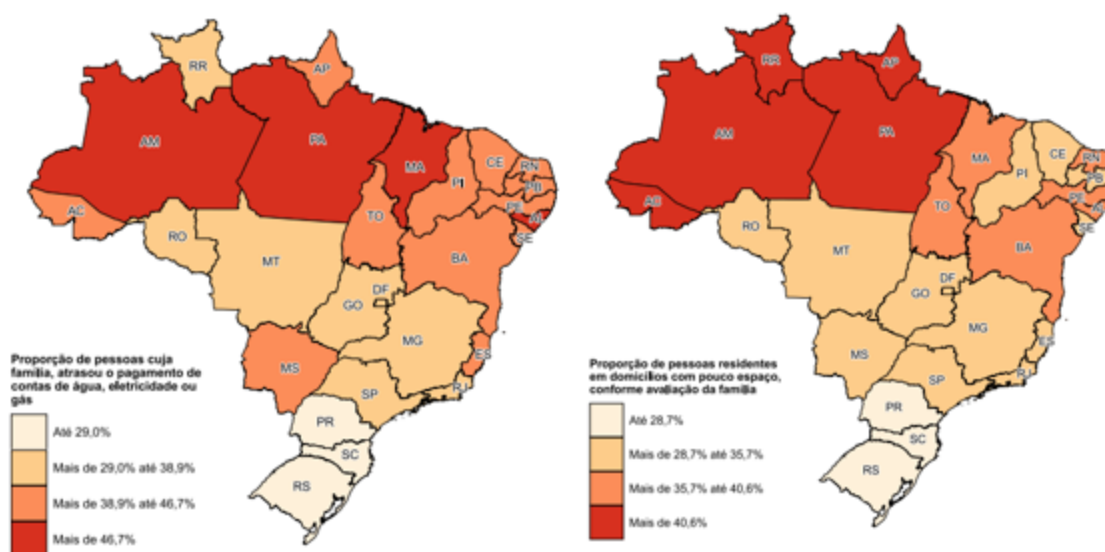


Fonte: IBGE (2021)

Em relação às condições de habitação da população, o SIS revelou que entre as regiões brasileiras, a Região Norte é a que apresenta o maior número de famílias que possuem dificuldade financeira de arcar com despesas relativas à infraestrutura básica como fornecimento de água, energia elétrica e gás. Como pode-se observar nos mapas da Figura 2, entre os 4 estados em

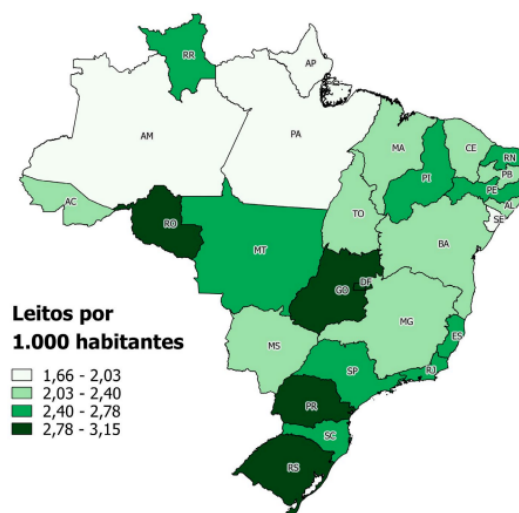
situação mais crítica (representados pela cor vermelho escuro), 2 estados encontram-se na Região Norte (Amazonas e Pará). Em relação aos residentes em domicílios com pouco espaço a situação é ainda mais marcante, já que todos os 5 estados mais críticos pertencem ao Norte (Acre, Amazonas, Pará, Amapá e Roraima).

Figura 2 - Proporção de pessoas cuja família, por motivo de dificuldade financeira, a) atrasou o pagamento de contas de água, eletricidade ou gás no período de referência de 12 meses e b) residentes em domicílios com pouco espaço - período 2017-2018



Fonte: IBGE (2021)

Em relação às condições de acesso à saúde, o SIS apontou que 28,3% da população da Região Norte enfrenta restrição de acesso a serviços de saúde, ficando atrás apenas do Nordeste. Durante a pandemia de COVID-19 discutiu-se muito sobre a disponibilidade de leitos hospitalares e quantitativo de profissionais da saúde. No mapa da Figura 3 podemos ver a situação de desvantagem em que se encontram os estados da Região Norte do país em relação ao número de leitos disponíveis por habitantes. E a razão de médicos por cada 1.000 habitantes dessa região ficou em torno de 1,07, a mais baixa em todo o país (IBGE, 2021).

Figura 3 - Quantidade de leitos por 1.000 habitantes - Brasil - 2020

Fonte: IBGE (2021)

Por fim, a pandemia provocada pelo COVID-19, assim como qualquer outro período de crise, acentuou ainda mais as desigualdades da população mais vulnerável do Brasil e exige que as ações sejam imediatas para fornecer proteção social aos grupos mais impactados.

4.2 O Cenário da Pandemia de COVID- 19 no Brasil e na Região Norte

De acordo com reportagem veiculada pelo jornal eletrônico Agência Brasil (2021), o primeiro caso de COVID-19 foi registrado no Brasil no dia 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo. No mês seguinte, já começaram a ocorrer casos de transmissão comunitária da doença, ou seja, quando o indivíduo afetado não sabe como contraiu o vírus, pois não se recorda de contatos diretos ou indiretos com outros infectados. Com a doença se alastrando rapidamente pelo país e com o registro do primeiro óbito, em 12 de março de 2020, o Senado Federal aprovou no dia 20 desse mesmo mês o decreto¹ que declarou o estado de calamidade pública no Brasil, consolidando assim a chegada da pandemia no país.

¹O projeto do decreto foi aprovado pelo Senado Federal em votação remota reconhecendo que o país encontrava-se em estado de calamidade pública em razão da pandemia do coronavírus. Foi a primeira vez na história dos 196 anos da Casa que os parlamentares votaram sem estarem no Plenário. Fonte: matéria produzida pela Agência Senado, disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/20/em-sessao-historica-senado-aprova-calamidade-publica-contra-covid-19>

Segundo o 111º Boletim Epidemiológico, lançado pelo Ministério da Saúde no dia 06 de maio de 2022, o Brasil ocupa o terceiro lugar entre os países com maior número de casos de COVID-19 e o segundo lugar no ranking de óbitos pela doença. Desde o registro do primeiro caso até o dia 30 de abril de 2022, foram confirmados 30.448.236 casos e 663.497 óbitos por COVID-19 no Brasil. As taxas de incidência e mortalidade acumuladas, nesse cenário, são de respectivamente 14.378,9 de casos e 313,3 de óbitos por 100 mil habitantes.

Buscando entender as taxas de mortalidade causadas pela COVID-19 nas regiões brasileiras e identificar os estados mais afetados até agosto de 2020, foi possível identificar que as maiores taxas de mortalidade a cada 100.000 mil habitantes foram registradas na Região Norte do país. Sendo assim, a taxa bruta de mortalidade pode estar associada a desigualdade econômica entre as regiões do Brasil, onde a Região Norte possui densa vulnerabilidade social e pobreza, o que intensifica o agravamento da doença e a dificuldade de acesso da população à serviços de saúde (SILVA et al., 2021).

Os estados de Roraima e Amazonas apresentaram as maiores taxas de mortalidade por coronavírus da Região Norte do Brasil, a cada 100.000 mil habitantes. Segundo Da Silva e Dias (2020), um fator que pode estar relacionado a esse índice, mais uma vez, é a questão socioeconômica característica dessa região. A população desses estados reside em condições precárias de saneamento básico e em grande aglomeração.

O levantamento realizado por essas pesquisadoras aponta ainda outros fatores que devem ser considerados para apresentar as razões das altas taxas de mortalidade da região. Um exemplo é a presença de comorbidades, principalmente do sistema respiratório, nos jovens que pertencem às populações indígenas. As autoras apontam que a questão da evangelização em aldeias indígenas é um dos fatores que podem ter corroborado para a elevada transmissão da COVID-19 nessas comunidades (DA SILVA; DIAS, 2020).

Outro fator apontado por Da Silva e Dias (2020) como percursos dos elevados índices de mortalidade por COVID-19, no estado de Roraima em particular, foi a falta de quantidade suficiente de unidades de terapia intensiva recomendada pela OMS é um fator que pode contribuir para a alta mortalidade.

Além das elevadas taxas de mortalidade, os estados da Região Norte do país também se destacaram quanto ao número de indivíduos beneficiários dos programas emergências adotadas pelo governo para combater o período da pandemia de COVID-19. Em relação a população beneficiada pelo Auxílio Emergencial, implementado pelo Governo Federal para garantir as condições mínimas de sobrevivência à população de baixa renda, os indivíduos contemplados que residiam na Região Norte ultrapassaram os 5 milhões e meio de inscritos, representando cerca de 11,4% do total de beneficiados pelo programa em todo o país (SILVA; PRIMO, 2021).

3.3 Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 no Brasil

As políticas para o combate à pandemia precisaram ser ajustadas de acordo com as condições de cada localidade, devido às diferenças geográficas, socioeconômicas e às condições de infraestrutura sanitária e hospitalar nos estados e municípios brasileiros. O papel dos governadores e prefeitos no combate à pandemia, é justamente procurar respostas para enfrentar a pandemia em diferentes momentos e condições que a sua localidade demandar (JÚNIOR; ARAÚJO, 2021).

De acordo com Júnior e Araújo (2021), as decisões sobre o combate à pandemia não foram centralizadas ou mesmo coordenadas pelo Governo Federal. Os governos estaduais e os municípios ficaram responsáveis pelas decisões referentes à pandemia. Isto porque (1) o Brasil sendo um estado federal, os governadores e prefeitos possuem autonomia política; (2) as opiniões eram divergentes entre o presidente e a maioria dos governadores sobre a doença e as medidas necessárias para o enfrentamento; e (3) a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) reconhecendo os papéis dos governadores e prefeitos no cenário de pandemia no Brasil.

Ainda segundo Júnior e Araújo (2021), o combate à pandemia no Brasil teve como característica várias ações diferentes entre os estados e espelhavam a visão dos governadores locais e o estado de pandemia local. Dessa forma, o enfrentamento da pandemia no Brasil deu-se por medidas e decisões estratégicas dos agentes governamentais locais.

Houvèssou et al. (2021) narram as primeiras tomadas de decisões do governo brasileiro frente à pandemia de COVID-19, no ano de 2020. Quando o Brasil atingiu a marca de 25.262 casos confirmados, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou aos Estados, Distrito Federal e municípios a competência de definir medidas de distanciamento social. Se observadas as medidas tomadas a nível federal, nota-se que houve poucas ações encaminhadas, enquanto houve uma variação de medidas de distanciamento social implementadas entre estados. Em razão da taxa de incidência de casos confirmados por COVID-19 bastante elevada, as medidas adotadas pelo país foram a restrição a viagens domésticas, suspensão de voos internacionais e fechamentos das fronteiras (HOUVÈSSOU et al., 2021).

Segundo Houvèssou et al. (2021), após a abertura do comércio, com medidas adotadas em cada localidade, o uso de máscaras tornou-se obrigatório para frequentar ambientes comerciais, transportes coletivos e serviços essenciais em quase todas as cidades do país. Mesmo assim, a incidência de casos continuava a aumentar drasticamente.

Em 19 de junho, o país estava com taxa de incidência de 107,1 casos por 1 milhão de habitantes, com isso foram publicadas diretrizes de orientação com medidas de distanciamento social, etiqueta respiratória, uso de máscaras, higienização de mãos, limpeza de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados (HOUVÈSSOU et al., 2021).

No início do mês de julho, ao atingir 122,6 casos por 1 milhão de habitantes, a abertura de restaurantes, bares e salões de beleza foi permitida em todo o país. No entanto, a flexibilização não foi adotada em algumas localidades. Ainda de acordo com Houvèssou et al. (2021), não foram implementadas novas medidas de alcance nacional até o final de agosto, quando a taxa média de incidência de casos confirmados por COVID-19 chegou a 190,0 casos por 1 milhão de habitantes.

Na pesquisa realizada por Ito e Pongeluppe (2020), foi possível identificar três caminhos principais, adotados pelos governos brasileiros, que permitiram a redução da transmissão da COVID-19. Nesse contexto, o primeiro caminho estabelecido foi a colaboração plural que, por meio de unidades públicas e envolvendo o setor privado para neutralizar a falta de recursos do setor público, pôde reduzir a transmissão da COVID-19. O segundo consistiu

na implementação de programas de auxílio governamental para, outra vez, superar a falta de recursos e a vulnerabilidade social de cada localidade. O terceiro caminho é aquele que é baseado em recursos, depende de um sistema de saúde estruturado e uma gestão organizacional centralizada em uma unidade pública.

As comunidades médicas e científicas agiram rapidamente ao definir consensualmente medidas práticas para reduzir a transmissão da COVID-19 e como reagir ao surto pandêmico. Os agentes públicos vinham se guiando por princípios, tais quais (1) isolamento de casos confirmados e suspeitos, da mesma forma de todos àqueles que tiveram contato com possíveis portadores do vírus; (2) mobilização tanto de profissionais da saúde como de materiais, entendendo que a rápida propagação eleva o número de internações e caminha para o colapso do sistema de saúde e (3) quarentena ou distanciamento social para “a prevenir a propagação da doença e aliviar o sistema de saúde” (ITO; PONGELUPPE, 2020). De acordo com os autores, na administração pública, os princípios mencionados são convertidos em ações práticas seguindo condições particulares de cada localidade.

O surto da COVID-19 necessitou de diversas respostas governamentais, a primeira resposta governamental foi a restrição na movimentação de pessoas que visava diminuir a transmissão do vírus. Como toda medida tem seu impacto independente de ser positiva ou não, a administração pública deve balancear os impactos do distanciamento social. Isto porque com o distanciamento social, a população mais pobre, tem o rendimento interrompido. Assim, Ito e Pongeluppe (2020), explica que pode ser mais difícil manter as pessoas com a condição de vulnerabilidade social em casa. Dessa forma, é relevante que durante o surto da COVID-19 seja implementado ações públicas voltadas à provisão de programas de auxílio para atender as necessidades básicas da população em vulnerabilidade social (ITO; PONGELUPPE, 2020).

