Revista Geoconexões online

PANDEMIA DA COVID-19: AÇÕES NORMATIVAS NOS TERRITÓRIOS DOS ESTADOS DO NORDESTE DO BRASIL

MENDONÇA, Rayanne Santos de Almeida[1]
SILVA., Gilcileide Rodrigues da[2]

Recebido (Received): 12/01/2022 Aceito (Accepted): 23/01/2022
.
Como citar este artigo: MENDONÇA, R.S.A; SILVA, G.R.da. Pandemia da Covid-19: ações normativas nos territórios dos estados do Nordeste do Brasil. v.1, Edição Especial, p. 03-15, 2022 (Dossiê: Perspectivas Caleidoscópicas da Geografia da Saúde).

RESUMO: O presente artigo faz parte da pesquisa desenvolvida no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). A finalidade consistiu em analisar a nova ordem territorial no contexto da pandemia do Coronavírus (Sars-cov-2) que causa a covid-19. A análise partiu de levantamento dos Decretos publicados em Diários Oficiais disponíveis em portais informativos sobre a covid-19, nos sites dos estados nordestinos do Brasil. Foram analisados aproximadamente cerca de 492 decretos publicados pelos noves estados, com intuito de compreender as medidas preventivas adotadas para evitar o contágio do vírus, bem como, conhecer como cada estado buscou soluções para combater essa crise na saúde pública, que reflete nos campos socioeconômico e político. Os dados disponíveis permitiram classificar e selecionar as medidas com base no distanciamento social, obrigatoriedade do uso da máscara, restrições e fechamentos de estabelecimentos e áreas de lazer, criações de comitês, grupo de estudos e planejamento para saber os impactos em âmbito estadual e regional.
PALAVRAS-CHAVE: Geografia, Saúde, Território, Covid-19.

COVID-19 PANDEMY: REGULATORY ACTIONS IN THE TERRITORIES OF THE NORTHEASTERN STATES OF BRAZIL

ABSTRACT: This article is part of the research developed in the Institutional Program of Scientific Initiation Scholarships (IPSIS) of the Federal University of Alagoas (UFAL). The purpose was to analyze the new territorial order in the context of the coronavirus pandemic (Sars-cov-2) that causes covid-19. The analysis was based on a survey of the decrees published in Official Gazettes available on information portals about covid-19, on the websites of the northeastern states of Brazil. Approximately 492 decrees published by the nine states were analyzed, in order to understand the preventive measures adopted to avoid the contagion of the virus, as well as to know how each state sought solutions to combat this crisis in public health, which reflects on the socioeconomic and political. The available data made it possible to classify and select measures based on social distance, mandatory use of the mask, restrictions and closures of establishments and leisure areas, creation of committees, study groups and planning to know the impacts at the state and regional level.

KEYWORDS: Geography, Health, Territory, Covid-19.

[1] Licenciada em Geografia pelo Instituto de Geografia, Desenvolvimento e Meio Ambiente - IGDema e Mestranda em Geografia pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Alagoas. E-mail: rayannemendonca@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4605-3557

[2] Pós-Doutorado em Geografia pela Universidade de Lisboa - Portugal. Docente associada da Universidade Federal De Alagoas. E-mail: gilcileide.silva@igdema.ufal.br. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4626-8689

Introdução

O presente trabalho trata dos resultados obtidos durante o primeiro semestre do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com a finalidade de conhecer o uso do território e como os estados do nordeste brasileiro estão normatizando o território em função das medidas preventivas ao contágio da Covid-19. Nesse sentido, buscou-se investigar as orientações publicadas nos Decretos em Diários Oficiais (D.O) dos nove estados nordestinos durante o período de março a dezembro de 2020, totalizando a leitura de 492 decretos.

É a partir da revisão da literatura acerca da Geografia da Saúde, que aborda orientações metodológicas, que se torna possível ampliar os conhecimentos e a compreensão sobre a crise sanitária que ocorre nos territórios devido à Covid-19.

