



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Martins, Thalyta Cassia de Freitas; Guimarães, Raphael Mendonça
Distanciamento social durante a pandemia da Covid-19 e a
crise do Estado federativo: um ensaio do contexto brasileiro
Saúde em Debate, vol. 46, Esp., 2022, pp. 265-280
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E118>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406371272019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Distanciamento social durante a pandemia da Covid-19 e a crise do Estado federativo: um ensaio do contexto brasileiro

Social distancing during the Covid-19 pandemic and the crisis of the federative state: an essay in the Brazilian context

Thalyta Cassia de Freitas Martins¹, Raphael Mendonça Guimarães¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E118

RESUMO Este artigo propõe uma análise das medidas de distanciamento social adotadas durante a pandemia da Covid-19 no Brasil a partir de um recorte temporal desde março de 2020 até o início do ano de 2021. O estudo se baseia em uma análise retrospectiva das medidas de distanciamento social instituídas por cada Unidade Federada (UF) e o respectivo contexto de adoção das medidas de flexibilização nelas. Posteriormente, é feita uma reflexão acerca do impacto do regime federalista vigente no Brasil na adoção das políticas de distanciamento social durante a pandemia da Covid-19. Para tanto, foi feita uma análise documental em notas técnicas, artigos científicos, páginas eletrônicas oficiais do governo, Diário Oficial das UF e boletins epidemiológicos, visando abarcar todas as deliberações legais e orientações oficiais dos governos referentes às medidas de distanciamento social. O estudo evidenciou a necessidade premente de fortalecimento da coordenação federativa na gestão da crise sanitária da Covid-19 e o incentivo a campanhas sociais que endossem a importância e a efetividade das medidas de distanciamento social, além da tomada de decisões que viabilizem isso, como a reinstituição do auxílio emergencial pelo governo.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Distanciamento social. Federalismo.

ABSTRACT This article proposes an analysis of the measures of social distancing adopted during the Covid-19 pandemic in Brazil, from a time frame from March 2020 to the beginning of 2021. The study is based on a retrospective analysis of distancing measures instituted by each Federated Unit (UF) and the respective context of adoption of flexibilization measures in them. Subsequently, a reflection is made on the impact of the federalist regime in force in Brazil on the adoption of social distancing policies during the Covid-19 pandemic. For that, a documental analysis was made in Technical Notes, scientific articles, official government websites, Official Gazette of the UF and epidemiological bulletins, aiming to cover all legal deliberations and official guidelines of the governments, referring to measures of social distancing. The study highlighted the pressing need to strengthen federative coordination in the management of the Covid-19 health crisis and the encouragement of social campaigns that endorse the importance and effectiveness of measures of social distancing, in addition to making decisions that make it feasible, such as the reinstitution of emergency aid by the government.

KEYWORDS Covid-19. Social distancing. Federalism.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
enfermeirathalyta@gmail.com



Introdução

O primeiro caso da Covid-19 no Brasil foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo¹. Após um mês dessa primeira confirmação, todos os estados brasileiros já haviam notificado casos da doença, com mortes registradas em oito deles². Após a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março, de que a infecção causada pela Covid-19 era uma pandemia, e mediante a ausência de uma política nacional abrangente de distanciamento social no país, os estados e municípios brasileiros passaram a se articular e implementar suas próprias medidas de distanciamento social, no entanto, os momentos de implementação dessas medidas foram distintos³, sobretudo devido às diferenças sociodemográficas de cada região. Ao final de março de 2020, todos os estados brasileiros já haviam adotado alguma medida de distanciamento social, como a suspensão de aulas e de eventos, visando suprimir a aglomeração de pessoas.

Durante a primeira onda da pandemia no país, além da franca expansão da Covid-19, outros fatores eram preocupantes, como a ausência de medicamentos contra a doença que apresentassem eficácia cientificamente comprovada e a possibilidade incipiente de uma vacina. Neste cenário, a adoção das chamadas Intervenções não Farmacológicas (NPIs) se mostrou a via mais segura e promissora de mitigação da doença. Entre essas intervenções, as medidas de distanciamento social – compreendidas como todas as ações voltadas a diminuir ou interromper a cadeia de transmissão da doença pelo distanciamento físico entre indivíduos que possam estar infectados e os saudáveis⁴ – foram desde o início amplamente adotadas, sobretudo devido a experiências anteriores bem-sucedidas em outras epidemias, como foi o caso da pandemia de influenza em 1918-1919⁵, a epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars) em 2002-2003⁶ e a pandemia de influenza H1N1 em 2009-2010⁷.

No momento atual em que o Brasil enfrenta a segunda onda da pandemia, a aprovação de diversas vacinas tem levantado discussões a respeito da necessidade de se manter o distanciamento social. Nesse sentido, é importante ressaltar que, mesmo com a vigência de vacinas seguras e eficazes disponíveis, as NPIs – sobretudo o distanciamento social – continuam desempenhando um papel essencial na mitigação da transmissão do Sars-CoV-2 e de quaisquer outras mutações⁸. Isso se deve, principalmente, ao fato de que a vacinação tem ocorrido em processo muito lento no Brasil, em que a eficácia indireta da vacina pode ser afetada pela carga da doença da Covid-19 em nível populacional, ou seja, a prevenção da vacina em pessoas que não foram vacinadas por meio de imunidade populacional pode ser comprometida por grupos de indivíduos que não desenvolvem uma resposta imunológica competente em relação a uma vacina e entre as pessoas que se recusam a serem vacinadas⁸.

A gestão da crise sanitária no Brasil, ao longo de pouco mais de um ano da pandemia da Covid-19, enfrentou diversos percalços não somente no âmbito da saúde, mas também da crise política e econômica concomitantes. A adoção das NPIs esteve no centro de muitas discussões quanto aos seus reais impactos e efeitos deletérios, entre elas, o distanciamento social foi e permanece sendo amplamente desencorajado pelo governo federal a despeito das recomendações da comunidade científica e das autoridades em saúde⁹. Embora muitos países tenham relatado experiências eficazes de contenção do vírus com a adoção das medidas de distanciamento social¹⁰⁻¹⁵, já são relatados seus impactos sociais e econômicos na sociedade¹⁶. Além disso, estudos recentes têm evidenciado que tão importante quanto a adoção dessas medidas é lançar mão de um planejamento estratégico que permita avaliar, com base em critérios científicos, o momento mais oportuno para implementá-las, flexibilizá-las ou reintroduzi-las^{4,17}.