A Avaliação de Impacto Regulatório (AIR), em inglês *The Regulatory Impact Assessment (RIA)*, pode ser aplicada na formulação de políticas regulatórias e não regulatórias. É considerado como um processo sistemático de avaliação que pode ser utilizado “antes do fato”, ou seja, antes do impacto de uma ação governamental. Segundo Mota et al. (2020), é um processo de análise baseado em evidências que identifica o problema, define os objetivos

da política regulatória pretendida e avalia se a intervenção pública é realmente necessária. Assim, a AIR promove a identificação, análise e comparação dos impactos de possíveis alternativas de intervenção, a fim de determinar qual delas é a melhor escolha (MOTA et al., 2020).

A AIR foi adotada primeiramente nos Estados Unidos no início da década de 1970. Já no Brasil, sua metodologia vem sendo implantada desde 2007 por agências reguladoras federais, em especial a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que se encontra em estágio avançado de estudo e aplicação da metodologia AIR no Brasil. A utilização da metodologia AIR nas instituições governamentais ainda engatinha e é gradativa, apresentando grande diferença na maturidade de aplicação (MOTA et al., 2020).

Mota et al. (2020) mostraram que essa metodologia poderia e pode ser usada pelas instituições públicas para desenvolver políticas e ações de enfrentamento à COVID-19 e também outras situações de emergência de saúde pública. Para esses autores, o benefício do emprego da RIA nesse tipo de situação advém da oferta de um raciocínio lógico mesmo diante de uma situação de grande pressão.

Silva e Primo (2021), ressaltam que a pandemia trouxe consigo a necessidade de melhorar as condições de moradia, saneamento básico, saúde, empregabilidade e demais direitos básicos da população. Assim, os governos foram obrigados a reforçar as políticas públicas já existentes e implementar novas políticas voltadas para o contexto regional de cada estado ou localidade do país.

4.4 Países que se Destacaram Positivamente na Gestão da Pandemia de COVID-19

Um dos primeiros países que se destacou no combate à pandemia de COVID-19 foi a própria China, pioneira nas tomadas de decisões para combater a propagação da doença por ter sido o país onde foram identificados os primeiros casos da doença e por ter se tornado o primeiro epicentro mundial da pandemia (DE MENEZES et al., 2021).

Primeiramente, para conter o contágio do coronavírus foram adotadas medidas de enfrentamento estabelecendo-se barreiras sanitárias e a busca

ativa de infectados que ingressaram nas fronteiras dos países. A ideia era postergar a infecção do coronavírus, evitando a transmissão comunitária, impedindo que indivíduos fossem infectados e transmitissem sem um agente externo (SANTOS; FINATTI, 2020).

Dessa forma, as respostas governamentais ao vírus baseavam-se na diminuição de circulação de pessoas, distanciamento social e ampliação dos padrões de higiene, como o uso de máscaras e álcool em gel, para reduzir o número de doentes. Quando as medidas adotadas fracassaram, o colapso era instaurado de modo que o sistema de saúde se sobrecarrega, ocasionando a elevação de serviços funerários e da COVID-19 em razão do número de óbitos (SANTOS; FINATTI, 2020).

De Menezes et al. (2021) acrescentam também que as medidas adotadas pela China no início da pandemia tiveram um caráter centralizado e de abrangência nacional. A política de enfrentamento chinesa contou com o envolvimento de autoridades centrais e comunidades regionais e locais. Esses autores destacam outras três medidas importantes tomadas pelo governo chinês, além das já mencionadas: (1) aplicação de testes rápidos para identificar possíveis contaminados assintomáticos; (2) investimentos na oferta de um sistema de assistência à saúde de qualidade e (3) desenvolvimento de aplicativo remoto para facilitar a identificação e localização de possíveis contaminados.

Além da China, outros países da Ásia também se destacaram como referências positivas no combate ao coronavírus. De Menezes et al. (2021) relataram que na Coreia do Sul, adotou-se uma política de ordem nacional pautada na prevenção entre o contato com o vírus e indivíduos contaminados. Foi instituída a quarentena obrigatória de pelo menos duas semanas para quem tivesse tido algum tipo de contato e intenso sistema de testagem da população. A distribuição de centenas de testes rápidos por todo o país permitiu identificar rapidamente os indivíduos contaminados e mapear as regiões de foco e propagação da doença.

O Vietnã foi outro país asiático destaque no combate à COVID-19. O país divide fronteiras com a China, e então, desde o primeiro caso confirmado isolou imediatamente a entrada e saída do país. Também foi instaurado o uso obrigatório de máscaras faciais, distanciamento social rigoroso, e testagens em

massa. Outra medida importante tomada pelo governo do Vietnã foi uma campanha popular, com artistas reconhecidos no país, a fim de conscientizar a população das questões ligadas ao vírus (DE MENEZES et al., 2021).

De acordo com Santos e Finatti (2020), à medida que o coronavírus se espalhava pelos mais diversos países do mundo, medidas de enfrentamento a pandemia eram adotadas pelas autoridades e poderiam ser de mitigação ou supressão, bastava analisar o território e as condições materiais que os governos tinham à disposição para efetivar medidas. As medidas de supressão evidenciaram a radicalização dos governos no enfrentamento como, por exemplo, o “*lockdown*”, onde poderia ser empregado a *law enforcement*, isto é, fazer cumprir a lei por convencimento ou punição. Já as medidas de mitigação eram impostas como uma disciplina social cujo resultado era a diminuição da transmissão.

Os autores realizaram uma pesquisa que procurou identificar quais países estabeleceram medidas de contenção e foram bem-sucedidos e outros fatores baseando-se nas análises das medidas implementadas pelos países, compreendendo o contexto em que cada nação está inserida. Dessa forma, foi analisada a liberdade política, renda (em US\$ por paridade de poder de compra) e IDH. Dentre os países asiáticos, apenas a Coreia do Sul é de alta renda e livre. O Vietnã é pobre e classificado como “não livre”. A China, que possui a maior economia do mundo e o maior parque industrial do planeta, é um país de rendimento médio e não livre. Assim, os países citados apresentaram respostas eficazes à pandemia de COVID-19, segundo a pesquisa realizada (SANTOS; FINATTI, 2020).

Entre os países ocidentais desenvolvidos (Alemanha, Canadá, Estados Unidos e Nova Zelândia), os EUA se destacam como um dos países de ação mais tardia. Canadá e Nova Zelândia foram bem-sucedidos. A pesquisa apontou que um dos primeiros países europeus a lidar com a situação de transmissão local foi a Alemanha. Por sua vez, o Canadá e, sobretudo, a Nova Zelândia foram bem-sucedidos em evitar o descontrole da transmissão. De todos os países, a Nova Zelândia foi o mais precoce e radical (SANTOS; FINATTI, 2020).

De acordo com Houvèssou et al. (2021), a Alemanha registrou o primeiro caso de COVID-19 em 28 de janeiro de 2020. Em 10 de março, medidas de

distanciamento social foram recomendadas quando o país registrou 1.139 casos confirmados. Logo depois, em 22 de março com taxa de incidência de casos confirmados por COVID-19 de 37,5/1 milhão hab., medidas do tipo *lockdown* parcial foram aplicadas no país inteiro, com previsão de duração até o dia 15 de abril. Depois da Alemanha estabelecer o *lockdown*, constatou-se um decréscimo da taxa de incidência em 25 de abril, diminuindo para cerca de 26,0/1 milhão de hab. na taxa de incidência. Com a diminuição de casos confirmados, o *lockdown* foi estendido até 3 de maio. Em 30 de maio, quando o decréscimo na taxa de incidência estava em 8,8/1 milhão hab., as cerimônias religiosas, funcionamento de academias e prática de esporte ao ar livre foram permitidas. Com uma taxa de incidência de 7,0/1 milhão de hab., em 24 de junho, houve um decreto de *lockdown* parcial em dois distritos da Renânia do Norte-Vestfália após um surto de COVID-19 que teve duração até dia 6 de julho (taxa de incidência de 2,6/1 milhão de hab.). Em 21 de agosto foi registrado a maior taxa de incidência (27,8/1 milhão de hab.), sem novas medidas reportadas.

O país mais bem-sucedido foi a Nova Zelândia. Para isso bastou identificar o colapso do sistema de saúde e o tempo em que os países transitam do isolamento à reabertura controlada, seguindo protocolos de higiene e outras medidas de controle. Nesse contexto, a Nova Zelândia declarou-se livre do coronavírus em junho de 2020, seguido por Vietnã e Coreia do Sul. A Nova Zelândia estaria em vantagem no controle do coronavírus, pois possivelmente se beneficiou da condição geográfica com o maior controle de suas fronteiras (SANTOS; FINATTI, 2020)

De acordo com Houvèssou et al. (2021), a Nova Zelândia reportou seu primeiro caso em 28 de fevereiro. Medidas de enfrentamento da COVID-19 foram adotadas, como a restrição de movimento e distanciamento social, nos dias 13 e 19 de março, respectivamente. No dia 23 de março foi implementado *lockdown* total, com previsão de duração de 28 dias. Em 31 de março, oito dias após a aplicação do confinamento total, a incidência da COVID-19 no país chegou ao pico com taxa de 19,7/1 milhão hab. Já no último dia de confinamento total, em 27 de abril, a Nova Zelândia contava com 0,2 caso por milhão de habitantes. No dia 28 de abril, a medida de confinamento total passou a ser parcial (HOUVÈSSOU et al., 2021).

Sem novos casos reportados em 18 de maio, a Nova Zelândia determinou a reabertura de estabelecimentos de ensino e, em 29 de maio, autorizava reuniões com até 100 pessoas. Sem restrições no país, os habitantes puderam voltar a suas atividades de rotina no dia 9 de junho, ainda sem casos confirmados. Porém, autoridades sanitárias mantiveram medidas básicas de higiene recomendadas. Em julho, a média da taxa de incidência foi de 0,2/1 milhão de hab., sem novas medidas reportadas (HOUVÈSSOU et al., 2021).

De acordo com Houvèssou et al. (2021), devido a novos casos de transmissão comunitária, a região de Auckland implantou novas medidas, por exemplo, a saída de casa restrita à localização de atividades essenciais na localidade. No mais, a Nova Zelândia não formulou medidas tão restritas e as empresas tiveram autorização para reabrir, conforme orientações de Saúde Pública. Segundo Houvèssou et al. (2021), a taxa média de incidência aumentou para 1,2 caso por milhão de habitantes.

De acordo com Fabrício et al. (2021), Singapura foi considerado um exemplo de combate ao vírus por conta da sua agilidade em adotar o isolamento social e a testagem em massa. Quando a doença ficou evidente no mundo todo, os países começaram a solicitar aos cidadãos o regresso ao país de origem. Dessa forma, muitos que estavam em locais sem barreiras sanitárias trouxeram o surto da doença de volta ao país (FABRÍCIO et al., 2021).

O Canadá determinou bloqueio de viagens a países com risco de transmissão, compras de equipamentos de segurança aos trabalhadores da saúde, comunicação com os habitantes e alívio econômico de impostos e obrigações. Apresentou um quadro menos grave da doença infecciosa.

Segundo Fabrício et al. (2021), Hong Kong e Singapura tiveram boas práticas, pois já estavam mais preparadas para casos de pandemias e desastres naturais. Os países mencionados possuem respostas rápidas do governo e uma boa relação de comunicação com a população, mantendo bem-informada sobre doenças respiratórias. Os autores evidenciam que por terem proximidade com a China e estarem avançados na detecção de casos antes de outros países, demonstraram ser eficientes e rápidos no agir contra a doença (FABRÍCIO et al., 2021).

De acordo com Fabrício et al. (2021), a Islândia, Dinamarca, Finlândia, Alemanha e Noruega estão na lista como os melhores países na luta contra a COVID-19. Por coincidência, os países mencionados são governados por mulheres e ocupam os primeiros lugares do ranking do Relatório Global sobre a igualdade de gênero do Fórum Econômico Mundial (FEM). Países que, além de frear a doença, demonstram iniciativas semelhantes, como a alta escolaridade, redução da desigualdade salarial entre homens e mulheres, incentivo à presença feminina na gestão de topo do governo e das empresas e garantia de licenças-maternidade e paternidade compartilhadas e remuneradas.

De maneira geral, observa-se que as medidas mais efetivas no combate à COVID-19 levam em consideração os seguintes fatores: rapidez nas tomadas de decisões; unificação das políticas e ações recomendadas à população; restrição rígida à circulação e adoção de medidas de higiene pessoal; e por fim, testagem da população em massa.

4.5 Dificuldades no enfrentamento à Pandemia de COVID-19 no Brasil

Lima et al. (2020), apontam condicionantes que ajudam a entender as dificuldades de resposta do Brasil no contexto da COVID-19, sob a perspectiva da federação, sendo eles: a especialidade do seu arranjo federativo; a existência de profundas desigualdades socioespaciais; e o acirramento de conflitos políticos entre os governos.

Ao apontar as características do arranjo federativo brasileiro e as implicações para a coordenação de políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS), Lima et al. (2020) evidenciam as dimensões política, fiscal e administrativa que direcionam a atuação do Estado na pandemia, pois fazem parte de um processo decisório complexo e assimétrico, com desigualdades, dificuldades administrativas e dependência política e financeira dos estados e municípios ao Governo Federal.

Segundo Lima et al. (2020), o Brasil é um país continental, diverso e desigual, portanto, as estratégias podem ser variadas entre as regiões, estados e municípios. Mas dadas as características da federação brasileira, a variedade de respostas para o quadro de recessão mundial provocado pela pandemia,

requer uma atuação ativa do Governo Federal e intensa cooperação entre as esferas de governo no âmbito nacional e estadual, em múltiplas escalas regionais.

Lima et al. (2020), ainda explicam que a coordenação de políticas entres áreas e esferas de governo é importante para potencializar a resposta do Estado no enfrentamento à emergência sanitária devido às suas características que moldam o seu sistema de governo: país federativo, imenso e desigual.

Portanto, estratégias diversas e articuladas são necessárias para evitar que a doença avance no território nacional, estendendo a duração da pandemia e consequências econômicas, sociais e humanitárias. Em razão dessa série de condicionantes apresentadas, que direcionam a atuação federativo do Estado, os autores defendem que o Brasil ainda precisa enfrentar desafios para o fortalecimento da coordenação de sentido estrutural de comando e articulação entre as organizações para obter um controle efetivo da COVID-19 (LIMA et al., 2020).

Durante o estado de emergência decorrente da pandemia provocada pela COVID-19, o STF decidiu que os estados e municípios poderiam adotar medidas restritivas ao comércio e a circulação de pessoas no âmbito de suas competências, sem que houvesse a necessidade de requerer autorização ao Ministério da Saúde para decretar isolamento, quarentena e outras medidas (FIGUEIREDO et al., 2020).