Essa fundamentação teórica preliminar foi importante para condução da pesquisa. A pesquisa assume o caráter documental, pois utiliza as informações coletadas nos Diários Oficias para saber as medidas preventivas do contágio nos estados do nordeste do Brasil, composto por nove estados: Alagoas (AL); Bahia (BA); Ceará (CE); Maranhão (MA); Paraíba (PB); Pernambuco (PE); Piauí (PI); Rio Grande do Norte (RN); Sergipe (SE). Todos declararam crise na situação de emergência na saúde.

As medidas tomadas pelos governos estaduais para evitar o colapso no sistema público de saúde e a proliferação do vírus foram restrições e proibições a determinados estabelecimentos para evitar aglomerações. No entanto, as consequências afetam setores econômicos e empresas diversas, nesse caso, as medidas governamentais atingem todos os setores da economia e a superação da crise sanitária ainda não chegou ao fim.

Fundamentação teórica

A Geografia da Saúde parte da compreensão de que as causas das doenças vão além do fator biológico, mas inclui também o fator social, trabalha com as questões relacionadas à distribuição espacial, qualidade de serviço relacionado ao atendimento da população, dos lugares e acessibilidade (JUNIOR ZOMIGHANI, 2012).

As desigualdades socioespaciais e socioeconômicas são visivelmente observadas no espaço geográfico, bem como são refletidas no tratamento dado ao cidadão no que se refere ao atendimento de saúde, esse termo é utilizado pela Geografia da Saúde através do conceito de Equidade, ou seja, o direito de cada um ser tratado com igualdade.

De acordo com Mooney (1983, apud UNGLERT; ROSENBURG; JUNQUEIRA, 1987, p. 440), equidade é baseada em dois princípios,

> [...] o da equidade horizontal, que preconiza o tratamento igual dos indivíduos que apresentam iguais problemas de saúde, e o da equidade vertical, que enuncia que indivíduos que tenham problemas desiguais de saúde sejam tratados dentro das peculiaridades de cada caso.

Para o tratamento de atendimento de saúde ao cidadão é importante observar o fator geográfico, já que nem toda população tem acesso a um posto de saúde próximo de sua residência, seja em áreas rurais ou locais periféricos dos grandes centros urbanos.

Dessa forma, as primeiras metodologias utilizadas para obtenção de dados e informações coletadas para serem analisadas sob a perspectiva da Geografia da Saúde foram baseadas nas relações espaciais do processo saúde-enfermidade das populações (MENDONÇA; ARAÚJO; FOGAÇA, 2014) e foram um grande desafio.

Assim, foram realizados levantamentos das localidades a serem investigadas, com base nas variáveis geográficas, demográficas e sociais, utilizando os dados do Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE) e documentos cartográficos, indicadores locais de saúde e qualidade de assistência (UNGLERT; ROSENBURG; JUNQUEIRA, 1987).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o Brasil teve seu grande marco histórico para sua população, pois esse sistema público e gratuito de serviços de saúde garante a equidade e universalização do acesso a serviços de qualidade (JUNIOR ZOMIGHANI, 2012). Para melhor compreensão da realidade brasileira, a Geografia teve um papel importante através das análises cartográficas, que foram e são essenciais para monitorar as ações e práticas relacionadas à saúde.

O Brasil está entre os países mais desiguais do mundo, a pandemia da Covid-19 acentuou essas desigualdades, e as regiões mais afetadas foram as mais pobres, como Norte e Nordeste (KEER *et. al*, 2020). Essa pandemia afetou economicamente a população, gerando mais desempregados e desestabilizando a economia.

As desigualdades socioespaciais e socioeconômicas são visivelmente observadas no espaço geográfico, bem como são refletidas no tratamento do cidadão quanto ao atendimento de saúde. Desse modo, o papel da Geografia dos Serviços de Saúde é dedicado à distribuição e planejamento dos componentes de infraestruturas e dos recursos humanos do Sistema de Atenção Médica (MENDONÇA; ARAÚJO; FOGAÇA, 2014), pois a inacessibilidade da população aos serviços de saúde é uma das causas dos problemas socioeconômicos e geográficos.