Nesse sentido, este artigo teve por objetivo analisar as medidas de distanciamento social

adotadas durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, até o início do ano de 2021, e refletir acerca do impacto do regime federalista vigente no País na adoção dessas medidas. O artigo apresenta, inicialmente, uma retrospectiva a respeito das medidas legais de distanciamento social adotadas pelas Unidades Federadas (UF) brasileiras; em seguida, descreve a adoção das medidas de flexibilização e o contexto no qual foram instituídas; posteriormente, é feita uma análise a respeito do momento atual vivenciado no Brasil, considerado como uma segunda onda da pandemia, e das discussões acerca das medidas de distanciamento social. Por fim, é feita uma análise da coordenação federal da pandemia, com ênfase na adoção das medidas de distanciamento social. Para tanto, foi realizada uma análise documental em notas técnicas, artigos científicos, páginas eletrônicas oficiais do governo, Diário Oficial das UF e boletins epidemiológicos.

A primeira onda da pandemia e as medidas de distanciamento social

O Distrito Federal foi a primeira UF a implementar medidas de distanciamento social no Brasil, em 11 de março de 2020. As demais UF concretizaram essas medidas no período de 13 a 28 de março de 2020. Entre 11 de março e 7 de abril, cada estado deliberou legalmente uma série de decretos estabelecendo medidas de distanciamento social entre outras disposições. O rigor dessas disposições variou de acordo com a realidade de cada UF, sendo umas mais rigorosas que outras. Moraes et al.¹⁸ avaliaram o quão restritivas foram as medidas legais de distanciamento social implementadas nos estados brasileiros a partir do desenvolvimento de um Índice de Medidas Legais de

Distanciamento Social (IDS). O índice avaliou o rigor das medidas a partir de variáveis como: a realização de eventos culturais de forma geral, a suspensão de atividades de bares, restaurantes e afins, a suspensão de atividades comerciais e industriais consideradas não essenciais e as restrições de transporte. Os decretos estaduais e o IDS de cada UF estão descritos no *quadro 1*.

De acordo com o IDS, no período de 6 a 9 de abril de 2020, os estados que apresentaram o maior rigor de medidas de distanciamento social foram Ceará, Goiás, Santa Catarina e Sergipe. Outros estados, como Acre, Alagoas, Maranhão, Pernambuco, Amazonas, Minas Gerais, Rondônia, Roraima e São Paulo, mantiveram altas médias de rigor das medidas; enquanto Amapá, Rio Grande do Norte, Pará, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Mato Grosso, Rio de Janeiro e o Distrito Federal mantiveram médias mais incipientes. Por fim, os estados menos rigorosos nas medidas de distanciamento social foram Piauí, Paraíba, Paraná, Tocantins, Bahia e Mato Grosso do Sul.

Para além da adoção de medidas de distanciamento social, outras duas variáveis são também de suma importância na tomada de decisão dessas medidas; a implantação delas em tempo cronológico e epidemiológico oportunos⁴. Em relação ao tempo cronológico, os estados de Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Rio Grande do Sul foram as UF que adotaram as medidas legais de distanciamento social em menor espaço de tempo (tempo em dias entre a adoção da primeira medida e a paralisação econômica), com um a dois dias de diferença. Por outro lado, no Pará, o tempo entre a implementação da primeira medida e da paralisação econômica foi de 50 dias. Em 74% das UF, o tempo entre a implementação da primeira medida e a paralisação econômica foi igual ou inferior a uma semana.

Quadro 1. Medidas legais de distanciamento social e o índice de isolamento social (média de 6 a 9 de abril de 2020) das UF brasileiras

UF	Decretos estaduais	IDS
AC	Decreto nº 5.465, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 5.496, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 5.668, de 2 de abril de 2020	8,3
AL	Decretos nº 69.501 e nº 69.502, de 13 de março de 2020/ Decretos nº 69.502, de 13 de março de 2020/ Decreto nº 69.541, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 69.577, de 30 de março de 2020/ Decreto nº 69.624, de 6 de abril de 2020	8,3
AM	Decreto nº 42.061, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 42.087, 19 de março de 2020/ Decreto nº 42.100/2020, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 42.101/2020, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 42.106/2020, de 24 de março de 2020/ Lei nº 5.146, de 31 de março de 2020/ Decreto nº 42.145, de 31 de março de 2020/ Decreto nº 42.158, de 4 de abril de 2020/ Decreto nº 42.165, de 6 de abril de 2020	7,5
AP	Decreto nº 1375, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 1496, de 3 de abril de 2020	6,7
BA	Decreto nº 19.528, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 19.529, 16 de março de 2020/ Decreto nº 19.549, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 19.550, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 19.569, de 24 de março de 2020/ Decreto nº 19.571, de 25 de março de 2020/ Decreto 19.586, de 27 de março de 2020/ Decreto nº 19.603, de 1º de abril de 2020/ Lei nº 14.255, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 19.612, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 19.613, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 19.617, de 6 de abril de 2020	3,3
CE	Decreto nº 33.510, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 33.519/2020, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 33.521/2020, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 33.530, de 28 de março de 2020/ Decreto nº 33.532, de 30 de março de 2020/ Decreto nº 33.537, de 5 de abril de 2020	9,2
DF	Ordem de Serviço nº 3, da Secretaria de Vigilância em Saúde/ Decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020/ Decreto nº 40.512, de 13 de março de 2020/ Decreto nº 40.520, de 14 de março de 2020/ Decreto nº 40.529, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 40.537, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 40.539, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 40.559, de 24 de março de 2020/ Decreto 40.570 de março de 2020/ Decreto nº 40.583, de 1º de abril de 2020/ Decreto nº 40.583, de 1º de abril de 2020 (republicação)/ Decreto 40.602, de 7 de abril de 2020	6,5
ES	Decreto nº 45.99-R, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 4600-R, de 19 de março de 2020/ Norma Complementar nº 3/2020, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 4604-R/2020, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 0446-S, de 2 de abril de 2020/ Decreto nº 4621-R, de 2 de abril de 2020/ Decreto nº 4619-R, de 1 de abril de 2020/ Decreto nº 4623-R, de 4 de abril de 2020/ Decreto nº 4625-R, de 4 de abril de 2020	5,8
GO	Decreto nº 9.633 de 13 de março de 2020/ Decreto nº 9.637, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 9.638, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 9.644, de 26 de março de 2020/ Decreto legislativo nº 501, de 26 de março de 2020	9,2
MA	Decreto nº 35.660, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 35.662, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 35.672, de 19 de março de 2020/ Resolução Administrativa n.º 159/2020, de 21 de março de 2020/ Medida Provisória nº 307, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 35.679, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 35.685, de 27 de março de 2020/ Decreto nº 35.714, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 35.713, de 3 de abril de 2020	8,3
MG	Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 4, de 18 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 6, de 18 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 7, de 18 de março de 2020/ Comitê Extraordinário Covid-19 nº 8, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 47.891, de 20 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 11, de 20 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 12, de 20 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 17, de 22 de março de 2020/ Decreto nº 47.896, de 25 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 20, de 26 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 21, de 26 de março de 2020/ Deliberação do Comitê Extraordinário Covid-19 nº 22, de 26 de março de 2020	7,5