Dessa forma, Figueiredo et al. (2020), observam que as medidas de mitigação adotadas tiveram uma grande diversidade. Por conta dessa heterogeneidade, ocorreram muitos casos de judicialização recorrendo a maiores restrições e prolongamento de medidas contra a propagação da COVID-19 em locais onde a flexibilização se deu precocemente ou em condições desfavoráveis à saúde. Os autores acreditam que essa descoordenação aconteceu, em grande parte, por culpa do posicionamento e atuação do Governo Federal que não foi incisivo quanto às orientações na gestão do SUS sobre a evolução da pandemia no Brasil (FIGUEIREDO et al., 2020).

Figueiredo et al. (2020) apontam observações a respeito da gestão do SUS na pandemia e explicam que a municipalização apesar de ter evidenciado ser uma grande virtude, mostrou também uma dificuldade considerável de

organizar os sistemas regionais de saúde justamente pela omissão dos estados e a falta de coordenação nacional, o que gerou ações de enfrentamento distintas, tanto em volume como qualidade a nível local. Ainda observa-se que a luta entre uma política nacional de base constitucional e a autonomia federativa permanece na gestão do SUS desde a sua criação (FIGUEIREDO et al., 2020).

Ainda que tenha havido uma falta de coordenação nacional, o enfrentamento da pandemia no Brasil mostrou a importância de uma saúde pública universal, descentralizada e ampla, mesmo apresentando dificuldades e a escassez de recursos financeiros, humanos e unidades de saúde. Sobre isso, Figueiredo et al. (2020), afirmam que uma decisão judicial transferindo obrigações para os municípios não seria suficiente para solucionar o problema, pois se os municípios não conseguiram iniciar uma série de ações com o objetivo de controlar a pandemia local e cuidar da população, quem dirá adotar medidas de isolamento social com o nível de restrição exigido para obtenção de resultados rápidos e efetivos.

Paes-Sousa (2020) aponta também alguns erros que o Brasil cometeu no enfrentamento da pandemia de COVID-19, sendo o primeiro deles a incapacidade de unir o país para o combate à pandemia. A baixa cooperação entre os poderes e os três níveis de governo, transferiu a responsabilidade de tomar medidas de enfrentamento à doença de forma municipalizada, marcando assim um enfraquecimento das alianças entre os governadores e até mesmo a troca sucessiva do comando do Ministério da Saúde.

O déficit orçamentário do SUS ocasionado pela falta de repasses ao sistema de saúde em todo o Brasil foi descrito como o segundo erro, isto porque a vulnerabilidade do SUS ainda estava longe de ser superada. Visto que não foram implementadas estratégias para sustentar o subfinanciado sistema, além da insuficiência de insumos, serviços, profissionais, unidades de saúde e equipamento, o mesmo mostrou-se dependente do setor privado e limitado no manejo da desigualdade da distribuição de serviços de saúde no Brasil.

Neste contexto, chama-se ainda a atenção para a baixa intervenção dos subsistemas privado e de saúde indígena. Inclusive, fruto disso, foi a maneira desorganizada de intervenção, que levou ao estabelecimento de hospitais de

campanha com funcionamento desregulado e ineficientes no atendimento à população.

O terceiro erro diz respeito ao investimento social e econômico, que segundo Paes-Sousa (2021, p. 02) foi feito “de forma descolada das iniciativas de prevenção da doença”. O autor cita o gasto do Governo Federal, em 2020, com o auxílio emergencial, criticando que o investimento, por mais necessário que seja, nunca esteve vinculada à necessidade das famílias e demais grupos na adesão às medidas de prevenção à COVID-19. Isso quer dizer que o auxílio emergencial deveria ter sido concedido aos que já eram ou se tornaram vulneráveis economicamente para que pudessem aderir medidas de restrição, como a mobilidade, a fim de protegê-los da perda de emprego e renda (PAES-SOUSA, 2021).

O quarto erro aborda a questão da vacina, Paes-Sousa (2021) aponta a falta de estratégia abrangente e pragmática na sua aquisição, no segundo semestre de 2020. A recusa de algumas oportunidades de compra de vacinas, o investimento limitado e a forma conflitiva para tal fez com que o Brasil iniciasse o programa de vacinação de maneira desorganizada e, sobretudo, tardia.

Como consequência, não restou, senão, a busca por outras soluções ao Programa Nacional de Imunização (PNI), o setor privado e governadores agiam paralelo ao Ministério da Saúde. A baixa cobertura vacinal da população já em 2021 colaborou para o crescimento da COVID-19, provocando internações com taxas elevadas de ocupação de leitos de UTI COVID-19, que chegou a alcançar 80% em mais de 18 estados e no Distrito Federal (PAES-SOUSA, 2021).

Na dimensão social, Paes-Sousa (2021) aponta que o Governo Federal não consegue enfrentar adequadamente o crescimento do desemprego, sequer entende quais investimentos seriam necessários para conter a crise, investimentos esses que poderiam ser associados a uma política de promoção da saúde e prevenção da doença que seriam capazes de frear o grande desemprego. Com a polarização da política no Brasil, grande parte dos eleitores ignoram medidas de quarentena, uso de máscaras, o trabalho remoto e a suspensão de atividades de lazer e trabalho, ocasionando ainda mais sofrimento e o óbito de milhões de pessoas.

Como os fracassos do passado se projetam para o futuro, Paes-Sousa (2021) pressupõe que no ano de 2021 a doença e a mortalidade por COVID-19 continuariam prosseguindo, com alteração na dinâmica demográfica, como a redução da expectativa de vida, aumento na mobilidade e outros. Outros problemas de dimensões econômicas, sociais, do Sistema de Saúde continuarão e estará ainda mais evidente até mesmo em nível internacional e deixada de lado quanto à participação social na gestão do SUS.

Por fim, o autor questiona-se sobre qual seria o legado da pandemia para o país. Segundo ele, o conhecimento. Primeiro porque houve uma expansão quanto ao conhecimento biomédico que possibilitou a produção de muitas vacinas com muita rapidez. Em paralelo, o conhecimento sobre a eficácia de medidas não farmacológicas no controle de doenças respiratórias teve muita profundidade e relevância na área da saúde. Porém, o autor identifica que é necessário construir uma institucionalidade mais robusta para a área da saúde em relação ao atendimento de doenças emergentes e à vigilância. Dessa forma, Paes-Souza (2021) evidencia que um evento de grande proporção pode produzir uma alteração muito pequena em relação à proteção adequada a eventos futuros semelhantes a COVID-19.

Sodré (2020) reforça essa ideia de abandono por parte do Governo Federal em relação ao enfrentamento da pandemia. Após quatro meses depois do registro do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, o Ministério da Saúde deixou de atuar na linha de frente das ações e os estados conduziram as principais medidas de enfrentamento: compra de materiais e serviços da iniciativa privada. Segundo Sodré (2020), a negação da epidemia e a ausência de medidas pelo Ministério da Saúde caracterizou-se pelo abandono das ações de proteção à saúde, demonstrado na pergunta “E daí?”, pelo presidente da república quando foi questionado sobre os óbitos no Brasil.

O afastamento do Governo Federal no enfrentamento da crise abria espaço para a iniciativa privada. Os hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAS) foram consideradas as principais referências para a população diante da pandemia. A gestão desses serviços estava, por quase duas décadas, nas mãos das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) nos estados que lideram o principal eixo econômico do país.

Dessa forma, a gestão da pandemia do coronavírus caracterizou-se de certa forma pelo domínio de uma gestão indireta e terceirizada definida entre os estados com as organizações sociais de saúde. Por isso, a responsabilidade inclinou-se às secretarias estaduais para direcionar recursos financeiros, monitorar e fiscalizar, exercendo um papel regulatório, ao certificar-se de que tais OSSs estavam a cumprir a demanda recém destinada para os hospitais, UPAs e o SAMU (SODRÉ, 2020).

Sob a visão de Sodré (2020), o Ministério da Saúde deveria estar à frente na atuação central coordenada entre as esferas do pacto federativo, unificando as ações e direcionando os recursos para medidas eficazes entre os estados, mas isso não aconteceu. Inclusive, sequer houve ação conjunta entre estados e municípios dirigido pelo ente central da federação a fim de enfrentar a pandemia. O que houve foi a centralidade dos governadores e ações fragmentadas entre os municípios como se não houvesse um Sistema  nico de Saúde capaz de projetar a a  o entre os três entes da federação (SODRÉ, 2020).

Conforme evidenciado por Sodré (2020), no primeiro mês de pandemia no Brasil, o Ministério da Saúde se isentou da condução da política de controle até mesmo de qualquer planejamento ou medidas sobre as ações durante a epidemia. Os recursos destinados aos estados aconteceram de modo a garantir, de preferência, a média e a alta complexidades da atenção   saúde (SODRÉ, 2020).

Sodré (2020) afirma ainda que poucos investimentos foram realizados para o enfrentamento da pandemia além do que já estava previsto no orçamento de 2020 direcionado   área da saúde. Com isso, mesmo a União sendo o maior arrecadador, os governadores e secretarias estaduais estavam à frente com maior responsabilidade na gestão de ações voltadas. Além de uma baixa execução orçamentária dos recursos para a área da saúde, na relação com os serviços de natureza privada, o Ministério da Saúde isentou os planos de saúde quando se mostraram indisponíveis para atender casos de COVID-19 (SODRÉ, 2020).

Sobre as falsas colocações do Governo Federal frente ao Ministério da Saúde sobre a doença, acredita-se que pôde influenciar de forma direta a condução da política de saúde em duas vias distintas e complementares. Foi

criado primeiramente uma discórdia entre a economia e a saúde, como se medidas de contenção do contágio fossem prejudicar o crescimento econômico. Nisso, o discurso resumia a culpabilidade do Ministério da Saúde caso insistisse no distanciamento social entre as pessoas, seria o corresponsável pela retração do crescimento econômico do país que, mesmo antes da pandemia, já estava presente no Brasil (SODRÉ, 2020).

Um segundo ponto, foi a invenção de que um medicamento (a hidroxicloroquina) supostamente poderia curar a COVID-19. O medicamento esteve presente diariamente nos discursos presidenciais indicando ser uma descoberta científica que poderia trazer cura para a pandemia (SODRÉ, 2020).

Ocorreram ainda mudanças na ocupação do cargo de Ministro da Saúde. Com o ministro Teich assumindo o comando do Ministério da Saúde, observou-se a ausência de contribuições para o planejamento voltado ao controle da pandemia e baseou-se no plano governamental imposto pelo presidente que dispunha sobre o alargamento das medidas que ampliaram os serviços considerados essenciais. O presidente da república, tinha como objetivo a saída do distanciamento social em um curto prazo. Assim, atendendo às demandas do presidente, Teich demitiu técnicos do quadro do ministério e substituiu por militares sem formação na área da saúde, segundo Sodré (2020).

Sodré (2020) aponta que antes de completar um mês de mandato, Teich pediu demissão em meio ao crescimento do número de novos casos e número de óbitos no Brasil. O Ministério da Saúde passou cerca de quatro semanas sem nenhuma medida alternativa para reverter o quadro, ao mesmo tempo que o país se tornava o epicentro da COVID-19 na América Latina e no mundo. Para o autor, o modo de gestão em que o Ministério da Saúde se baseava com negação da epidemia, ausência de ações que atrapalhavam as medidas sanitárias dos estados, evidenciava que o objetivo do Ministério da Saúde era não produzir ação alguma, e sim ficar inoperante (SODRÉ, 2020).

Diante de todos esses transtornos, Sodré (2020) relembra que os Estados Unidos bloquearam a entrada de brasileiros em seu território após a OMS considerar o Brasil epicentro da pandemia na América Latina, passando a desacreditar na capacidade do Governo Brasileiro em oferecer respostas à crise política e ainda contraindicou o uso da hidroxicloroquina. Tais fatos trazem

descrédito ao governo em relação ao seu principal modelo de política pública, o dos Estados Unidos.

Por fim, chama-se atenção para os impasses no combate à pandemia que levaram, particularmente, a Região Norte do país a se destacar negativamente quanto ao número de indivíduos contaminados e de óbitos causados pela COVID-19. Sobre isso, Santos e Finatti (2020) dizem que os primeiros sinais de colapso do sistema de saúde surgiram em Belém e em Manaus. Os autores explicam que a expansão da COVID-19 na Região Norte pode estar ligada aos meios de transporte mais dominantes, porque as embarcações, muito comuns na região, contam com infraestruturas precárias e geralmente circulam superlotadas, contribuindo para a proliferação do vírus mais rapidamente.

Atrelado a isso, Santos e Finatti (2020) ressaltam que a atuação lenta do governo central não isenta a atuação dos demais níveis de governo, porém a centralização é fundamental para o enfrentamento da pandemia, principalmente para a compra e contratação de insumos e a definição de estratégias estruturadas entre os entes governamentais. Outro ponto fundamental para o sucesso das medidas tomadas, é a dinâmica espacial, entender os motivos que os cidadãos transitam pelos territórios permite formular respostas governamentais mais eficientes.

Assim, entende-se que, em resumo, o Brasil cometeu, e ainda vem cometendo, dois erros fundamentais: a falta de coordenação nacional e a implementação insuficiente das políticas, como o apoio econômico aos trabalhadores que demorou a ser implementado.

4.6 As Tomadas de Decisões do Governo Federal no Combate ao COVID-19 sob a Perspectiva do Princípio da Transparência Pública

Rodrigues e Azevedo (2020), apontam que um dos grandes entraves para o combate eficaz e, conseqüentemente, enfrentamento da crise provocada pela COVID-19, é a falta de coordenação federativa e a falta de clareza sobre as atribuições de cada ente nas decisões governamentais. Por conta do caos político-institucional, a população demonstrou-se confusa em

qual autoridade seguir e, sobretudo, qual instituição de poder é a competente às decisões proferidas.

O conflito político-institucional provocado pela falta de clareza sobre a real competência das instituições trouxe reflexões sobre a concepção de federalismo cooperativo. Isto é, um conjunto de competências compartilhadas entre a União, Estados e Municípios, estimulando a cooperação e a coordenação entre os entes federados, desempenhando também funções exclusivas, como a saúde. Porque para universalizar o acesso à saúde, é necessário promover a articulação e a divisão de responsabilidades, sobretudo, recursos entre os três entes da Federação, que devem prover serviços e equipamentos de saúde de forma coordenada (RODRIGUES; AZEVEDO, 2020).

Se tratando do contexto atual de pandemia da COVID-19, Rodrigues e Azevedo (2020) apontam que como os recursos estão concentrados na União, a autonomia dos municípios fica prejudicada no combate eficaz à pandemia tanto em política pública de saúde como em outros setores conexos.