Nesse tempo de pandemia, a procura pelos atendimentos de saúde aumentou muito, e ficou evidente a ausência e a indisponibilidade de recursos para abranger e atender todos os pacientes, ou seja, muitos estados ficaram perto de chegar a um colapso em seu sistema de saúde. Os estados do Nordeste, em consórcio, e após muitas pressões ao Governo Federal, conseguiram instalar os hospitais de campanha.

A pandemia nos levou a recordar o conceito de um mundo em rede (CASTELLS, 2002) e o de globalização, termo utilizado pelo geógrafo Milton Santos, porém nesse caso a globalização relacionada à saúde, pois "uma das características principais do mundo globalizado, tornou possível os fluxos de vírus e bactérias, que podem se alastrar rapidamente nas diversas cidades e países do globo e produzir grandes epidemias" (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 32). Nesse caso, através dessa pandemia, podemos observar que o mundo nunca esteve tão conectado como está hoje (OLIVEIRA, 2020).

A pandemia da Covid-19 (SARS-CoV-2) é um novo vírus descoberto em dezembro de 2019, em Wuhan na China, que notificou ao mundo sobre os primeiros casos de transmissão, esse vírus é transmitido de pessoa a pessoa. Para sua contenção, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e também o Ministério da Saúde e Governos Estaduais lançaram medidas preventivas para conter a disseminação do vírus no território brasileiro.

A crescente procura da população pelos setores de saúde sobrecarregou o sistema de saúde, que entrou em colapso em muitos estados brasileiros,-e expôs a falta de estrutura para receber a demanda de pacientes. Para conter a disseminação do vírus, foram necessárias ações de isolamento e quarentena. Além dessas medidas**,** alguns estados brasileiros adotaram em 2020 o *lockdwon* como medida de afastamento social mais ostensiva, pois consiste no isolamento total das pessoas e/ou impedimento de movimento de pessoas.

O conceito território foi bastante utilizado pelos governantes quando queriam tratar das responsabilidades e medidas de contenção em seus estados. Assim, território "não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas; o território tem que ser entendido como território usado, não o território em si" (SANTOS, 2007, p. 14). Território usado é o nosso objeto de análise.

De acordo com Junior Zomighani (2012, p. 183), a categoria de análise baseada no território usado pode ser utilizada para melhoria dos sistemas e serviços de saúde pois, "permite conhecer as características dos usos do território pelos sistemas de saúde desde a escala do bairro, da cidade e sua região, até o território estadual ou nacional", que no caso da pesquisa foi utilizado para ser analisada a partir das decisões sancionadas em território estadual. Pode ser incluída nas análises dos usos territoriais na perspectiva da saúde, nas diversas formas de escalas, interações e interrelações, por exemplo.

> [...] totalidade das unidades de saúde por tipo (da unidade de saúde ao hospital especializado, por exemplo) e por nível de complexidade (baixa, média e alta complexidade). A distribuição da população no território por idade, sexo e rendimentos também permite várias análises (como a necessidade, por exemplo, da instalação em determinados lugares de centros para atendimento da saúde da mulher; de atendimento geriátrico ou pediátrico, ou de clínicas gerais, dentre outros) (JUNIOR ZOMIGHANI, 2012, p. 183)

Os conceitos geográficos são essenciais para as análises das causas e disseminação de doenças e vírus, pois, além de avaliar os aspectos biológicos do espaço, também consideram a classe social e o nível socioeconômico no levantamento de dados.

Vale salientar que o avanço tecnológico é um grande aliado no monitoramento, pois uma característica da pandemia da Covid-19 é o uso da internet como aliada para disseminar informações e estatísticas no combate ao coronavírus, a aliança entre Geografia e Saúde é fundamental para compreender as situações das crises sanitárias no espaço geográfico.

Análise das ações normativas nos territórios dos estados do nordeste do Brasil

A pesquisa adotou no processo de investigação a metodologia de caráter exploratória e descritiva acerca da Pandemia do Coronavírus (Sars-Cov-2) que causa a doença Covid-19. As medidas de prevenção e disseminação do vírus da Covid-19 informadas para a população mundial é a higienização constante das mãos com água e sabão, uso de álcool em gel, utilização de máscara, luvas e distanciamento social.