Quadro 1. (cont.)

UF	Decretos estaduais	IDS
MS	Decreto nº 15.396, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 15.399, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 15.403, de 25 de março de 2020/ Decreto nº 14.220, de 27 de março de 2020/ Decreto nº 15.410, de 1º de abril de 2020/ Decreto nº 15.411, de 1º de abril de 2020/ Decreto 14.224, de 1º de abril de 2020/ Resolução SEMADUR nº 41, de 7 de abril de 2020	3,3
MT	Decreto nº 407, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 424, de 25 de março de 2020/ Decreto nº 425, de 25 de março de 2020	5,8
PA	Decreto nº 609, de 16 de março de 2020/ Decreto legislativo nº 06/2020, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 622, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 609, de 16 de março de 2020 (republicação) */ Decreto nº 609, de 16 de março de 2020 (republicação) **/ Decreto nº 609, de 16 de março de 2020 (republicação) ***/ Decreto nº 663, de 6 de abril de 2020/ Decreto nº 609, de 16 de março de 2020 (republicação) ****	6,5
PB	Decreto nº 40.122, de 13 de março de 2020/ Decreto nº 40.128, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 40.134, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 40.141, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 40.169, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 40.173, de 4 de março de 2020/ Decreto nº 40.168, de 3 de março de 2020	4,2
PE	Decreto nº 48.832, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 48.831, de 19 de março 2020/ Decreto nº 48.833, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 48.834, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 48.837, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 48.838, de 23 de março de 2020/ Resolução nº 1.667, de 24 de março de 2020/ Decreto nº 48.875, de 31 de março de 2020/ Decreto nº 48.878, de 2 de abril de 2020/ Decreto nº 48.882, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 48.881, de 3 de abril de 2020/ Portaria SF nº73, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 48.903, de 6 de abril de 2020	8,3
PI	Decreto nº 18.884, de 16 de março de 2020/ Ato da Mesa nº 031/2020/ Decreto nº 18.895, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 18.913, de 31 de março de 2020	5
PR	Decreto nº 4230, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 4.298/20, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 4.301/20, de 19 março de 2020/ Decreto nº 4.311/2020, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 4.317/2020, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 4.319/2020, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 4.320/2020, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 4.388, de 30 março de 2020/ Lei nº 20.164, de 2 de abril de 2020	4,2
RJ	Decreto nº 46.966, de 11 de março de 2020/ Decreto nº 46.969, de 12 de março de 2020/ Decreto nº 46.970, de 13 de março de 2020/ Decreto nº 46.973, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 46.980, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 46.984, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 46.982, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 46.983, de 20 de março de 2020/ Lei nº 8766, de 23 de março 2020/ Decreto nº 46.986, de 23 de março de 2020/ Resolução SES/SETRANS nº 782, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 46.989, de 24 de março de 2020/ Resolução conjunta SEDEERI/SETRANS nº 10, de 24 março de 2020/ Decreto nº 46.993, de 25 de março de 2020/ Decreto nº 47.000, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 47.001, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 47.002, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 47.006, de 27 de março de 2020/ Lei nº 8.769, de 23 de março de 2020 (republicação por ter saído com incorreções)/ Decreto nº 47.006, de 27 de março de 2020 (republicação por ter saído com incorreções)/ Decreto nº 47.009 de 31 de março de 2020/ Decreto nº 47.010 de 31 de março de 2020/ Portaria DETRO/PRES. nº 1522, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 47.014 de 31 de março de 2020/ Decreto nº 47.019, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 47.020, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 47.019, de 3 de abril de 2020 (Republicação por Incorreção)/ Decreto nº 47.022, de 6 de abril de 2020/ Decreto nº 47.022, de 6 de abril de 2020 (Republicado por Incorreção)/ Decreto nº 47.025, de 7 de abril de 2020 (republicado por incorreção)/ Resolução Conjunta SEDEERI/SETRANS nº 11, de 7 de abril de 2020	5,8
RN	Decreto nº 29.524, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 29.541, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 29.534, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 29.548, de 22 de março de 2020/ Decreto nº 29.556, de 24 de março de 2020/ Decreto nº 29.565, de 25 de março de 2020/ Decreto nº 29.556, de 24 de março de 2020/ Ato da mesa nº 375/2020/ Decreto nº 29.583, de 1º de abril de 2020	6,7
RO	Decreto nº 24.871, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 24.887, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 24.887, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 24.919, de 5 de abril de 2020	7,5
RR	Decreto nº 28.635-E de 22 de março de 2020/ Decreto nº 28.636-E, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 28.662-E, de 27 de março de 2020	7,5

Quadro 1. (cont.)