Rodrigues e Azevedo (2020) acrescentam que a descoordenação no âmbito federal se apoia nas contradições de discursos e de ações no território nacional que é extremamente complexo e desigual. Além disso, o enfrentamento da pandemia expõe muito mais que número e estatísticas, apontam contradições e fragilidades políticas e institucionais da Federação e dos governos brasileiros, sobretudo, a vontade do Governo Federal em unificar princípios norteadores de ações governamentais, isto é, a participação dos municípios na capacidade decisória e ações de enfrentamento de proximidade.

O modelo federativo brasileiro possui pressupostos de interdependência e, por isso, algumas políticas públicas de natureza compartilhada demandam ações conjuntas e coordenadas (DIAS, 2021).

A responsabilidade do sistema público de saúde no Brasil divide-se entre os entes da federação. Assim sendo, os municípios possuem maior responsabilidade pela saúde da população local. Nesse sentido, diante de uma crise de pandemia espera-se que os municípios forneçam equipamentos de proteção individual, definam regras de distanciamento social e realizem testes para a detecção da COVID-19 (DIAS, 2021).

Sendo o município responsável pela saúde da população local, não significa que o poder executivo federal está isento da atuação para conter a crise emergencial. Dias (2021) afirma que “[...] a descentralização não significa a ausência de atuação do executivo nacional no combate à pandemia”. Ainda explica que o poder executivo é indispensável na atuação de combate à pandemia mesmo que a responsabilidade de administrar uma parcela da política de saúde pública caiba aos entes subnacionais (DIAS, 2021).

Segundo Dias (2021), o primeiro papel indispensável do poder executivo nacional durante a pandemia seria o de oferecer suporte financeiro para o combate à pandemia. Observa que os recursos financeiros do país se concentram na União, então pressupõe que o sistema federativo é interdependente entre os entes da federação.

Além disso, Dias (2021) argumenta que o Governo Federal possui um papel essencial nas políticas públicas. Pressupõe que o federalismo brasileiro é coordenado, porém centralizado na União, isto porque as responsabilidades são compartilhadas entre os entes da federação e os recursos financeiros administrados pela União.

Ainda existe um terceiro fator de importância de atuação do Governo Federal em meio à pandemia que é identificado por Dias (2021) como um conjunto e divulgação de dados e informações. Visto que em um momento de crise de pandemia é essencial que as decisões sejam precisas, assim como informar e orientar a população a respeito das medidas de controle para reduzir o contágio da COVID-19. No caso brasileiro, houve a divulgação de informações duvidosas e até mesmo a falta de informações (DIAS, 2021).

De acordo com Dias (2021), em março de 2020, o poder executivo publicou uma Medida Provisória nº 926/2020 que restringia a liberdade de prefeitos e governadores de tomarem decisões referente ao enfrentamento da COVID-19. Decisões sobre o isolamento social, fechamento de comércio e igrejas, suspensão do transporte público são alguns exemplos que a Medida Provisória alcançou. O STF logo interveio com manifestação de que a medida violava a autonomia dos entes da federação e que afrontava o princípio da separação dos poderes. Segundo Dias (2021), o STF reafirma o funcionamento dos freios e contrapesos e da competência entre os entes da federação no que se refere ao combate à COVID-19 no Brasil (DIAS, 2021).

Mesmo com o discurso negacionista adotado pelo Presidente da República, os entes federativos, estados e municípios, inclusive os poderes legislativo e judiciário do país, seguiram conforme recomendações da OMS nas ações sanitárias de combate à COVID-19 (DIAS, 2021).

Segundo Dias (2021), a disputa de discurso e de informações, o atraso de respostas e a baixa capacidade técnica, financeira e administrativa da maior parte dos municípios brasileiros podem ter contribuído para o avanço do número de óbitos pela COVID-19. Porém, são elementos que conversam diretamente com a posição do Governo Federal, visto que houve falta de coordenação entre os poderes e os entes subnacionais, sobretudo, por parte do poder executivo (DIAS, 2021).

O general Pazuello era quem estava no comando da gestão do Ministério da Saúde quando, em junho de 2020, foram retiradas todas as informações oficiais sobre os óbitos e os registros de novos casos por COVID-19 do site do Governo Federal, desaparecendo com toda a sistematização de dados sobre a doença. Por decisão do presidente da república, entendeu-se que os números de casos novos e óbitos por COVID-19 não deveriam ser publicados (SODRÉ, 2020). Isso fere diretamente o princípio de publicidade que rege a administração pública e coloca em dúvida os aspectos relacionados à transparência por parte do governo.

A medida tomada pelo presidente da república colocou o país sob questionamento internacional e os discursos de retomada econômica pelo Brasil declararam claramente que o interesse do governo era esconder a realidade sobre as vidas, seja aquelas que adoecem ou que tiveram um fim durante a pandemia (SODRÉ, 2020).

O principal marco de avanço para a transparência no Brasil se deu pela promulgação da Lei de Acesso à Informação nº 12.527/2011, chamada de LAI que constitui os fundamentos de um Estado democrático. Uma boa gestão pública é demonstrada pelo nível de transparência, “quanto mais transparente um governo se mostra, mais responsável e responsivo ele se assume” (SANTOS; MOTA, 2020, p. 4). Em um cenário de pandemia da COVID-19, a transparência e o acesso à informação se fazem necessária para toda a sociedade, visto que possuímos aproximação com tendências autoritárias na

gestão, fragilidade democrática e propagação de *fake news* (SANTOS; MOTA, 2020).

Os autores apresentam questões para reflexão sobre o cenário atual. Um dos pontos relevantes na pesquisa é sobre a importância da informação para o contexto de pandemia, se os agentes tiverem conhecimento especializado sobre quais políticas públicas podem ser implementadas como intervenções governamentais de enfrentamento à doença, estas se tornam mais efetivas no combate. Diante disso, a boa informação gera a tomada de decisão nos governos e em outras instituições governamentais e sociais de modo que sejam efetivas no combate à COVID-19 (SANTOS; MOTA, 2020).

Outro fator importante a ser mencionado é a questão da demanda de dados e informações sobre a transparência governamental. A sociedade, imprensa e organizações de movimentos sociais necessitam de acompanhar os protocolos que os governos adotam e fiscalizar os recursos públicos direcionados à crise. As entidades governamentais demandam dados uns dos outros a fim de elaborar medidas a serem tomadas e boletins situacionais referentes à pandemia.

Por sua vez, as demandas de informação do setor público denotaram ainda mais especificidade. Santos e Mota (2020) afirmam que antes a demanda baseava-se em número de casos e óbitos, depois a demanda passou a requisitar outros tipos de dados trazendo outra dimensão ao acrescentar número de óbitos, de pessoas recuperada da doença, de testes disponíveis e realizados, de leitos disponíveis, as ações empreendidas, a quantidade de recursos públicos e outros.

Por fim, sob a perspectiva do enfrentamento da COVID-19 na Região Norte do Brasil, a opinião dos autores mencionados nesta pesquisa é comum e relacionam-se no sentido de que a Região Norte possui características próprias, infraestrutura precária, vulnerabilidade social e econômica. Além disso, o descontrole da pandemia na região favoreceu-se devido à descoordenação das medidas de enfrentamento, propagação de *fake news*, atraso na tomada de decisão por parte dos governos estaduais e do Governo Federal, refletindo no grande número de casos e óbitos por COVID-19.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, buscou-se na literatura apresentada nas seções anteriores traçar um breve panorama descritivo com as características da região estudada, o quadro de desenvolvimento da pandemia no Brasil e na Região Norte, as formas como os governos atuaram no enfrentamento, com destaque às ações consideradas exitosas e as dificuldades enfrentadas.

O estudo teve abordagem quanti-qualitativa. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2013), as abordagens quanti-qualitativas englobam em parte uma análise estatística dos dados, característica das pesquisas quantitativas, com uma interpretação mais subjetiva dos dados, que é uma característica das pesquisas qualitativas, proporcionando assim uma interpretação mais aprofundada e completa dos resultados.

Para análise do que se pretendia, foram considerados como marcadores o seguinte conjunto de dados: casos confirmados, óbitos confirmados, disponibilidade de leitos, aparelhos respiradores, médicos intensivistas e estabelecimentos de saúde para cada estado. Estes foram tomados como indicadores quantitativos do estudo.

No quadro a seguir pode ser verificada a lista de links dos sites encontrados e usados como fonte de dados para os gráficos de novos casos, novos óbitos e vacinação.

Quadro 1 - Lista dos sites utilizados para coleta dos dados epidemiológicos dos gráficos de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 de janeiro a dezembro de 2021.

Indicador	Site
Novos casos	https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&mid=%2Fm%2F015fr&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419&state=4
Novos óbitos	https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&mid=%2Fm%2F015fr&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419&state=4
Vacinação	https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/

Fonte: Pesquisa realizada entre os dias 05/05/2022 e 16/05/2022.

Quanto ao objetivo, classifica-se como descritivo e tomou como parâmetros base os indicadores apresentados nos boletins publicados pelas Secretarias de Saúde dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, bem como as tomadas de decisões/ações destes governos relativas à quarentena, *lockdown*, uso de máscaras, programas de fomento, comunicação pública, etc.

De acordo com Gil (2002), os estudos descritivos são aqueles que têm como principal objetivo estabelecer relações entre variáveis e descrever características de determinado fenômeno e, geralmente, assumem a forma de um levantamento de dados.

Os dados foram coletados nos websites oficiais dos estados, no portal de informações sobre COVID-19 do Ministério da Saúde, no DATASUS e no IBGE. A coleta foi feita para um mesmo dia (dia 15) de cada mês, no período de janeiro a dezembro do ano de 2021. Este período foi escolhido por já estar em curso em todo o país a campanha de vacinação juntamente com as medidas de prevenção.

Já para a análise qualitativa, foram tomadas as ações governamentais voltadas para o enfrentamento da pandemia nas diversas dimensões: epidemiológica, social e econômica. Foram elas: isolamento social, uso de máscaras e álcool em gel, quarentena, campanhas de vacinação, testagens, ações de comunicação, *lockdown*, programas de fomento. Para relacionar os índices da pandemia com as características demográficas de cada estado, foram coletados também a população, a renda per capita e o IDH de cada um deles.

Para a coleta das ações, a busca foi restrita às seguintes palavras-chave: isolamento social, uso de máscaras e álcool em gel, quarentena, *lockdown*, políticas públicas, decreto, pandemia.

No quadro a seguir pode ser verificada a lista de link dos sites encontrados e usados como fonte de dados.

Quadro 2 - Lista dos sites utilizados para coleta das ações governamentais por Estado da Região Norte

Ações governamentais	Ato Normativo, nº e data	Estado	Site
----------------------	--------------------------	--------	------

Permissão de lojas de conveniência e similares até 22 horas	Decreto nº 43.136, 02/12/2020	Amazonas	http://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/DECRETO-N.º-43.136-DE-02-DE-DEZEMBRO-DE-2020.pdf
Suspensão do funcionamento de todos os estabelecimento, intensificou a fiscalização do transporte e medidas de segurança mais rigorosas	Decreto nº 43.234, 23/12/2020	Amazonas	https://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Decreto-n.-43.234-de-23-de-dezembro-de-2020.pdf
Calamidade pública por 180 dias	Decreto nº 43.272, 06/01/2021	Amazonas	http://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/DECRETO-N.º-43.272-DE-06-DE-JANEIRO-DE-2021.pdf
Proibição do acesso aos prédios das escolas públicas mesmo com ENEM	Decreto nº 43.283, 14/01/2021	Amazonas	https://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/DECRETO-N.º-43.283-DE-14-DE-JANEIRO-DE-2021.pdf
Comissão de fiscalização do controle de Saúde Pública e Comissão para realizar compras emergenciais hospitalares	Decreto nº 43.304, 25/01/2021	Amazonas	http://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/DECRETO-N.º-43.304-DE-25-DE-JANEIRO-DE-2021.pdf
Retorno das aulas presenciais no ensino público e privado	Decreto nº 7.225, 05/11/2020	Acre	http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/4136

Alteração do retorno das aulas presenciais	Decreto nº 7.395, 04/12/2020	Acre	http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/4149
Calamidade pública	Decreto nº 7.764, 08/01/2021	Acre	http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/4280
Nova suspensão de atividades comerciais	Decreto nº 10.987, 01/02/2022	Acre	http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/covid19/5072
Revogação do Decreto anterior (Decreto nº 10.987)	Decreto nº 11.018, 16/03/2022	Acre	http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/5103
Prorrogação da proibição do atendimento ao público em estabelecimentos comerciais e realização de eventos, redução do horário de funcionamento de bares e restaurantes	Decreto nº 8.911, de 14/05/2021	Acre	http://www.diario.ac.gov.br
Regime de teletrabalho e suspensão de atividades laborais	Decreto nº 43.871, de 14/05/2021	Amazonas	https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/ver-flip/16561/#/p:14/e:16561?f ind=teletrabalho
Plano RETOMAPARÁ estabelecendo a realização de atividades presenciais nas escolas e instituições de ensino superior, de acordo com os critérios técnicos das Zonas de Risco	Decreto 800, de 31 de maio de 2020. Diário Oficial do Estado, nº 34.506, de 03/03/2021	Pará	https://drive.google.com/file/d/1vo7wRJxa_p4ms2zKIE5V75o78s44qn rh/view
Plano RETOMAPARÁ estabelecendo medidas de abertura econômica de acordo com os critérios técnicos das Zonas de	Decreto 800, de 31 de maio de	Pará	https://drive.google.com/file/d/1mA g7N4o-90HQ8_J CMLmstD-tTN9q Nk8d/view

Risco	2020. Diário Oficial do Estado, nº 34.536, 29/03/2021		
-------	---	--	--

Fonte: Pesquisa realizada entre os dias 30/05/2022 e 30/08/2022.

Além das fontes mencionadas no Quadro 2, destaca-se a busca pelo *websites* de outros estados da Região Norte em relação às ações governamentais como, por exemplo, Portal da Transparência, Portal COVID-19 e Diário Oficial de cada estado.

As informações coletadas foram organizadas em duas categorias: (a) indicadores da pandemia e (b) ações governamentais. As categorias foram analisadas considerando as suas naturezas, quantitativa e qualitativa, respectivamente.

Por fim, os dados e informações coletadas foram categorizados e analisados conforme tema, estado e período da coleta.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Indicadores socioeconômicos e epidemiológicos

Diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, observamos que os dados demonstrados permitem uma discussão abrangente acerca dos principais parâmetros relativos à Região Norte no enfrentamento da pandemia.