De acordo com Associação Paulista de Medicina, alguns países de todos os continentes entraram em período de quarentena[3]. No mundo e no Brasil, as camadas menos privilegiadas da população foram as mais afetadas.

A Geografia da Saúde parte da compreensão de que as causas das doenças vão além do fator biológico, mas inclui também o fator social, ou seja "é um espaço onde convergem ou se cruzam fenômenos naturais e sociais" (SANTANA, 2005, apud MENDONÇA; ARAÚJO; FOGAÇA, 2014, p. 45). Assim como o desenvolvimento e aperfeiçoamento da tecnologia, a Geografia da Saúde se apropriou da tecnologia a seu favor e a divulgação dos dados, monitoramento, obtenção de informações, usos de georreferenciamento, geoprocessamento, utilização do Sistema de Informação Geográfica (GIS), Sistemas de Posicionamento Global

[3] Informação obtida através do site da Organização Não Governamental "Associação Paulista de Medicina", disponível em: http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/isolamento-e-quarentenas-como-paises-estao-lidando-ao-redor-do-mundo. Acesso em: 10 de fev. 2021.

(GPS), Sensores Remotos e o mapeamento online, como o Google Earth, foram ferramentas com bases geográficas para monitorar a Covid-19 no mundo.

Para melhor compreensão da realidade brasileira a Geografia teve um papel importante, através das análises cartográficas, essenciais para monitorar as ações e práticas relacionadas à saúde. Além da utilização da cartografia, introduziu nas análises espaciais o arcabouço teórico do conceito de território e espaço da geografia crítica, com a finalidade de traçar um planejamento, gestão e organização territorial de atendimento à saúde.

O levantamento de informações se desenvolveu a partir das leituras dos Decretos, que são considerados instrumentos legais, ou seja, atos administrativos, que tratam de um ato geral ou individual emitido pelo chefe do poder executivo da União, Estado ou Município. A pesquisa fez uso dos Decretos publicados em Diários Oficiais (D.O) pelo Estado (governador), consultados em sites e portal informativo dos estados durante o período de março a dezembro de 2020 para conhecer a conjuntura das ações estaduais e do papel do Estado em seu território.

O procedimento consistiu em selecionar os decretos de cada estado do nordeste (Figura 1) com os seguintes aspectos: título do decreto, medidas gerais de criação de comitês, grupos e programas, uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pela população, atividades suspensas, distanciamento social e, por último, criação de lei.

Figura 1: Mapa dos Estados do Nordeste do Brasil



Fonte: próprio autor (2021)

No total foram analisados 492 decretos, assim como foram realizados levantamentos de quantos Hospitais de Campanha foram construídos por cada estado do Nordeste para o atendimento dos pacientes acometidos pela Covid-19.

Segundo informações obtidas através dos portais de saúde estaduais e sites de notícias, no total foram construídos 21 hospitais e o levantamento dos hospitais de campanha foi com base na administração e comando do Governo do Estado[4]. A apuração dos dados coletados foi sumarizada na forma de quadros, gráfico e mapa gerado pelo Excel.

As ações normativas no Nordeste do Brasil

O tardamento das políticas nacionais para o combate e controle da pandemia levou as autoridades estaduais a programarem medidas de saúde pública (KEER *et. a*l, 2020). Tais medidas foram publicadas nos D.O dos estados nordestinos, todas com semelhanças em suas medidas de distanciamento social, obrigatoriedade do uso de máscaras em ambientes públicos e estabelecimentos, uso e disponibilização de álcool em gel nos estabelecimentos, bem como medição de temperatura dos clientes, proibição de eventos públicos, fechamento de instituições de ensino, ambientes religiosos, fechamentos de shopping, bares, restaurantes, acesso a áreas de lazer e praias, hotéis e pousadas, academias, uso do trabalho remoto, restrições de locomoção noturna, barreiras sanitárias entre municípios e Estados (Quadro 1).