UF	Decretos estaduais	IDS
RS	Decreto nº 55.115, de 12 de março de 2020/ Decreto nº 55.128, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 55.129, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 55.135, de 19 de março de 2020/ Decreto nº 55.135, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 55.136, de 24 de março de 2020/ Decreto nº 55.149, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 55.154, de 1º de abril de 2020	6,5
SC	Decreto nº 509, de 17 de março de 2020/ Decreto nº 515, de 17 de março de 2020/ Portaria GAB/SES nº 180/2020, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 521, de 19 de março de 2020/ Portaria GAB/SES nº 189, de 22 de março de 2020/ Decreto nº 525, de 23 de março de 2020/ Decreto legislativo nº 18.332, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 534, de 26 de março de 2020/ Decreto nº 535 de 30 de março de 2020/ Portaria SES nº 230, de 7 de abril de 2020/ Decreto nº 550, de 7 de abril de 2020	9,2
SE	Decreto nº 40.560, de 16 de março de 2020/ Decreto nº 40.563, de 20 de março de 2020	9,2
SP	Decreto nº 64.865, de 18 de março de 2020/ Resolução Conjunta STM/SMT nº 35, de 20 de março de 2020/ Decreto nº 64.879, de 21 de março de 2020/ Decreto nº 64.881, de 22 de março de 2020/ Decreto nº 59.298, de 23 de março de 2020/ Decreto nº 64.918, de 3 de abril de 2020/ Decreto nº 64.920, de 6 de abril de 2020	7,5
TO	Decreto nº 6.064, de 12 de março de 2020/ Decreto nº 6.070, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 6.071, de 18 de março de 2020/ Decreto nº 6.072, de 21 de março de 2020/ Medida Provisória nº 7, de 24 de março de 2020	4,2

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao momento epidemiológico de implementação das medidas de distanciamento social, as UF brasileiras apresentaram pouca variação. A maioria delas implementou alguma dessas medidas entre o primeiro e o décimo caso de Covid-19, sendo que algumas UF das regiões Norte e Nordeste implementaram medidas antes mesmo da primeira notificação de caso. A maioria das UF implementou as medidas antes do primeiro óbito, com destaque para Tocantins, que iniciou a sua implementação 30 dias antes do primeiro óbito notificado⁴. É mister a análise da pertinência do momento epidemiológico para a adoção das medidas de distanciamento social, sobretudo visando potencializar os efeitos desejáveis à saúde enquanto minimiza os danos sociais e econômicos¹⁹.

Desde o início da adoção de medidas de distanciamento social pelas UF, observou-se, em todo o território nacional, uma tendência ascendente de adesão e ampliação do grau de restrição dessas medidas, embora estas tenham sido adotadas em momentos

específicos para cada região do País. Dessa forma, o grau de restrição subiu continuamente nos estados e nas capitais brasileiras até os dias 23 a 24 de março, apresentando níveis estáveis a partir de então. Nesse momento, foi possível observar uma sustentação muito sólida das medidas de distanciamento social a despeito das pressões exercidas por entidades como associações de classe de empresas, e até mesmo discursos de autoridades que defendiam menor rigor destas normas¹⁸.

A autonomia conferida a estados e municípios na adoção das medidas de distanciamento social suscita diferentes pontos de reflexão. Por um lado, tal realidade poderia gerar um contexto desproporcional em que, se um município adotasse medidas menos restritivas que outro próximo a ele, poderia provocar a contaminação de mais pessoas e, por consequência, uma maior demanda pelo serviço de saúde do município que, de certa forma, manteve medidas mais rigorosas. No entanto, a adoção de medidas de distanciamento social por governos locais se mostra

uma ação muito estratégica do ponto de vista epidemiológico e da saúde pública, uma vez que permite a adequação das medidas de saúde às realidades locais quanto ao perfil socioeconômico da população, condições de habitação e moradia – particularmente por se tratar de uma doença infecciosa – entre outros fatores.

Um outro aspecto positivo da adoção de medidas locais é que elas poderiam compensar as fragilidades de uma gestão coordenada central pela União – o que, de fato, foi o caso do Brasil –, transpondo problemas da ordem das relações entre poderes, ausência de vontade política, baixa capacidade de articulação, entre outros¹⁸.

É fato que as medidas legais implementadas pelas UF foram essenciais para coordenar o comportamento da população em cada estado. A esse respeito, um estudo desenvolvido por Moraes¹⁷, que buscou isolar o efeito das regras de distanciamento físico obrigatório de outros determinantes potenciais dele, identificou que o distanciamento físico é influenciado por, pelo menos, três variáveis: o rigor das regras de distanciamento físico obrigatório, o número de casos confirmados de Covid-19 e a duração das regras; no entanto, o distanciamento físico foi mais fortemente influenciado por políticas obrigatórias do que pela consciência das pessoas sobre a gravidade da epidemia.

Os resultados do estudo evidenciaram, ao menos, duas implicações políticas: o fato de que os governos devem adotar medidas obrigatórias para aumentar os níveis de distanciamento físico independentemente da adoção voluntária da população; e que é imprescindível analisar o momento oportuno para implementar as medidas, uma vez que a população tem demonstrado não conseguir sustentar o distanciamento físico por longos períodos; dessa forma, antecipar essas medidas sem critérios bem definidos pode fazer com que haja menos engajamento em momentos nos quais o distanciamento deveria ser sustentado²⁰.

Medidas de flexibilização do distanciamento social adotadas pelas UF brasileiras

A implementação de medidas de distanciamento social no Brasil no início da pandemia não foi acompanhada de um planejamento estratégico voltado à adoção de critérios mais ou menos rigorosos a depender das características inerentes a cada região do País. Da mesma forma, também não foi elaborada uma estruturação de critérios predefinidos para a suspensão dessas atividades ou sua futura retomada em momentos oportunos a depender da condição epidemiológica da pandemia no Brasil^{18,21}.

A partir do dia 6 de abril de 2020, o Ministério da Saúde passou a sinalizar a intenção de flexibilização das medidas de distanciamento social em todo o território nacional. Ao final do mesmo mês, os estados brasileiros passaram a adotar planos estruturados de flexibilização das medidas de distanciamento social de forma descentralizada, sendo que, ao final de julho de 2020, 21 estados já haviam adotado alguma medida de flexibilização. Os seis estados que não apresentavam planos de flexibilização nessa data eram: Goiás, Paraná, Roraima, Santa Catarina, Tocantins e o Distrito federal¹⁷.

Por meio de um documento oficial, o Ministério recomendou que as UF fizessem a transição para o distanciamento seletivo caso o número de casos confirmados não tivesse ocupado mais de 50% da capacidade instalada dos serviços de saúde existente antes da pandemia; e os locais que apresentassem coeficiente de incidência 50% superior ao nacional deveriam manter as medidas de distanciamento social ampliado até que o suprimento de insumos como leitos, equipamentos de proteção individual, respiradores, testes laboratoriais e recursos humanos estivessem disponíveis em quantitativo suficiente²².