Na Tabela 2 apresenta-se um quadro síntese com indicadores (população, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a renda per capita) de cada estado da Região Norte, bem como, para cada 10 mil habitantes, os valores acumulados de: orçamento de COVID-19, auxílio emergencial e total de beneficiários, leitos de internação, médicos intensivistas, respiradores, estabelecimentos de saúde, número de casos e de óbitos.

Ao analisar a Tabela 2, é possível verificar os indicadores pandêmicos, ou seja, o número de casos e de óbitos em função da COVID-19, com a infraestrutura geral de cada estado para combater a pandemia. Observa-se que, tanto a renda per capita (R\$ 800 - R\$ 1.046), quanto o IDH (0,663 – 0,707) não variam muito entre os estados da Região Norte.

É importante destacar que o IDH engloba os indicadores de educação, renda e saúde da população. Portanto, o esperado era que estados cujo IDH e renda per capita fossem mais elevados, tivessem reagido melhor à pandemia. O mesmo era esperado para os demais índices coletados, ou seja, que os estados cuja infraestrutura médica e hospitalar disponível e recursos transferidos para combate à pandemia por habitantes fossem maiores, tivessem melhor desempenho em relação ao enfrentamento à doença (ITO; PONGELUPPE, 2020; DA SILVA; DIAS, 2020).

Contudo, comparando os resultados, observa-se certa divergência. Roraima, o estado da Região Norte com maior renda per capita, um dos maiores IDH, e o que recebeu o maior orçamento para combate à pandemia de COVID-19, foi também o que apresentou o maior número de casos da doença em relação à população total. E Rondônia, o estado da Região Norte que apresentou a melhor infraestrutura hospitalar para combate à COVID-19, em termos de número de leitos, estabelecimentos de saúde e médicos intensivistas

disponíveis em relação à população total, foi também o estado que apresentou a mais alta taxa de óbitos por COVID-19.

Tabela 2 - Panorama geral da infraestrutura para combate à COVID-19 e índices relacionados à pandemia nos estados da Região Norte do Brasil

Variável	Acre	Amapá	Amazonas	Pará	Rondônia	Roraima	Tocantins	Fonte
População total*	906.876	877.613	4.269.995	8.777.124	1.815.278	652.713	1.607.363	IBGE
Renda per capita	R\$ 888	R\$ 855	R\$ 800	R\$ 847	R\$ 1.023	R\$ 1.046	R\$ 1.028	IBGE
IDH	0,663	0,708	0,674	0,646	0,69	0,707	0,699	IBGE
Orçamento COVID-19**a	R\$ 281.490,27	R\$ 341.240,85	R\$ 190.047,93	R\$ 132.110,19	R\$ 226.867,47	R\$ 465.185,74	R\$ 181.784,28	Portal da Transparência.gov
Auxílio Emergencial****a	R\$ 2.551.315,69	R\$ 3.207.381,49	R\$ 2.930.739,55	R\$ 3.062.085,57	R\$ 2.774.683,87	R\$ 2.881.720,08	R\$ 2.476.125,68	Portal da Transparência.gov
Número de beneficiários****a	1.729	2.109	1.949	2.043	1.869	1.935	1.696	Portal da Transparência.gov
nº leitos de internação*a	17	14	14	17	26	22	19	Datasus
nº respiradores*a	4	2	3	3	6	6	4	Datasus
nº médicos intensivistas*a	0,03	0,05	0,15	0,07	0,12	0,05	0,03	Datasus
nº estabelecimentos saúde*a	13	9	7	8	22	13	15	Datasus
nº de casos*a	1.378	1.828	1.364	874	2.215	2.382	1.895	Covid.saude.gov.br
nº óbitos*a	22	24	33	21	40	33	26	Covid.saude.gov.br

*dados acumulados até o dia da coleta, 05/05/2022.

**dados acumulados entre o período de 15 de janeiro de 2021 até 15 de dezembro de 2021.

******dados acumulados até o período de coleta, 30/08/2022.

^a calculados para cada 10.000 habitantes

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados divulgados no DATASUS, no Portal da Transparência do Governo Federal, no IBGE e no site covid.saude.gov

Em relação ao estado de Roraima, Da Silva e Dias (2020) explicaram o fator que pode estar relacionado ao alto índice de contaminação por coronavírus neste estado: condições precárias de saneamento básico e grande aglomeração durante o período pandêmico.

É importante frisar que, apesar de apontarmos Rondônia e Roraima como destaque em relação a renda per capita e infraestrutura hospitalares entre os estados da Região Norte, esse destaque só se vale à nível regional, uma vez que estamos falando de estados onde a desigualdade de renda chega a representar os 40% mais pobres e os 10% mais ricos do país, onde o percentual de pobreza chega a ser 11,8% maior do que a média nacional e a vulnerabilidade social é considerada alta ou muito alta (SILVA; PRIMO, 2021). E também, onde a população tem mais dificuldade de ter acesso pleno à informação e aos serviços de saúde pública (IBGE, 2021). Tudo isso contribuiu para o agravamento da pandemia da COVID-19 nesses estados, de acordo com a literatura (ITO; PONGELUPPE, 2020; DA SILVA; DIAS, 2020). Apesar de termos destacado estados que se saíram melhores que outros neste trabalho, é relevante lembrar que em toda a Região Norte, a situação foi crítica se comparada ao restante do país.

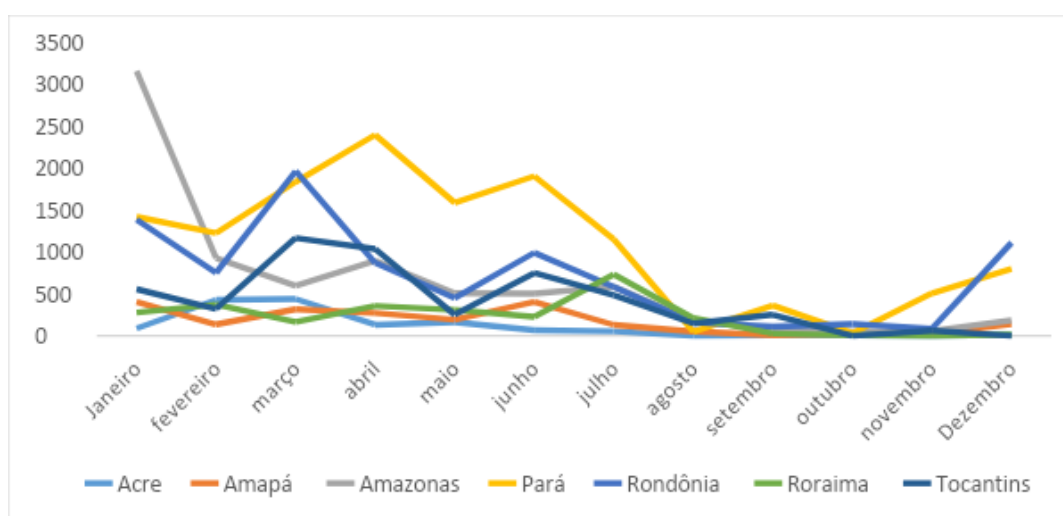
Da Silva e Dias (2020) também apontam o estado de Roraima como um dos mais afetados pela COVID-19 no Norte do país. As autoras consideraram a presença de comorbidades, principalmente do sistema respiratório, nos jovens que pertencem às populações indígenas e a questão da evangelização em aldeias indígenas como um dos fatores que podem ter corroborado para a elevada transmissão da COVID-19 nessas comunidades para explicar as altas taxas de mortalidade da região.

Além disso, Júnior e Araújo (2021) e Houvèssout et al. (2021) foram incisivos em afirmar que a Região Norte do Brasil sofreu negativamente com o atraso na tomada de decisão por parte dos governos estaduais, considerando que cada estado adotou medidas diferentes sob a perspectiva de diversos fatores, como por exemplo, a divergência de opiniões sobre a doença e as medidas necessárias para o enfrentamento. Portanto, acredita-se que os desempenhos quanto ao combate à COVID-19 nesses estados podem ter sido influenciados por fatores como: a lentidão na tomada de decisões por parte dos governos; a falta de clareza na propagação das informações sanitárias sobre a

doença; falta de um direcionamento central em relação às medidas de combate à pandemia.

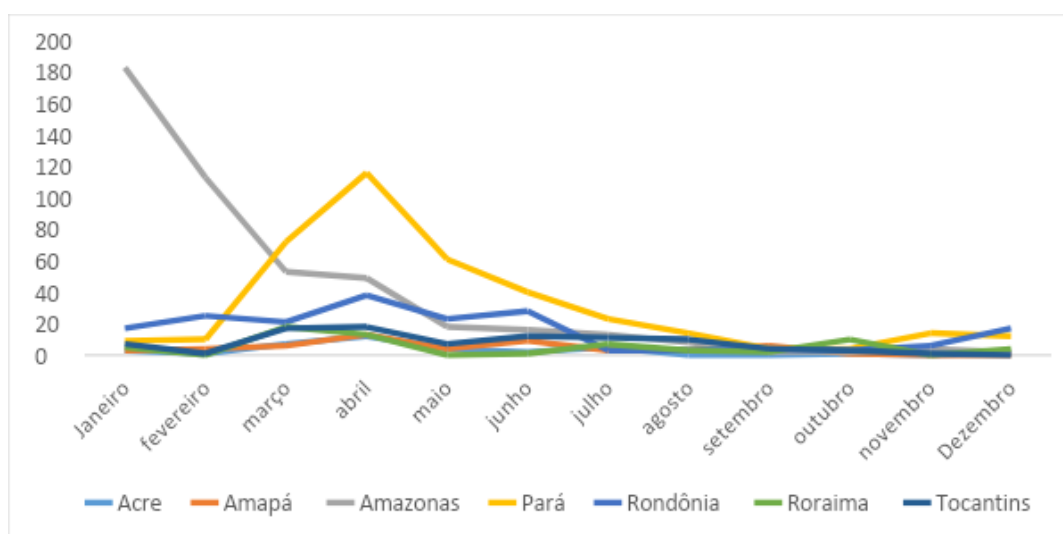
Para compreender essa relação um pouco melhor, apresentamos os gráficos gerais de novos casos (Gráfico 4) e de novos óbitos (Gráfico 5) de COVID-19 durante o ano de 2021 nos estados da Região Norte do Brasil, a fim de comparar seus picos e vales com as medidas e decisões tomadas pelos respectivos governos nesse período.

Gráfico 4 - Gráfico do número de novos casos de COVID-19 nos estados da Região Norte do Brasil, de janeiro a dezembro de 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Quadro 5 - Gráfico do número de novos óbitos de COVID-19 nos estados da Região Norte do Brasil, de janeiro a dezembro de 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Observando os gráficos 4 e 5, podemos constatar que, em janeiro de 2021, o Amazonas destacava-se significativamente como o estado da Região Norte a apresentar maior número de novos casos e novos óbitos por COVID-19. Nesse período, o estado do Amazonas e, principalmente a cidade de Manaus, sofriam uma verdadeira crise de falta de leitos hospitalares e de cilindros de oxigênio para atender a toda a população infectada pelo coronavírus. A crise do sistema de saúde sem dúvidas contribuiu para o elevado número de óbitos registrados no início do ano de 2021, mas é preciso considerar que o acontecimento também foi fruto das medidas tomadas pelo governo na época.

5.2 Ações tomadas pelos estados para o enfrentamento da pandemia

De acordo com o Portal da Transparência do estado do Amazonas, no dia 02 de dezembro de 2020 o governo estadual publicou um Decreto nº 43.136, mantendo a permissão do funcionamento de lojas de conveniência e estabelecimentos similares até as 22 horas, sendo proibido apenas o consumo de bebidas alcoólicas no interior desse local. A suspensão do funcionamento de todos os estabelecimentos comerciais e serviços não essenciais e destinados à recreação e lazer esteve em vigor expressamente desde 23 de março de 2020, por meio do Decreto nº 42.101. No período de 26 de dezembro de 2020 a 10 de janeiro de 2021, através do Decreto nº 43.234, de 23 de dezembro de 2020, a suspensão do funcionamento de todos os estabelecimentos, inclusive de recreação e lazer permaneceu em vigor ainda como tentativa de conter o constante aumento no número de casos da doença.

Além disso, através do Decreto nº 43.234, de 23 de dezembro de 2020, o Governo do Amazonas intensificou também a fiscalização do transporte intermunicipal de passageiros, a adoção de medidas repressivas por parte dos órgãos fiscalizadores em caso de descumprimento das medidas sanitárias, e ainda, estabeleceu medidas de segurança mais rigorosas para os estabelecimentos cujo funcionamento foi previsto por meio deste decreto.

Em 06 de janeiro de 2021, por meio do Decreto nº 43.272, foi declarado estado de calamidade pública no estado pelo prazo de 180 dias, onde demonstra no Gráfico 4 e 5 a queda de novos casos e novos óbitos por

COVID-19 no período. No dia 14 deste mesmo mês, atendendo ao Decreto nº 43.283, o governo dispôs sobre a proibição do acesso aos prédios das escolas públicas para a realização da prova do ENEM. No dia 23 de janeiro de 2021, por meio do Decreto nº 43.303, foram ampliadas as restrições temporárias de circulação de pessoas como medida de enfrentamento à pandemia. No dia 25 de janeiro de 2021, no Decreto nº 43.304, foi instituída uma comissão especial de fiscalização do controle de saúde pública no Amazonas e uma comissão especial encarregada de realizar compras emergenciais a fim de suprir as necessidades hospitalares do estado.

Nota-se que, apenas após o colapso do sistema de saúde e o crescimento alarmante dos indicativos da pandemia é que o governo passou a tomar verdadeiramente medidas restritivas em relação ao combate à COVID-19 no estado do Amazonas. A intensificação das medidas sanitárias e as restrições de circulação de pessoas começaram a surtir efeito no mês seguinte. Como pode ser observado nos gráficos das Figuras 4 e 5, apesar dos números de novos casos e óbitos de COVID-19 ainda estarem muito mais elevados do que nos outros estados da Região Norte, começaram a apresentar queda constante.

De janeiro para fevereiro, observou-se uma tendência comum a quase todos os estados da Região Norte do país, que consistiu em reduzir o número de novos casos e estabilizar o número de novos óbitos. Com exceção do Acre, que apresentou um ligeiro aumento nesses dois índices. De acordo com as informações apresentadas nos sites oficiais do governo de cada estado, todos os estados da Região Norte lançaram decretos adotando medidas restritivas e endurecendo as restrições já impostas a nível de circulação de pessoas em ambientes públicos e privados. Quando comparamos as tomadas de decisões comuns aos países que melhor se destacaram em relação ao combate ao coronavírus, notamos que as medidas implementadas para o enfrentamento baseavam-se na diminuição da circulação de pessoas, distanciamento social, ampliação dos padrões de higiene, uso de máscaras e álcool em gel (DE MENEZES et al., 2021).