Quadro 1: Medidas dos decretos no período de março a dezembro, 2020

Medidas dos decretos no período de março a dezembro (2020)					
Estados	Uso de Máscara	Distanciamento social	Fechamento e suspensão de atividade	Trabalho remoto	Barreiras sanitárias
Alagoas (AL)	X	X	X	X	X
Bahia (BA)	X	X	X	X	X
Ceará (CE)	X	X	X	X	X
Maranhão (MA)	X	X	X	X	X
Paraíba (PB)	X	X	X	X	X
Pernambuco (PE)	X	X	X	X	X
Piauí (PI)	X	X	X	X	X
Rio Grande do Norte (RN)	X	X	X	X	X
Sergipe (SE)	X	X	X	X	X

Fonte: Brasil (2020)

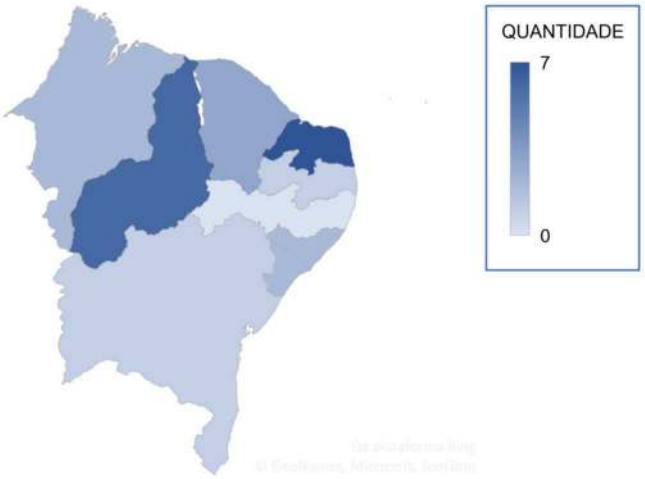
[4] Ampliações de leitos em hospitais, leitos acoplados em estruturas hospitalares particulares, hospitais de campanha ofertados por hospitais privados, hospitais de campanha construídos e geridos por administração municipal, não foram contados na apuração. Apenas Hospitais de Campanha administrado e gerido pelo Governo Estadual.

Além disso, os estados criaram leis que possibilitaram a tomada de medidas excepcionais para decisões na crise financeira ou sanitária, como a contratação de funcionários, a obrigatoriedade do uso de máscara (cujo o descumprimento levaria à aplicação de multa), assim como a classificação dos serviços e atividades necessários e essenciais.

Os próprios estados criaram suas barreiras sanitárias, com a suspensão de viagens e voos para o exterior e limitação de locomoções interestaduais e intermunicipais. Nesses casos a passagem dos viajantes deveria ter justificativa plausível e a medição de temperatura dos passageiros e a utilização de máscara eram exigidas.

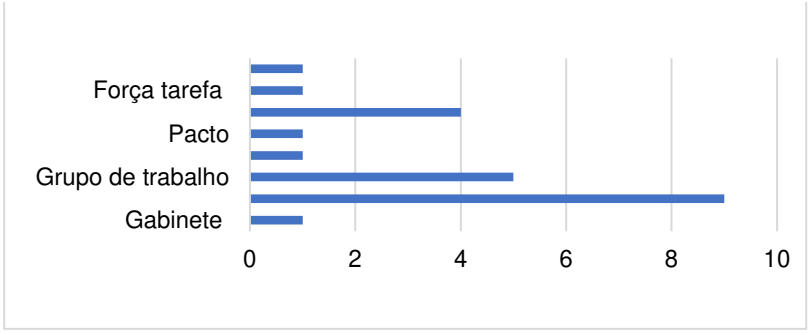
Para combater a situação atípica vivenciada no âmbito econômico, social e de saúde pública, esses estados criaram políticas, comitês e grupos (Figura2 e Figura 3) para estudarem e avaliarem a situação e o impacto da Covid-19 em seu território.

Figura 2: Estados do nordeste que mais fizeram criações de ações de combate a Covid-19



Fonte: Decretos Estaduais (2020)

Figura 3: Quantidades de criações em todo o Nordeste em 2020



Fonte: Decretos Estaduais (2020)

Foi observado na Figura 2 que a liderança de medidas para o combate ao coronavírus se deu através da criação de comitês, seguido de grupo de trabalho formado por especialistas de cada área do mercado econômico e social afetada pelas medidas de *lockdown*.