Os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, ao propor a flexibilização das medidas de distanciamento social, apresentaram uma

limitação crucial na medida em que se basearam fundamentalmente na capacidade dos serviços de saúde, avaliada por meio da oferta e da estrutura dos serviços. Essa metodologia desconsiderou aspectos epidemiológicos indispensáveis para a tomada de decisões, como, por exemplo, os diferentes momentos vivenciados em cada região do País, levando em consideração indicadores como o número de casos suspeitos e confirmados, as hospitalizações por síndrome respiratória aguda e a mortalidade em cada estado²³.

De acordo com a Comissão Europeia (European Commission – EC)²³, os critérios para flexibilização das medidas de distanciamento social deveriam contemplar: a redução e a estabilização constante do número de casos e hospitalizações pela doença; a oferta suficiente de leitos, equipamentos e insumos no sistema de saúde; e a capacidade adequada de monitoramento da epidemia, especialmente a testagem para identificação, isolamento dos casos e quarentena dos contatos.

A partir de diretrizes recomendadas por instituições nacionais e internacionais, como a OMS²⁴, a Frente pela Vida²⁵, a instituição de saúde pública Vital Strategie²⁶ e a EC²³, Moraes, Silva, Toscano¹⁷ analisaram os planos de flexibilização implementados pelos 21 estados brasileiros a partir dos seguintes critérios: evolução do número de casos/óbitos por Covid-19 e a taxa de ocupação dos leitos; transparência dos indicadores utilizados; plano contendo informações a respeito da testagem dos casos, monitoramento e rastreamento dos contatos; regionalização do plano e se o plano estadual foi seguido pelos municípios.

Os autores identificaram que os critérios referentes à evolução da epidemia e à taxa de leitos ocupados foram utilizados na construção dos planos de flexibilização dos 21 estados. Destes, 14 se basearam em cálculos que foram apresentados de forma clara e amplamente divulgados à sociedade, caracterizando uma forma de transparência aos parâmetros utilizados para a adoção de medidas de distanciamento ou sua flexibilização. Ainda em

relação aos 21 estados que implementaram planos, 18 adotaram políticas regionalizadas, ou seja, com graus de rigor de acordo com as necessidades da área de sua implementação, e em 14 estados, pelo menos dois terços dos municípios (incluindo a capital) seguiram o plano estadual¹⁷.

A despeito de planos de flexibilização com variados graus de coerência, a queda no número de casos e óbitos pela Covid-19 no Brasil, a partir de junho de 2020, foi o grande fator impulsionador da flexibilização das medidas de distanciamento social nos estados. No entanto, diversas experiências internacionais demonstraram que esse foi um caminho equivocado. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, as medidas de bloqueio comunitário implementadas do final de março ao final de maio de 2020 resultaram em uma redução significativa na transmissão comunitária da Covid-19 em todo o país. No entanto, vários estados experimentaram um ressurgimento alarmante da pandemia pós-bloqueio²⁷. De forma similar, estudos realizados na Europa demonstraram que, a partir do relaxamento dos bloqueios, iniciaram-se segundas ondas significativas, que poderiam perdurar mais do que as primeiras ondas correspondentes^{28,29}.

Outro estudo conduzido na China consolidou a importância da manutenção das medidas de isolamento social, mesmo mediante a queda de casos. O estudo buscou determinar se algumas das medidas de distanciamento social poderiam ser relaxadas sem gerar uma segunda onda, identificando que as medidas de distanciamento social ajudaram a mitigar a transmissão e que o número de contágio permaneceu acima do limite até o fechamento de negócios não essenciais. Além disso, os pesquisadores também identificaram que a melhora na taxa de detecção de casos é fundamental para reduzir o número de transmissão efetiva e que, embora sejam complementares, as medidas de distanciamento social causam muito mais resultado quando comparadas às medidas de proteção individual³⁰.

Os estudos supracitados demonstram que a flexibilização precoce não foi um fenômeno vivenciado apenas no Brasil, mas uma tendência mundial^{31,32}. Essa propensão gerou a segunda onda em vários países provocando o prolongamento do tempo até a suspensão das medidas de distanciamento ser possível. Esse cenário foi previsto por especialistas³³ e tende a ser mantido até que seja alcançada a imunidade coletiva por infecção natural ou por vacinação^{34,35}. Com o surgimento das novas variantes em todo o mundo, torna-se evidente que o melhor caminho para o alcance dessa imunidade está na vacina; porém, até que toda a população tenha acesso a ela – o que se mostra um processo lento no Brasil –, as medidas de distanciamento social ganham ainda mais relevância no controle da pandemia.

Segunda onda da pandemia e as medidas de distanciamento social

As medidas de distanciamento social foram adotadas na segunda metade de março de 2020 e passaram a sofrer um relaxamento progressivo a partir de meados de abril de 2020. À medida que foram sendo observadas quedas nos números de casos e óbitos por Covid-19 no País, os governos estaduais e municipais foram adotando as medidas de flexibilização em graus variados, contudo, seguindo uma tendência progressiva, restringindo apenas atividades que proporcionassem grande volume de aglomerações²¹. Ao se comparar os meses de abril e dezembro de 2020 quanto ao rigor das medidas de distanciamento social por meio do IDS, é possível notar claramente que o grau de rigor dessas medidas diminuiu de 6,3 para 2,9 (-54%), enquanto o número de novos óbitos aumentou de 27,0 para 92,7 por 1 milhão de habitantes no mesmo período³⁶.

Por volta de novembro de 2020, houve um discreto aumento nos níveis de isolamento da população, provavelmente em função do

crescimento do número de casos e de óbitos observados em partes do País no período. O índice de isolamento social (*in loco*) cresceu de uma média de 36,2% em outubro de 2020 para 39,4% em dezembro de 2020. Ao final do ano de 2020, mesmo diante da tímida melhora dos níveis de isolamento social – adotado pela população de forma voluntária provavelmente pelo sentimento de insegurança –, o incentivo crescente pelo afrouxamento dessas medidas, somado às festividades de fim de ano, gerou um contexto de vulnerabilidade ao Brasil em um momento no qual a pandemia ainda vigorava – e o mais preocupante: vários países da Europa já experimentavam uma segunda onda da pandemia³⁶.