O estado do Acre apresentou um comportamento diferenciado nos dois primeiros meses do ano de 2021, as informações dispostas no site oficial do governo, no Portal da Legislação do Estado do Acre, revelaram que o Decreto

nº 7.225, de 05 de novembro de 2020, foi o último do ano em relação à COVID-19 e, ainda, dispunha sobre o retorno das aulas e demais atividades presenciais no âmbito das instituições públicas e privadas de ensino, afrouxando as medidas restritivas de isolamento social impostas ao longo de 2020 para combater a pandemia. Entretanto, através do Decreto nº 7.395, de 04 de dezembro de 2020, houve uma alteração do decreto anterior aplicando as disposições apenas às regionais de saúde que estejam classificadas nos Níveis de Alertas mais brandos de acordo com o Pacto Acre Sem Covid. Posto isso, o governo estadual só voltou a se manifestar através do Decreto nº 7.764, de 08 de janeiro de 2021, reconhecendo a existência de situação anormal e o estado de calamidade pública. Apenas em 01 de fevereiro de 2022, por meio do Decreto nº 10.987, voltou a suspender atividades comerciais, feiras, cinemas, clubes, shoppings, academias de ginástica, casas de shows, entre outros, proibindo aglomerações com mais de 5 pessoas em locais públicos. Com o Decreto nº 11.018, de 16 de março de 2022, revogou o decreto anterior que dispunha sobre a suspensão da realização de eventos, sociais, culturais, recreativos, esportivos, religiosos e similares, públicos ou particulares.

No geral, podemos considerar que o governo do Acre foi mais lento na tomada de decisão, o que prolongou a situação agravante de casos e óbitos por COVID-19 por cerca de 2 meses a mais do que nos outros estados da Região Norte. Entre fevereiro e março, no entanto, esses números começaram a cair, como uma resposta às medidas restritivas impostas. Sobre isso, Santos e Finatti (2020) pontuaram que a agilidade na implementação das políticas de enfrentamento é essencial para conter a transmissão do vírus e traz uma resposta positiva.

Voltando a uma análise em escala regional, o número de novos óbitos seguiu caindo mês a mês, com exceção de dois picos (um em abril e um em junho) observados na maioria dos estados, de forma mais representativa em Rondônia (mês de abril e junho) e no Pará (mês de abril). Em relação ao número de novos casos, observou-se um pequeno pico comum na maioria dos estados (também com destaque para o Pará) entre março e abril e um novo pequeno pico no mês de junho (com exceção apenas do Acre e do Amazonas, e de Roraima cujo pico foi observado apenas em julho).

Ao analisar as tomadas de decisões dos governos estaduais nesses períodos temos que, no Acre em 14 de maio de 2021, através do Decreto nº 8.911, foram impostas novas medidas restritivas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, proibindo o atendimento ao público em estabelecimentos comerciais e realização de eventos, e reduzindo o tempo de funcionamento dos bares, lanchonetes e restaurantes. Da mesma forma, em 14 de maio de 2021, com prorrogação até o dia 30 de maio, o governo do Amazonas lançou o Decreto nº 43.871 dispondo sobre a adoção preferencial do regime de teletrabalho e suspendendo as atividades laborais com exceção de serviços públicos essenciais e casos de urgência ou emergência. Acredita-se que essas restrições impostas em maio, contribuíram para segurar, no Acre e no Amazonas, o aumento no número de novos casos de COVID-19 que foi comum aos outros estados do Norte no mês de junho.

Outra comparação direta entre os índices da pandemia e medidas governamentais pode ser feita no estado do Pará. Nota-se nos gráficos que o aumento no número de novos casos e de novos óbitos de COVID-19 no mês de abril foi bastante expressivo no estado. Analisando-se os decretos lançados pelo governo estadual é possível associar esse avanço da pandemia às medidas de flexibilização adotadas no estado durante o mês de março, principalmente. A partir do dia 03 de março de 2021, através do Diário Oficial do Estado nº 34.506, por meio do Decreto 800, de 31 de maio de 2020, o Pará autorizou a realização de aulas e atividades presenciais nas escolas e instituições de ensino da maior parte do estado, de acordo com os critérios técnicos estabelecidos pelas Zonas de Risco. E em 29 de março, através do Diário Oficial do Estado nº 34.536, ainda por meio do Decreto 800, de 31 de maio de 2020, instaurou o plano RETOMAPARÁ, que instituiu uma série de medidas de abertura e reestabelecimento das atividades econômicas no estado. Analisando o comportamento dos índices pandêmicos após estas medidas, podemos considerar que o governo foi precipitado em instaurar uma abertura sem que a população estivesse ainda majoritariamente vacinada e a pandemia de fato controlada.

Destaca-se também o posicionamento do Governo do Estado de Roraima, que mesmo diante dos picos de novos casos e novos óbitos durante os meses de abril e junho de 2021, que foi significativamente maior nesse

estado, continuou implementando medidas de abertura econômica, incentivando a retomada de aulas e atividades laborais presenciais, liberando eventos como jantares, ampliando o horário de funcionamento permitido aos estabelecimentos e a participação de atividades desportivas e profissionais. Além disso, o governo estadual passou a incentivar a tomada de medidas locais, descentralizando as ações de combate à pandemia no estado.

Acredita-se que o incentivo às medidas locais pode ter trazido consequências negativas para o estado. De Menezes et al. (2021) afirmam que países que tomaram decisões claras e centralizadas foram os que destacaram-se positivamente no combate à pandemia. Essa ação do governo de Rondônia pode ter potencializado ainda mais as controvérsias de informações e falta de clareza nas orientações passadas pelo Governo Federal brasileiro em relação ao COVID-19. Autores como Lima et al. (2020), Figueiredo et al. (2020) e Paes-Sousa (2020), apontaram a falta de centralização e a postura duvidosa do Governo Federal brasileiro como um aspecto negativo e prejudicial ao combate da COVID-19 no país.

De junho para agosto observa-se queda no número de novos casos na maioria dos estados da Região Norte, com pequeno aumento isolado no mês de setembro. Em relação aos óbitos, a partir de junho de 2021 estas se mantiveram em baixa para todos os estados da Região Norte. Apenas em Roraima observou-se um pequeno aumento do número de óbitos no mês de outubro. O número de novos casos e de novos óbitos apresentou uma tendência de voltar a aumentar em dezembro de 2021, acredita-se que isso possa estar associado ao relaxamento de medidas protetivas em função das férias e comemorações de fim de ano.

Portanto, os dados coletados neste trabalho apontam para uma estabilização da pandemia ao longo do segundo semestre do ano de 2021. Esse fato, certamente está associado ao aumento da cobertura vacinal nesses estados e em todo o país. A vacina contra COVID-19 tem o potencial de reduzir o número de casos da doença e, principalmente, aumentar a imunidade da população, evitando-se os quadros mais graves e, conseqüentemente, a necessidade de internação e os óbitos acabam caindo. A importância da vacinação para o controle da pandemia de coronavírus já havia sido

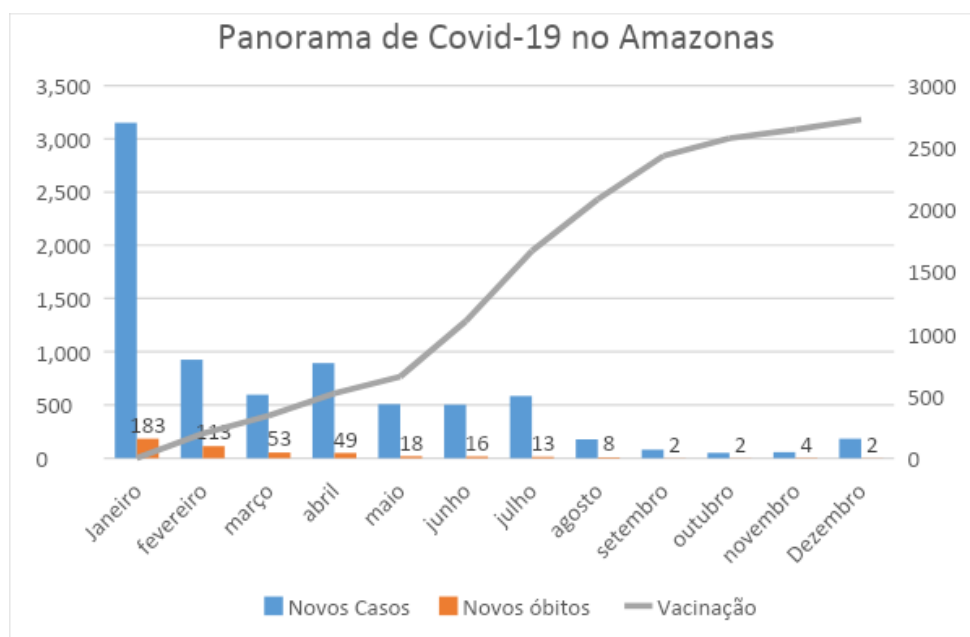
mencionada por muitos autores, como Cartaxo et al. (2021), Domingues (2021) e Amaral et al. (2022).

Assim, para compreender melhor os efeitos da vacinação contra COVID-19 em cada estado da Região Norte, nas Figuras de 6 a 12 apresentam-se gráficos correlacionando o avanço da vacinação e a queda nas curvas de casos e de óbitos da doença.

Observa-se nesses gráficos que, todos os estados do norte do país iniciaram a vacinação com mais força apenas no mês de fevereiro e, nota-se também que esta seguiu a passos lentos nos primeiros meses da campanha. A vacinação começou a atingir um número de pessoas realmente expressivo apenas a partir dos meses de maio e junho de 2021, expresso pelo crescimento mais acentuado das curvas de vacinação (curvas em cinza). Consequentemente, nota-se uma queda significativa dos números de novos casos (colunas em azul) e do número de novos óbitos (colunas em laranja) durante o segundo semestre de 2021.

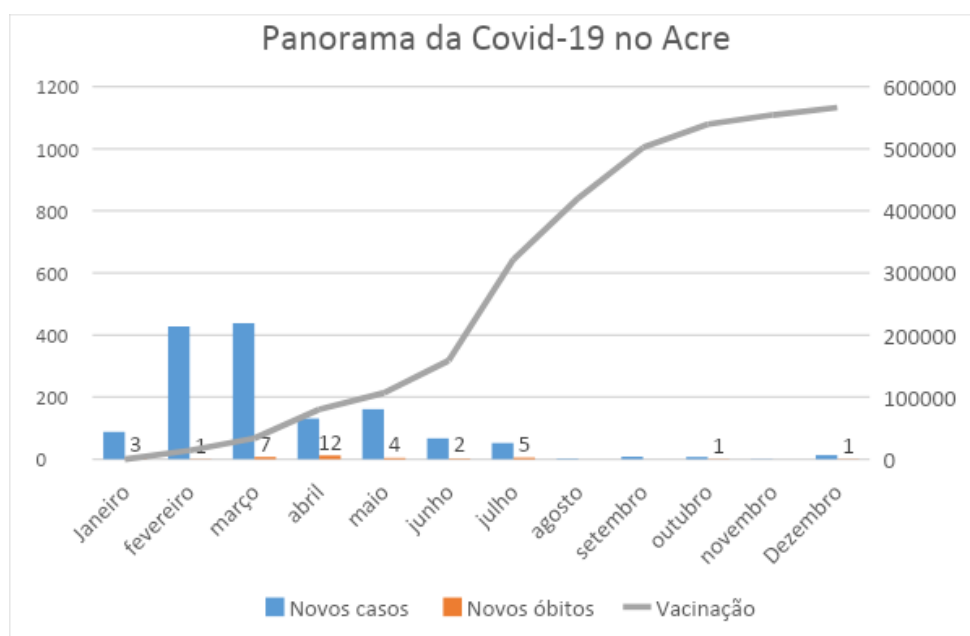
Portanto, ao analisar os comportamentos de cada estado isolado, nota-se que o Amazonas e o Acre foram os primeiros estados a vivenciar o controle da pandemia em função dos reflexos da vacinação, como demonstrado nos gráficos 6 e 7. Nesses dois estados, observa-se redução no número de novos casos e novos óbitos por COVID-19 já nos meses de março e abril, com quedas progressivas no restante do ano.