Sendo assim, elaboramos um quadro com as criações e métodos adotados por cada estado do nordeste, publicados entre março e dezembro de 2020 (Quadro 2).

Quadro 2: Criações de métodos para analisar o impacto da Covid-19 no Estado.

Estados	Criações de comitês (2020)
Alagoas	1 – Gabinete de Crise da Situação de Emergência – GCSE para combate ao Covid-19 **(Decreto nº 69.463, de 12 de março de 2020)** 2 – Comitê de Gerenciamento de Impactos Econômicos da Crise do Covid-19 **(Decreto nº 69.531, de 19 de março de 2020)**
Bahia	1 – Grupo de Trabalho para Estudos de Retomada Econômica Pós-Pandemia **(Decreto nº 19.732 de 29 de maio de 2020)**
Ceará	1 – Política de Regionalização das medidas de isolamento social **(Decreto nº 33.608, de 30 de maio de 2020);** 2 – Comitê Estadual de Enfrentamento à Pandemia do Coronavírus **(Decreto nº33.509, de 13 de março de 2020);** 3 – Programa Social de Distribuição de gás em botijão para as famílias em situação de maior vulnerabilidade social do Estado do Ceará, durante o estado de calamidade pública ocasionada pela pandemia do novo coronavírus **(Decreto nº 33.546, de 21 de abril de 2020)**
Maranhão	1 – Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Covid-19 **(Decreto nº 35.660, de março de 2020);** 2 – Comitê de Gestão Integrada da Saúde da Ilha de São Luís **(Decreto nº 35.763, de 27 de abril de 2020)**
Paraíba	1 - Grupo de Trabalho **(Decreto nº 18.984, de 20 de maio de 2020)**
Pernambuco[5]	
Piauí	1 – Comitê de Gestão de Crise (**Decreto 18.884 de 16 de março de 2020);** 2 – Comitê de Operações Emergenciais **(Decreto nº 18.966, de 30 de abril de 2020);** 3 – Pacto de Retomada Organizada no Piauí Covid-19 – PRO Piauí **(Decreto nº 19.014, de 08 de junho de 2020)** 4 – Comitê Técnico de Monitoramento do PRO-Piauí **(Decreto nº 19.014, de 08 de junho de 2020);** 5 – Programa de Gestão de Teletrabalho no âmbito do Poder Executivo do Estado do Piauí **(Decreto nº 19. 283, de 22 de outubro 2020**); 6 – Programa Emergencial de Busca Ativa Covid-19 **(Decreto nº 18.972, de 08 de maio de 2020)**
Rio Grande do Norte	1 – Comitê Governamental de Gestão da Emergência em Saúde Pública decorrente do Coronavírus (Covid-19) **(Decreto nº 29.521, de 16 de março de 2020);** 2 – Força-Tarefa Intersetorial Administrativa para o Enfrentamento ao Novo Coronavírus (FIA/COVID-19) **(Decreto nº 29.612, de 14 de abril de 2020);** 3 – Comitê de Educação para Gestão das Ações de combate da COVID 19 **(Decreto nº 29.973, de 09 de setembro de 2020);** 4 – Força Tarefa Administrativa de Enfrentamento ao Coronavírus (COVID-19) **(Decreto nº 29.565, de 25 de março de 2020);** 5 – Central de Recebimento e Distribuição de Doações **(Decreto nº 29.565, de 25 de março de 2020);** 6 – Programa Estadual Emergencial de Segurança Alimentar e de Itens de Higiene e Limpeza (RN Mais Unido) **(Decreto nº 29.613, de 14 de abril de 2020);** 7 – Programa Estadual Emergencial de Assistência Social (RN Chega Junto) **(Decreto nº 29.889, de 04 de agosto de 2020)**
Sergipe	1 – Comitê Gestor de Retomada Econômica – COGERE **(Decreto nº 40.605 de 01 de junho de 2020)** ;2 – Comitê Técnico-Científico e de Atividades Especiais – CTCAE **(Decreto nº 40.664 de 10 de setembro de 2020)**

Fonte: Decretos Estaduais (2020)

Os estados do Rio Grande do Norte e Piauí lideraram na criação e busca de meios para estudo, combate e medidas de retomada, e as consequências no estado. Pernambuco[6] foi o único de que não se tem informações nos decretos analisados durante o período de levantamento de dados.