O início do ano de 2021 foi marcado pela chegada da segunda onda ao Brasil com uma tendência crescente no número de óbitos pela Covid-19 em, pelo menos, 15 estados (Acre, Amapá, Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo)³⁶. Entre estes, a experiência particular vivenciada pelo estado do Amazonas demarcou com veemência os efeitos da segunda onda pandêmica em um contexto de poucas medidas de mitigação. Estimativas indicavam que o estado havia alcançado, em outubro de 2020, uma soroprevalência de 76%³⁷, o que conferiria uma imunidade coletiva à população. No entanto, o País assistiu uma situação dramática vivenciada pelo estado na cidade de Manaus, com um exorbitante aumento dos casos e óbitos em meio a uma crise gerada pelo colapso do sistema de saúde, marcada pela falta de insumos hospitalares como o oxigênio.

Poucos dias depois do colapso assistido em Manaus, observou-se a projeção da segunda onda da pandemia em todo o território nacional. Em 21 de janeiro, o Brasil ocupava o segundo lugar em número de mortes por Covid-19 e o terceiro em número de casos observados em qualquer país³⁸. Passados dois meses, a situação se agravou, e entre as

27 UF do País, 24 delas e o Distrito Federal apresentavam taxas de ocupação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Covid-19 iguais ou superiores a 80%, sendo 15 com taxas iguais ou superiores a 90%. Além disso, em relação às capitais, 25 das 27 estavam com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos iguais ou superiores a 80%, sendo 19 delas superiores a 90%³⁹.

Não obstante a franca expansão da segunda onda da pandemia no Brasil, com elevação acelerada do número de novos casos, óbitos e internações no País, o rigor das medidas de distanciamento social tem se mantido estável desde o final de outubro de 2020. Pelo menos três aspectos referentes ao momento atual tornam esse quadro de inércia ainda mais grave: o surgimento de mutações no coronavírus, tornando-o potencialmente mais contagioso e aumentando o risco do colapso do sistema de saúde em um menor espaço de tempo⁴⁰⁻⁴²; a ampla desmobilização de hospitais de campanha no País desde o final da primeira onda da pandemia; e as *fake news* a respeito de supostos tratamentos farmacológicos eficazes contra a Covid-19 sendo veiculadas, inclusive, por autoridades. Estas últimas podem ter gerado uma noção de ‘segurança’ em parte da população, reduzindo a probabilidade de adesão às normas de distanciamento³⁶.

Medidas de distanciamento social e o estado federativo brasileiro

A pandemia da Covid-19 desvelou no Brasil uma crise do Estado federativo. O contexto de instabilidade política que vinha desde 2015 se tornou ainda mais caótico mediante a gestão ineficiente e pouco articulada da União na condução da crise sanitária, em que, segundo Lima et al.⁴³, predominaram entraves de articulação intergovernamental, indefinição e sobreposição de atribuições e funções, barreiras na integração e execução de ações em tempo

oportuno, protagonismo de alguns governos e negligência de outros, veiculação de informações contraditórias e com pouca transparência.

De acordo com Lima et al.⁴³, a crise do Estado federativo brasileiro no contexto da Covid-19 se dá em três dimensões: a especificidade do arranjo federativo; a existência de profundas desigualdades socioespaciais; e o acirramento de conflitos políticos entre os governos. No que se refere ao arranjo federativo brasileiro, ele é constituído de um processo decisório complexo demarcado por desigualdades, dificuldades administrativas e forte dependência política e financeira de estados e municípios em relação ao governo federal. Quanto às desigualdades socioespaciais, elas são fruto da construção histórica do Brasil e se expressam nas diferentes regiões do País em termos socioeconômicos, acesso à infraestrutura e a bens e serviços, inclusive os de saúde.

A respeito dos conflitos governamentais, eles constituem desdobramentos de uma série de tensões políticas que se exacerbaram desde 2014-2016, com a reeleição de Dilma Rousseff para a Presidência em 2014, sucedida por grandes dificuldades de governabilidade que culminaram no *impeachment* da Presidenta em 2016. Esse cenário gerou grande disputa política e levou à eleição presidencial o líder de direita Jair Bolsonaro no ano de 2018, acontecimento que trouxe grandes mudanças nas coalizões políticas e gerou uma dinâmica de instabilidade⁴³.

No início da pandemia, foi possível observar uma mobilização governamental não apenas na esfera da União como também nas esferas estadual e municipal. O Ministério da Saúde desempenhou um papel efetivo com a tomada de algumas iniciativas, como a organização do sistema de vigilância epidemiológica sob a coordenação da Secretaria de Vigilância à Saúde e com a participação da Fundação Oswaldo Cruz. No âmbito das medidas econômicas, o Congresso Nacional aprovou créditos orçamentários extras para o enfrentamento da pandemia; e na esfera estadual, vários governos

instituíram medidas legais relativas ao distanciamento social, medidas econômicas, sociais e de fortalecimento do sistema de saúde⁴⁴, assim como alguns municípios de maior porte.

A partir de abril de 2020, no entanto, as dificuldades de coordenação no âmbito do governo federal se acentuaram. Um dos conflitos de maior impacto para a área da saúde se deu a partir da divergência de posicionamentos entre o Presidente da República e o então Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, sobretudo devido à grande defesa por parte do Ministro das medidas de controle da Covid-19, entre elas, o distanciamento social. Naquele momento, embora estados e municípios já tivessem adotado medidas locais para restrição de circulação de pessoas, a postura do governo de minimizar a importância dessas iniciativas exerceu grande influência na adesão da população a essas medidas⁴⁵.

A postura negacionista e negligente do governo federal levou a duas consequências particularmente importantes no contexto das medidas de isolamento social: a primeira foi a deliberação pelo Supremo Tribunal Federal de que estados e municípios teriam autonomia para determinar essas medidas conforme suas realidades locais⁴⁶; e a segunda – não tão positiva – foi a saída do Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta e o perfil dos demais sucessores da pasta, todos alinhados com a postura anti-isolamento do governo federal.