Gráfico 6 - Panorama de COVID-19 no Amazonas - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

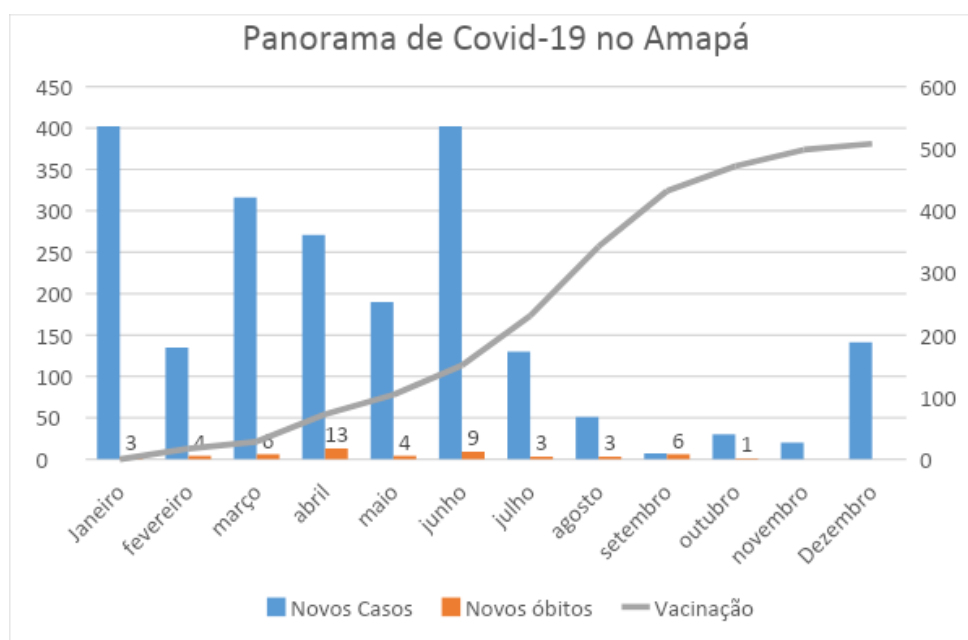
Gráfico 7 - Panorama de COVID-19 no Acre - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

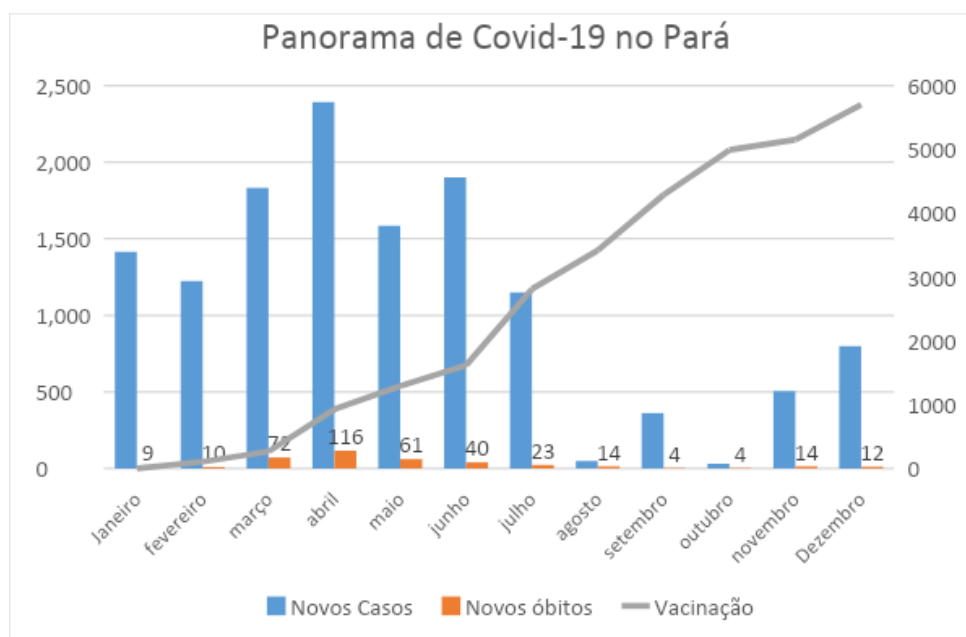
Já nos estados restantes (Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), as curvas de novos casos, principalmente, ainda apresentam grandes variações e aumentos durante os primeiros 6 meses do ano de 2021. No entanto, com a intensificação das campanhas de vacinação, a partir de junho a pandemia foi controlada em toda a região.

Gráfico 8 - Panorama de COVID-19 no Amapá - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021



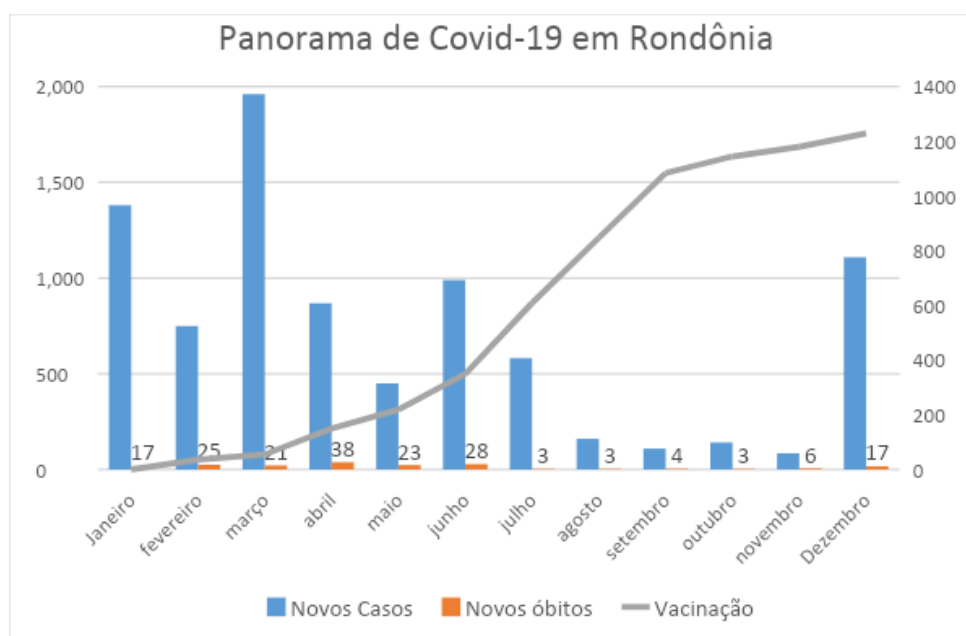
Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Gráfico 9 - Panorama de COVID-19 no Pará - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021



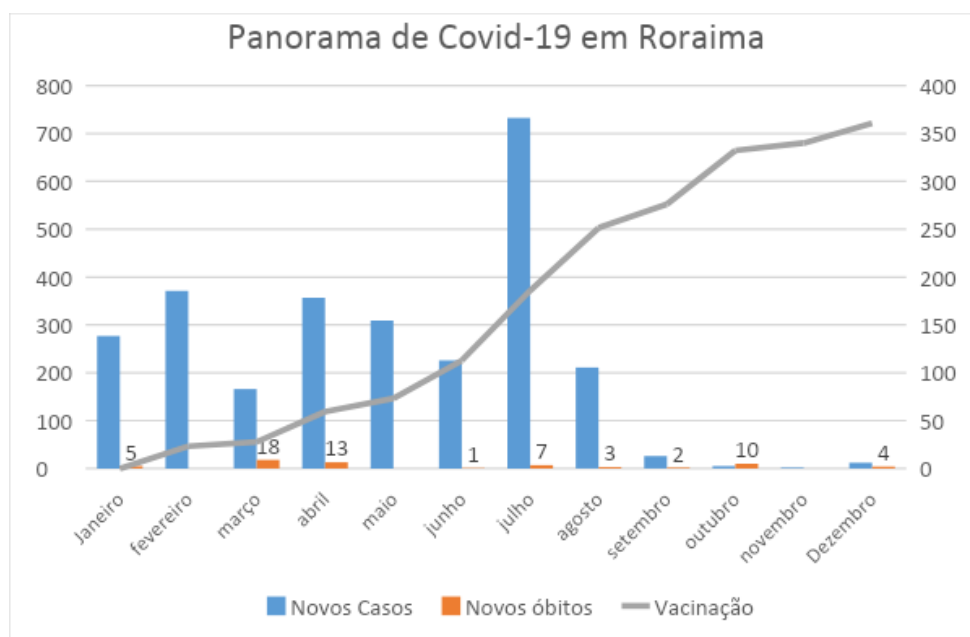
Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Gráfico 10 - Panorama de COVID-19 no Rondônia - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021



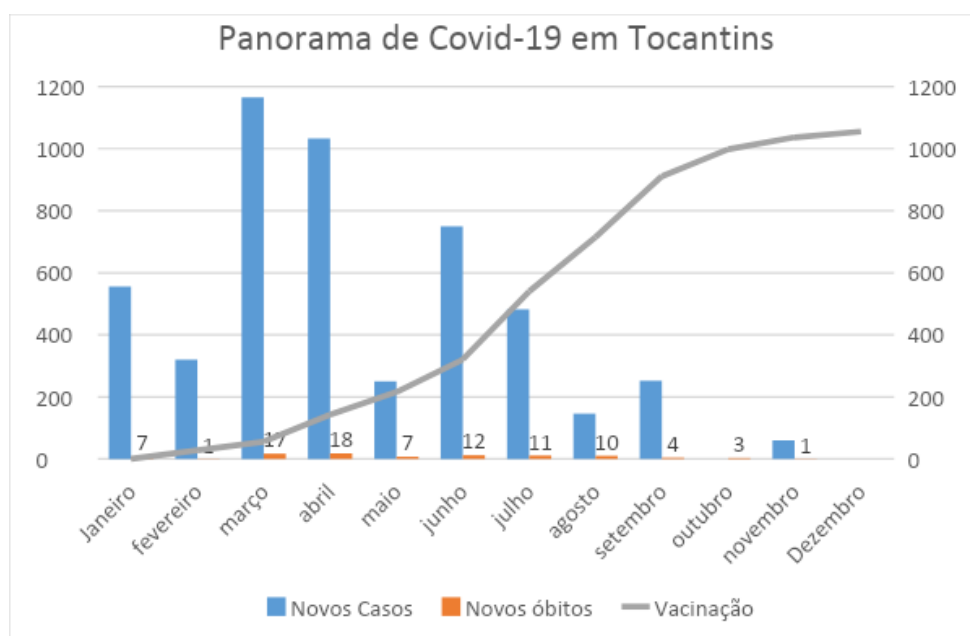
Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Gráfico 11 - Panorama de COVID-19 no Roraima - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Gráfico 12 - Panorama de COVID-19 no Tocantins - dados de vacinação, novos casos e novos óbitos por COVID-19 - de janeiro a dezembro de 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2022)

Desta forma, não se pode deixar de observar que além do efeito da vacina, estavam atuando também os reflexos das medidas e ações lançadas pelos governos estaduais nesses períodos, como já discutido anteriormente.

No geral, os resultados do levantamento de dados realizado nesta pesquisa mostraram que, de fato, as tomadas de decisões por parte dos governos influenciaram nos índices pandêmicos nos Estados da Região Norte. De acordo com o esperado, os decretos que dispunham sobre restrição de circulação de pessoas e recomendavam cuidados sanitários mais rigorosos, juntamente com a vacinação, mostraram um efeito positivo na redução do número de novos casos e de novos óbitos pela COVID-19.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo inicial deste trabalho foi compreender como os governos dos estados da Região Norte do Brasil enfrentaram a pandemia de COVID-19 no ano de 2021. Para isso, foi feita uma revisão bibliográfica em busca de informações a respeito da pandemia no Brasil e, principalmente no norte do país, das principais dificuldades vivenciadas para combater a propagação do vírus, e também das medidas de sucesso tomadas pelos países que melhor se destacaram no combate ao COVID-19, a fim de compará-las às medidas tomadas pelos estados da Região Norte. Foi feito também um estudo quanti-qualitativo, descritivo que tomou como base os indicadores apresentados nos boletins publicados pelas Secretarias de Saúde dos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, e os decretos relativos às tomadas de decisões/ações destes governos durante o ano de 2021.

Observou-se que mesmo com indicadores sociais de referência entre os estados da Região Norte do país, Roraima foi o estado com maior número de casos de COVID-19 registrados até 05 de maio de 2022. Da mesma forma, Rondônia que dispunha da melhor infraestrutura hospitalar no início da pandemia, foi o estado com maior número de óbitos por habitantes. Concluiu-se que esses resultados inesperados podem ter ocorrido em função dos seguintes fatores: grandes aglomerações durante o período pandêmico; a dificuldade de acesso pleno à informação e aos serviços públicos de saúde pela maior parte da população na região; presença de comorbidades ligadas ao sistema respiratório nos jovens que pertencem às populações indígenas; questão da evangelização em aldeias indígenas que contribuíram para a elevada transmissão do vírus.

Analisando os aumentos e reduções dos números de novos casos e novos óbitos por COVID-19 em cada mês de 2021, em comparação com os decretos e tomadas de decisões por parte dos governos, pode-se concluir que as decisões e ações governamentais influenciaram diretamente no alastro e no controle da pandemia.

Em relação ao colapso do sistema de saúde e falta de oxigênio no Amazonas durante os primeiros meses de 2021, pode-se concluir que esta

crise foi influenciada pelas medidas de flexibilização permitindo o funcionamento de estabelecimentos comerciais no fim do ano de 2020 e, agravada pela demora na tomada de decisões novamente restritivas por parte do governo estadual.

Entre janeiro e fevereiro de 2021, a maioria dos estados do norte do país aplicaram medidas restritivas de combate à pandemia, e consequentemente, observaram queda nos números pandêmicos nesse período. O único estado que se desvinculou desse comportamento foi o Acre, concluindo-se que o número de casos e óbitos levou cerca de 2 meses a mais a começarem a reduzir nesse estado em função da demora na tomada de decisão do governo, que ficou entre o início de novembro de 2020 e o final de janeiro de 2021 sem lançar nenhum decreto relacionado à pandemia.

Ao longo de 2021, o número de novos casos e óbitos de COVID-19 continuou caindo, com exceção de dois picos, um em abril e o outro em junho. Para compreender a origem desses picos buscaram-se as medidas tomadas pelos governos dos estados de Rondônia e do Pará nos meses anteriores a estes, já que foram os estados do Norte onde esses picos foram mais expressivos. Foi possível concluir que as medidas de flexibilização relacionadas ao retorno presencial de atividades laborais e educacionais e o plano RETOMAPARÁ foram a força motriz para a retomada no aumento dos índices pandêmicos no Pará. Já em Rondônia, além das medidas de flexibilização adotadas no período, o descontrole da pandemia pode ser associado também à descentralização das decisões já que o governo estadual incentivou que os municípios adotassem medidas locais.

Destaca-se ainda que em estados como o Acre e o Amazonas, onde as medidas restritivas de funcionamento de estabelecimentos comerciais e as recomendações de ensino remoto e teletrabalho foram prorrogadas por mais tempo, os picos citados anteriormente não foram observados, evidenciando que essas medidas restritivas de fato contribuem para o controle da pandemia de coronavírus.

Em relação às campanhas de vacinação contra a COVID-19 nos estados da Região Norte do Brasil, concluiu-se que estas foram efetivas no controle da pandemia, reduzindo significativamente os registros de novos casos de COVID-19 e levando os novos óbitos a taxas próximas de zero em todos os

estados. No entanto, a vacinação iniciou-se a passos lentos no mês de fevereiro e alavancou-se apenas a partir de junho de 2021. Com isso, os índices pandêmicos continuaram elevados no primeiro semestre de 2021 nos estados do norte do país, sendo definitivamente controlados apenas no segundo semestre.

No geral, concluiu-se que as medidas restritivas mais efetivas no combate à pandemia de COVID-19 nos estados da Região Norte foram: a vacinação em massa; rapidez na tomada de decisões; redução da circulação de pessoas; redução no horário de funcionamento de estabelecimentos comerciais; fechamento de comércio e serviços não essenciais; proibição de aglomerações em eventos ou locais públicos; e maior rigor quanto às medidas sanitárias de uso de máscaras e higienização das mãos e ambientes.

Portanto, conclui-se que a Região Norte sofreu negativamente com a demora na tomada de decisão por parte dos governos estaduais e por aberturas e flexibilizações precoces. Cada estado acabou adotando medidas individuais e tendo opiniões divergentes acerca da doença. Considera-se que essa descentralização também contribuiu negativamente para o controle da pandemia, dificultando a propagação das informações corretas entre a população. Assim, acredita-se que os desempenhos quanto ao combate à COVID-19 nesses estados foram influenciados por fatores como: a lentidão na tomada de decisões por parte dos governos; demora para alavancar a vacinação em massa; a falta de clareza na propagação das informações sanitárias sobre a doença; falta de um direcionamento central em relação às medidas de combate à pandemia; e flexibilizações precipitadas.