Os estados criaram portais de informações e transparência sobre a Covid-19. Dos 9 estados apenas Bahia e Paraíba não optaram pela criação, utilizaram o site da Secretaria Estadual de Saúde no qual acoplaram uma área para falar da situação da Covid-19 no estado. Tais informações mostram o empenho dos governos estaduais em desenvolver medidas para contenção da proliferação do vírus, bem como meios para desempenhar o retorno econômico, educacional e social da sociedade.

Também foram construídos Hospitais de Campanha para o atendimento à população acometida pela Covid-19, no total foram construídos 21 hospitais em todo o Nordeste (Quadro 3; Figura 4).

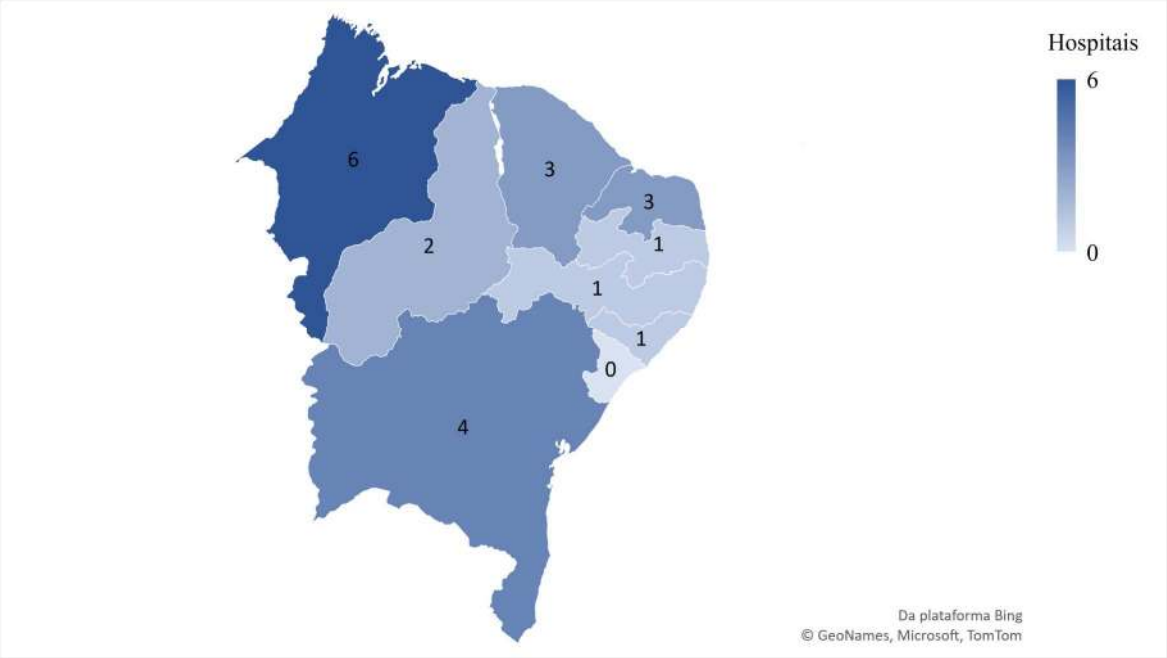
Quadro 3: Hospitais de campanha por estado do nordeste

Estado	Hospitais de campanha
Alagoas	Hospital de Campanha Dr. Celso Tavares
Bahia	Hospital de Campanha – Vicentina Goulart Hospital de Campanha Covid-19 – Fonte Nova Hospital de Campanha Covid-19 Sms Hospital de Campanha Covid-19 – Wet'n Wild
Ceará	Estádio Presidente Vargas Hospital de Campanha De Caucaia Hospital de Campanha De Juazeiro Do Norte
Sergipe	-
Pernambuco	Hospital de Referência
Piauí	Hospital de Campanha Estadual (HCE) Hospital de Campanha do Verdão
Rio Grande do Norte	Hospital de Campanha Covid 19 Sms Natal RN Hospital de Campanha Covid 19 – Parnamirim Hospital de Campanha da Zona Sul

Fonte: Sites informacionais e de notícias (2021)

[6] Nos Decretos encontrados no Diário Oficial do Estado de Pernambuco e na lista de Decretos disponibilizada no https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/ durante o período de março a dezembro de 2020 não foi encontrada informação a respeito de criação de comitê, programa, força-tarefa ou outra atividade nesse aspecto.