Um aspecto particularmente importante na análise da interface entre as medidas de distanciamento social implementadas no Brasil e a gestão federal da crise sanitária diz respeito às medidas de proteção social ofertadas pelo Estado. Segundo Giovanella et al.⁹, o governo se mostrou incompetente na distribuição do auxílio emergencial durante a primeira onda da pandemia, sobretudo devido às dificuldades impostas à obtenção do auxílio como a necessidade de aplicativo, *smartphones* e internet para acesso, o atraso na distribuição do recurso gerando aglomerações e contribuindo para a redução do distanciamento social. Além disso, a distribuição do auxílio foi encerrada

em dezembro, e até o momento, mesmo diante do período mais crítico da pandemia para o Brasil, no qual se tem alcançado recordes de mortes diariamente, o auxílio não foi implementado novamente.

Nesse contexto, as autoridades sanitárias e a comunidade científica vivenciam um grande dilema na recomendação das medidas de distanciamento social, não por se questionar sua efetividade, visto que ela já foi comprovada em outros momentos nacional e internacionalmente¹⁰⁻¹⁵, mas por elas representarem uma intensificação dos problemas econômicos e sociais no País. Obviamente, se a oferta do auxílio emergencial estivesse em vigor, essas medidas poderiam ser cogitadas e adotadas com maior agilidade e menor receio, pois a população estaria assistida em seus direitos econômicos e sociais.

Em relação à segunda onda da pandemia, levando-se em consideração o fato de que pesquisas já apontavam o Brasil, os EUA e a Rússia como os países com maiores probabilidades de novos picos pandêmicos em larga escala⁴⁷, é possível concluir que, mesmo ciente da realidade brasileira, o estado não se antecipou na tomada de decisões. Um exemplo emblemático foi o fato de medidas de distanciamento não terem sido enrijecidas de forma generalizada mesmo após a segunda onda ter se manifestado de maneira clara e aguda em algumas partes do País, sobretudo quando as pesquisas científicas já apontavam que uma segunda onda seria mais grave que a primeira³⁵.

Em um país federativo, de dimensões continentais e marcado por profundas desigualdades como o Brasil, a coordenação de políticas entre áreas e esferas de governo é fundamental para potencializar a resposta do Estado à emergência sanitária. O que se viu até o momento foi uma coordenação desordenada e tensionada por inúmeros condicionantes que reverberam em ações desarticuladas, fragilizadas, controversas e, em muitos momentos, tardias. Tendo em vista o momento de franca expansão da pandemia no País, o surgimento de novas variantes a cada dia e o processo lento

de vacinação, há uma necessidade premente de fortalecimento da coordenação federativa no que tange à conformação de estruturas de comando e articulação entre diferentes organizações.

Considerações finais

Ao longo de pouco mais de um ano da pandemia da Covid-19, o Brasil demonstrou dificuldades na condução de sua política de distanciamento social, sendo que esta apresentou sinais de robustez somente até meados de abril de 2020. Para além das dificuldades de mobilização da população intrínsecas a um país de dimensões continentais, a falta de coordenação federativa e a crise do Estado brasileiro têm contribuído de forma contundente com este cenário, sobretudo devido à assimetria entre as diretrizes do governo e das autoridades de saúde em alguns aspectos quanto à eficácia do distanciamento social na contenção da disseminação do vírus. O momento vivenciado pelo Brasil, atualmente, com o crescimento persistente do número de casos, óbitos, internações e percentual de leitos ocupados, põe ainda mais em evidência o

contexto de instabilidade, demandando ações consistentes e oportunas.

Ressalta-se que tão importante quanto a adoção de medidas legais de distanciamento social e a elaboração de planos robustos de flexibilização é a mobilização da população por meio de campanhas sociais que visem endossar a importância e a efetividade dessas medidas a fim de criar um clima de coesão. Da mesma forma, é urgente a reinstituição do auxílio emergencial pelo governo, garantindo que o isolamento social seja um direito de todo cidadão, e não um privilégio restrito a uma proporção da população. Por fim, faz-se necessário o investimento em esforços que proporcionem a vacinação em menor espaço de tempo possível, visto que ela se configura como a estratégia de saúde pública mais efetiva para a contenção da pandemia.

Colaboradores

Martins TCF (0000-0002-6225-7245)* e Guimarães RM (0000-0003-1225-6719)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: 14: COE-COVID19. Brasília, DF: MS; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil registra 2.915 casos confirmados de coronavírus e 77 mortes. Brasília, DF: MS; 2020.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Brasília, DF: MS; 2020.
4. Silva LLS, Lima AFR, Polli DA, et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 36(9):e00185020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gR6mkQmSqBHqvZb5YMNYjxD/?lang=pt>.
5. Markel H, Lipman HB, Navarro JA, et al. Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918-1919 influenza pandemic. *JAMA*. 2007 [acesso em 2021 jan 15]; 298:644-54. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/208354>.
6. Bell DM. World Health Organization Working Group on Prevention of International and Community Transmission of SARS. Public health interventions and SARS spread, 2003. *Emerg Infect Dis*. 2004 [acesso em 2021 jan 15]; 10:1900-1906. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15550198/>.
7. Fong MW, Gao H, Wong JY, et al. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealth-care settings: social distancing measures. *Emerg Infect Dis*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 26:976-984. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181908/>.
8. Organização Mundial da Saúde. Doença por coronavírus (COVID-19): vacinas. [Local desconhecido]: WHO; c2021. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjw9r-DBhBxEiwA-9qYUpe53wwsDKsxSZT1RtaI836A1biQPznSgW8A-Z3LT6FSaabjt2mI-2PxoC4KEQAvD_BwE](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)vaccines?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjw9r-DBhBxEiwA-9qYUpe53wwsDKsxSZT1RtaI836A1biQPznSgW8A-Z3LT6FSaabjt2mI-2PxoC4KEQAvD_BwE).
9. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 4(126):895-901. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042020000300895.
10. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid-19 mortality and healthcare demand. Imperial College London. 2020 mar 16 [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gidafellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>.
11. Lau H, Khosrawipour V, Kocbach P, et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the Covid-19 outbreak in China. *J Travel Med*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 27(3):taaa037. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32181488/>.
12. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control Covid-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 4(4):CD013574. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013574/full>.
13. Wu P, Tsang TK, Wong JY, et al. Suppressing COVID-19 transmission in Hong Kong: an observational study of the first four months. *Research Square*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 9:1-16. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs34047/v1>.
14. Figueiredo AM, Codina AD, Figueiredo DCMM, et al. Impact of lockdown on COVID-19 incidence and mortality in China: an interrupted time series study. *Bull World Health Organ*. 2020 [acesso em 2021 jan 15].