Essa pesquisa limitou-se a analisar os dados pandêmicos e decisões governamentais a nível estadual. Mas, levando em conta a influência significativa constatada para descentralização das informações e medidas tomadas, deixa-se como sugestão de trabalhos futuros, pesquisas que analisem as divergências de decisões à níveis municipais entre esses estados, mostrando o que poderia ser feito de diferente em comparação com países que obtiveram desempenhos de referência quanto ao combate à COVID-19.

REFERÊNCIAS

ACRE. Decreto nº 8.911, de 14 de maio de 2021. Dispõe sobre medidas restritivas, excepcionais e temporárias para o enfrentamento da atual situação epidemiológica no âmbito do Estado, em complementação às normas do Pacto Acre Sem COVID previstas no Decreto nº 6.206, de 22 de junho de 2020, e revoga o Decreto nº 8.748, de 22 de abril de 2021. Diário Oficial do Acre, Rio Branco, ano 21, n. 13.044-A. Disponível em: <http://www.diario.ac.gov.br>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

AGÊNCIA BRASIL. **Primeiro caso de COVID-19 no Brasil completa um ano:** Linha do tempo mostra enfrentamento da pandemia no país. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/primeiro-caso-de-COVID-19-no-brasil-completa-um-ano>. Acesso em: 11 mai. 2022.

AMARAL, L. G. R. .; COUTO, D. A. do; SOUZA, M. M. de. CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A VACINAÇÃO NO ENSINO FUNDAMENTAL II DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19. **Anais Educação em Foco: IFSULDEMINAS**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2022. Disponível em: <https://educacaoemfoco.ifsuldeminas.edu.br/index.php/anais/article/view/240>. Acesso em: 5 dez. 2022.

AMAZONAS. Decreto nº 43.303, de 23 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a ampliação da restrição temporária de circulação de pessoas como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública. Diário Oficial do Amazonas, Manaus, ano 21, n. 34.419. Disponível em: http://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/diario_am_2021-01-23_completo.pdf. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

AMAZONAS. Decreto nº 43.304, de 25 de janeiro de 2021. Institui Comissão Especial de Fiscalização e Controle da Saúde Pública do Estado do Amazonas, visando garantir o acompanhamento e supervisão da adequada distribuição de suprimentos hospitalares, destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública. Diário Oficial do Amazonas, Manaus, ano 21, n. 34.420. Disponível em: <http://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/DECRETO-N.º-43.304-DE-25-DE-JANEIRO-DE-2021.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

AMAZONAS. Decreto nº 42.101, de 23 de março de 2020. Declara estado de calamidade pública, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, em razão da grave crise de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19, e suas repercussões nas finanças do Estado do Amazonas. Diário Oficial do Amazonas, Manaus, ano de 21, n. 34.214. Disponível em:

http://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Decreto-n-42.100-de-23-de-março-de-2020-Declara-estado-de-calamidade-publica-por-Pandemia-de-COVID-19_.pdf. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

AMAZONAS. Decreto nº 43.136, de 02 de dezembro de 2020. Dispõe sobre o funcionamento das lojas de conveniência e estabelecimentos similares, no âmbito do Estado do Amazonas. Diário Oficial do Amazonas, Manaus, ano de 20. Disponível em: <http://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/DECRETO-N.º-43.136-DE-02-DE-DEZEMBRO-DE-2020.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

AMAZONAS. Decreto nº 43.234, de 23 de dezembro de 2020. Dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do novo coronavírus. Diário Oficial do Amazonas, Manaus, ano 20. Disponível em: <https://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Decreto-n.-43.234-de-23-de-dezembro-de-2020.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

AMAZONAS. Decreto nº 43.272, de 06 de janeiro de 2021. Declara estado de calamidade pública, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, em razão da grave crise de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19, e suas repercussões nas finanças do Estado do Amazonas. Diário Oficial do Amazonas, Manaus, ano 21. Disponível em: <http://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/DECRETO-N.º-43.272-DE-06-DE-JANEIRO-DE-2021.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

AMAZONAS. Decreto nº 43.283, de 14 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a proibição do acesso às instalações das escolas públicas estaduais, para a realização do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), nos dias 17 e 24 de janeiro de 2021. Diário Oficial do Amazonas, Manaus, ano 21, n. 34.411. Disponível em: <https://www.transparencia.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/DECRETO-N.º-43.283-DE-14-DE-JANEIRO-DE-2021.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

AMAZONAS. Decreto nº 43.871, de 14 de maio de 2021. Prorroga os efeitos do Decreto n.º 43.235, de 23 de dezembro de 2020, que “DISPÕE sobre o funcionamento dos Órgãos e Entidades da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo Estadual, na forma que especifica.”, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Amazonas, Manaus, ano 21, nº 34.502. Disponível em: <https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/ver-flip/16561/#/p:14/e:16561?find=teletrabalho>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Nº 111** - Boletim COE

Coronavírus. 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/COVID-19/2022/boletim-epidemiologico-no-111-boletim-coe-coronavirus/view>. Acesso em: 12 mai. 2022.

CARTAXO, H. B. .; CLEMENTINO, A. V. D. A. .; TORRE, A. K. P. .; ALMEIDA, C. R. D. S.; FELIX, F. J. A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NA TERCEIRA IDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 77, 2021. DOI: 10.51161/rem/s/1810.

Disponível em:

<https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/s/article/view/1810>. Acesso em: 12 mai. 2022.

DA SILVA, Heloísa Helena Corrêa; DIAS, Maria das Graças Santos. NARRATIVAS SOBRE A PANDEMIA POR COVID 19 NOS ESTADOS DO AMAZONAS E RORAIMA. **Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos**, v. 1, n. 1, p. 33-49, 2020. Disponível em:

<https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/somanlu/article/view/7744/5433>.

Acesso em: 12 mai. 2022.

DE MENEZES, Ricardo Fernandes; SOARES, Adilson; DE CAMARGO, Iara Alves. Panorama internacional sobre o enfrentamento à pandemia de COVID-19 no ano de 2020. *Humanidades & Inovação*, v. 8, n. 35, p. 53-70, 2021. Disponível em:

<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5342>.

Acesso em: 12 mai. 2022.

DIAS, A. Governança de Emergência e Combate à COVID-19: uma análise sobre Argentina e Brasil. **Revista Sul-Americana de Ciência Política**, v. 7, n. 1, p. 57-77, 23 out. 2021. Disponível em:

<https://revistas.ufpel.edu.br/index.php/Sul/article/view/30/16>. Acesso em: 12

mai. 2022.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00344620>. Acesso em: 12 mai. 2022.

FABRÍCIO, Sarah; FERREIRA, Denize Minatti; BORBA, José Alonso.

Enfrentamento aos impactos da COVID-19: governos liderados por mulheres apresentam melhor resposta em prevenção a pandemia?. **Revista Gestão Organizacional**, v. 14, n. 1, p. 390-415, 2021. Disponível em:

<http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/5754>. Acesso

em: 12 mai. 2022.

FIGUEIREDO, I. V. O.; DE CASTRO, M. S. M.; DA SILVA, G. D. M.; DE MIRANDA, W. D.; JÚNIOR, H. M. M.; PAES-SOUSA, R. Judicialization of administrative measures to tackle the COVID-19 pandemic in Brazil. **Revista do Serviço Público**, v. 71, p. 189-211, 2020. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/4998>. Acesso em: 12 mai. 2022.

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HOUVÊSSOU, Gbènkpon Mathias; SOUZA, Tatiana Porto de; SILVEIRA, Mariângela Freitas da. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021. Disponível em: [2020_513.indd \(scielo.br\)](https://scielo.br/pb/513). Acesso em: 12 mai. 2022.

IBGE. **Síntese de indicadores Sociais**. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101892>. Acesso em: 12 mai. 2022.

IPEA. **Atlas da Vulnerabilidade Social**. 2019. Disponível em: <https://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/sobre>. Acesso em: 12 mai. 2022.

ITO, Nobuiuki Costa; PONGELUPPE, Leandro Simões. O surto da COVID-19 e as respostas da administração municipal: munificência de recursos, vulnerabilidade social e eficácia de ações públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 782-838, 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/81885/78096>. Acesso em: 12 mai. 2022.

JÚNIOR, Dermeval da Silva; ARAÚJO, Suely Mara Vaz Guimarães. Public Policy Based on What? An Analysis of the Restrictions on Economic and Social Activities in The Fight Against COVID-19 in the Brazilian Federal District. **Revista do Serviço Público**, v. 72, n. 01, p. 9-40, 2021. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/4988>. Acesso em: 12 mai. 2022.

LEGIS. Portal da Legislação do Estado do Acre. Decreto nº 10.987, de 01 de janeiro de fevereiro de 2022. Disponível em: http://www.legis.ac.gov.br/detalhar_covid19/5072. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

LEGIS. Portal da Legislação do Estado do Acre. Decreto nº 11.018, de 16 de março de 2022. Disponível em: <http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/5103>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

LEGIS. Portal da Legislação do Estado do Acre. Decreto nº 7.225, de 05 de novembro de 2020. Disponível em: <http://www.legis.ac.gov.br/detalhar0/4136>. Acesso em: 09 de nov. de 2022.

LEGIS. Portal da Legislação do Estado do Acre. Decreto nº 7.395, 04 de dezembro de 2020. Disponível em: <http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/4149>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

LEGIS. Portal da Legislação do Estado do Acre. Decreto nº 7.764, de 08 de janeiro de 2021. Disponível em: <http://www.legis.ac.gov.br/detalhar/4280>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

LIMA, Luciana Dias de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00185220, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-07-e00185220.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2022.

MENDONÇA, F. D., ROCHA, S. S., PINHEIRO, D. L. P., & DE OLIVEIRA, S. V. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica/North region of Brazil and the COVID-19 pandemic: socioeconomic and epidemiologic analysis/Región Norte de Brasil y la pandemia de COVID-19: análisis.. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 20-37, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4535>. Acesso em: 12 mai. 2022.

MOTA, D. M.; SAAB, F.; VAZZOLER, R. Z.; SCHUNIG, K.; DONAGEMMA, E. A.; CAVALCANTI, G. C. B.; TRONCOSO, C. Regulatory Impact Assessment in pandemic times: a practical exercise in the COVID-19 context. **Revista do Serviço Público**, v. 71, p. 165-188, 2020. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/4824>. Acesso em: 12 mai. 2022.

PAES-SOUSA, R. Brevíssimo inventário dos fracassos no enfrentamento da Covid-19 no Brasil . **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p. 1–5, 2021. DOI: 10.20947/S0102-3098a0143. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/1830>. Acesso em: 12 mai. 2022.

PARÁ. Decreto 800, de 31 de maio de 2020. Institui o Projeto RETOMAPARÁ, dispondo sobre a retomada econômica e social segura, no âmbito do Estado do Pará, por meio da aplicação de medidas de distanciamento controlado e protocolos específicos para reabertura gradual e funcionamento de segmentos de atividades econômicas e sociais, e revoga o Decreto Estadual no 729, de 05

de maio de 2020, e o Decreto Estadual no 777, de 23 de maio de 2020. Diário Oficial do Estado do Pará, Belém, ano 21, n. 34.536, p. 4, 29 de março de 2021. Disponível em:
https://drive.google.com/file/d/1mAg7N4o-90HQ8_JCMLmstD-tTN9qNk8d/view.
 30 de agosto de 2022.

PARÁ. Decreto 800, de 31 de maio de 2020. Institui o Projeto RETOMAPARÁ, dispondo sobre a retomada econômica e social segura, no âmbito do Estado do Pará, por meio da aplicação de medidas de distanciamento controlado e protocolos específicos para reabertura gradual e funcionamento de segmentos de atividades econômicas e sociais, e revoga o Decreto Estadual no 729, de 05 de maio de 2020, e o Decreto Estadual no 777, de 23 de maio de 2020. Diário Oficial do Estado do Pará, Belém, ano 21, n. 34.506, p. 4, de 03 de março de 2021. Disponível em:
https://drive.google.com/file/d/1vo7wRJxa_p4ms2zKIE5V75o78s44qnrh/view.
 Acesso em: 30 de agosto de 2022.

RODRIGUES, Juliana Nunes; AZEVEDO, Daniel Abreu de. Pandemia do Coronavírus e (des) coordenação federativa: evidências de um conflito político-territorial. **Espaço e Economia. Revista brasileira de geografia econômica**, n. 18, 2020. Disponível em:
<https://journals.openedition.org/espacoeconomia/12282>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Anderson Cristopher dos; FINATTI, Rodolfo. A emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e as respostas governamentais ao redor do mundo. **Revista Aval**, Fortaleza, v. 3, n. 17, p. 128-149, jan./jun. 2020. Disponível em:
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/53320/1/2020_art_acsantosrfinatti.pdf.
 Acesso em: 12 mai. 2022.

SANTOS, J. G. D.; MOTA, F. P. B. A Transparência Governamental em Tempos de Covid-19: Reflexões do Quadro Brasileiro. **Gestão e Sociedade**, v. 14, n. 39, p. 3716-3724, 2020. Disponível em:
<http://www.spell.org.br/documentos/ver/58257/a-transparencia-governamental-e-m-tempos-de-covid-19--reflexoes-do-quadro-brasileiro>. Acesso: 12 mai. 2022.

SILVA, D. L. S.; RAFAEL, K. J. G.; DA SILVA, J. E. C. F.; SILVA, A. A. S.; DE LIMA MONTEIRO, M. H.; DA SILVA, S. M. B. Avaliação da mortalidade por COVID-19 no Brasil COVID-19 mortality assessment in Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 14756-14766, 2021. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32589/pdf>.
 Acesso em: 12 mai. 2022.

SILVA, Michele Lins Aracaty; PRIMO, Andressa Augusta de Araújo. VULNERABILIDADES SOCIOECONÔMICAS DA REGIÃO NORTE DO BRASIL AGRAVADAS PELA COVID-19. **XXIII ENGMAUSP**. 2021. Disponível em: <http://engemausp.submissao.com.br/23/anais/arquivos/207.pdf?v=1670373073>. Acesso em: 12 mai. 2022.

SODRÉ, Francis. Epidemia de COVID-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.tes.epsv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/761/104>. Acesso em: 12 mai. 2022.