Figura 4: Mapa dos estados do NE que construíram hospitais de campanha para o combate a Covid-19



O Maranhão liderou o ranking em Hospitais de Campanha, Sergipe foi o único estado que não teve a construção realizada pela o Governo do Estado, apenas as UTI eram gerenciadas pela Secretaria Estadual de Saúde.

Considerações finais

A partir da revisão da literatura acerca da Geografia da Saúde foram abordadas orientações metodológicas que possibilitam ampliar os conhecimentos e a compreensão sobre a crise sanitária que ocorreu nos territórios devido a Covid-19. As medidas tomadas pelos governos estaduais para evitar o colapso no sistema público de saúde e a proliferação do vírus foram restrições e proibições de determinados estabelecimentos para evitar aglomerações.

Mas as consequências afetam setores econômicos e empresas diversas, nesse caso, as medidas governamentais atingem todos os setores da economia e a superação da crise sanitária ainda não terminou.

Fonte: Decretos Estaduais (2020)

O Nordeste brasileiro foi uma das regiões que mais sofreu com a pandemia. A chegada do vírus nas capitais e a transmissão comunitária para o interior dos estados causou um caos no

Sistema Único de Saúde, pois são áreas muito fragilizadas e os Decretos Oficiais de cada governo estadual, disponibilizados na web, bem como nos portais informativos de cada estado, totalizaram aproximadamente de 492 decretos.

As medidas utilizadas para a recuperação da economia são comuns em determinados estados, embora alguns trabalhem de forma diferente na retomada das atividades econômicas. Vale salientar que todas as medidas expostas foram pensadas através de especialistas e técnicos nos assuntos (economia, educação, saúde, política, administração, social e etc.) para elaboração de cada documento, através da criação dos comitês, programas, forças-tarefa, gabinetes, políticas, grupos de trabalho, sempre levando em consideração a forma mais eficiente para conter a disseminação do vírus e não acarretar um colapso no sistema de saúde, para evitar o aumento de óbitos, que não devem ser contabilizadas apenas como uma estatística, e o planejamento territorial para medidas sanitárias e econômicas em cada parte do Estado.

A importância dos Hospitais de Campanha foi essencial para o atendimento à sociedade e para evitar um colapso no sistema público de saúde. Milhares de vidas foram salvas através da construção e dos atendimentos realizados nesses hospitais. Com o declínio dos casos nas regiões, cada estado foi responsável pelo desmonte da instalação hospitalar em seu território. Alguns estados tiveram a infelicidade de reabrir a estrutura para atender os pacientes com o vírus, outros continuaram com os hospitais fechados, pois os casos já não estavam em alta e permaneceram estáveis.

Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Raega, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. https://doi.org/10.5380/raega.v17i0.11995

JUNIOR ZOMIGHANI, J. H. Contribuições geográficas para aperfeiçoamento do SUS no Estado de São Paulo: teorias, análises e métodos. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, 2012, p. 178-200.

KEER, L. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4099-4120, 2020. https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020

OLIVEIRA, V. H. N. O papel da geografia diante da pandemia da Covid-19. Boletim de conjuntura, Boa Vista, v. 3, n. 7, p. 80- 84, 2020.

MENDONÇA, F.; ARAÚJO, W. M. de.; FOGAÇA, T. K. A geografia da saúde no Brasil: Estado da arte e alguns desafios. Investigaciones Geográficas, Chile, p. 41-52, 2014. https://doi.org/10.5354/0719-5370.2014.36675

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M.; BECKER, B. K. (Org.). Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial. 3 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007, p. 13-21.

UNGLERT, C. V. de S.; ROSENBURG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 1987, p. 439-446. https://doi.org/10.1590/S0034-89101987000500009