- 15]. 1-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.256701>.
15. Oliveira C. Does staying at home save lives? An estimation of the impacts of social isolation in the registered cases and deaths by Covid-19 in Brazil. SSRN. 2020 [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341170789_Does_staying_at_home_save_lives_An_estimation_of_the_impacts_of_social_isolation_in_the_registered_cases_and_deaths_by_Covid-19_in_Brazil.
16. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *Int J Surg*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 7(8):185-193. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162753/>.
17. Moraes RF, Silva LL, Toscano CM. Covid-19 e medidas de distanciamento social no Brasil: análise comparativa dos planos estaduais de flexibilização. Brasília, DF: Ipea; 2020.
18. Moraes RF. Medidas legais de incentivo ao distanciamento social: comparação das políticas de governos estaduais e prefeituras das capitais no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2020.
19. Cowling BJ, Aiello AE. Public health measures to slow community spread of coronavirus disease 2019. *J Infect Dis*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 221:1749-1751. Disponível em: <https://academic.oup.com/jid/article/221/11/1749/5810274>.
20. Moraes RF. Determinantes do distanciamento físico durante a epidemia de covid-19 no Brasil: efeitos de normas obrigatórias, número de casos e duração das normas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 25(9):3393-3400. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3393.pdf>.
21. Moraes RF. Covid-19 e medidas legais de distanciamento social: tipologia de políticas estaduais e análise do período de 13 a 26 de abril de 2020. Brasília, DF: Ipea; 2020.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 7: doença pelo coronavírus 2019. Brasília, DF: MS; 2020.
23. European Commission. A European Roadmap to Lifting Coronavirus Containment Measures. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/factsheet-lifting-containment-measures_en.pdf.
24. World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19. Geneva: WHO; 2020.
25. Frente Pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 (Versão 2). São Paulo: Abrasco; 2020.
26. Resolve to Save Lives. When and How to Reopen After Covid-19. *Prevent Epidemics*. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/04/COV020-WhenHowLoosenFaucet_v4.pdf.
27. Ngonghala C, Iboi E, Gumel A. Could masks curtail the post-lockdown resurgence of Covid-19 in the US? *Mathematical Biosciences*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 329(108452):1-18. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025556420301164>.
28. Glass D. European and US lockdowns and second waves during the Covid-19 pandemic. *Mathematical Biosciences*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 330(108472):1-13. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025556420301292>.
29. Ghanbari B. On forecasting the spread of the Covid-19 in Iran: the second wave. *Chaos, Solitons & Fractals*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 140(110176):1-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960077920305725>.
30. Wu J, Tang B, Bragazzi NL, et al. Quantifying the role of social distancing, personal protection and case detection in mitigating Covid-19 outbreak in Ontario, Canada. *J Math Industry*. 2020 [acesso em 2021 jan

- 15]; 10(1):1-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7249976/>.
31. Hussein O. Second wave of Covid-19 is determined by immune mechanism. *Medical Hypotheses*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 144(110238). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110238>.
 32. López L, Rodó X. The end of social confinement and Covid-19 re-emergence risk. *Nature Human Behaviour*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 4(7):746-755. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-0908-8>.
 33. Wilder-Smith A, Bar-Yam Y, Fisher D. Lockdown to contain Covid-19 is a window of opportunity to prevent the second wave. *Journal of Travel Medicine*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 27(5):1-3. Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/article/27/5/taaa091/5849110>.
 34. Kantner M, Koprucki T. Beyond just flattening the curve: optimal control of epidemics with purely non-pharmaceutical interventions. *Journal of Mathematics in Industry*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 10(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7432561/>.
 35. Moghnieh R, Abdallah D, Bizri A. Covid-19: second wave or multiple peaks, natural herd immunity or vaccine-we should be prepared. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 1-18. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32907693/>.
 36. Moraes RF. A Segunda Onda da Pandemia (mas não do distanciamento físico): Covid-19 e Políticas de distanciamento social dos governos estaduais no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2021.
 37. Buss LF, Prete Jr. CA, Abraham CMM, et al. Three-quarters attack rate of Sars-COV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. *Science*. 2021 [acesso em 2021 jan 15]; 371:288-292. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/371/6526/288>.
 38. Halall PC. SOS Brazil: science under attack. *Lancet*. 2021 [acesso em 2021 jan 15]; 397:373-374. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00141-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00141-0/fulltext).
 39. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
 40. Korber B, Fischer WM, Gnanakaran S, et al. Spike mutation pipeline reveals the emergence of a more transmissible form of Sars-COV-2. *BioRxiv*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.04.29.069054v2.full>.
 41. Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, et al. Emergence and rapid spread of a new severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (Sars-COV-2) lineage with multiple spike mutations in South Africa. *MedRxiv*. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.21.20248640v1>.
 42. Rambaut A, Loman N, Pybus O, et al. Preliminary genomic characterisation of an emergent Sars-COV-2 lineage in the UK defined by a novel set of spike mutations. *Genom*. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: <https://virological.org/t/preliminary-genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-the-uk-defined-by-a-novel-set-of-spike-mutations/563>.
 43. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da Covid-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 36(7):e00185220. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n7/e00185220/en/>.
 44. Freitas CM, Silva IVM, Cidade NC, et al. A gestão de riscos e a governança na pandemia por Covid-19 no Brasil. Análise dos decretos estaduais no primeiro mês. Relatório técnico e sumário executivo. 2020. [acesso em 2021 jan 15]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41452/2/relatorio_cepedes_gestao_riscos_covid19_final.pdf.

45. Leite L, Conceição M, Ortelan N, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 25(supl1):2423-2446. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s1/1413-8123-csc-25-s1-2423.pdf>.
46. Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Brasília, DF: STF; 2020.
47. Varotsos C, Krapivin V. A new model for the spread of Covid-19 and the improvement of safety. *Safety Science.* 2020 [acesso em 2021 jan 15]; 132:1-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753520303593>.

Recebido em 15/04/2021
 Aprovado em 29/09/2021
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve